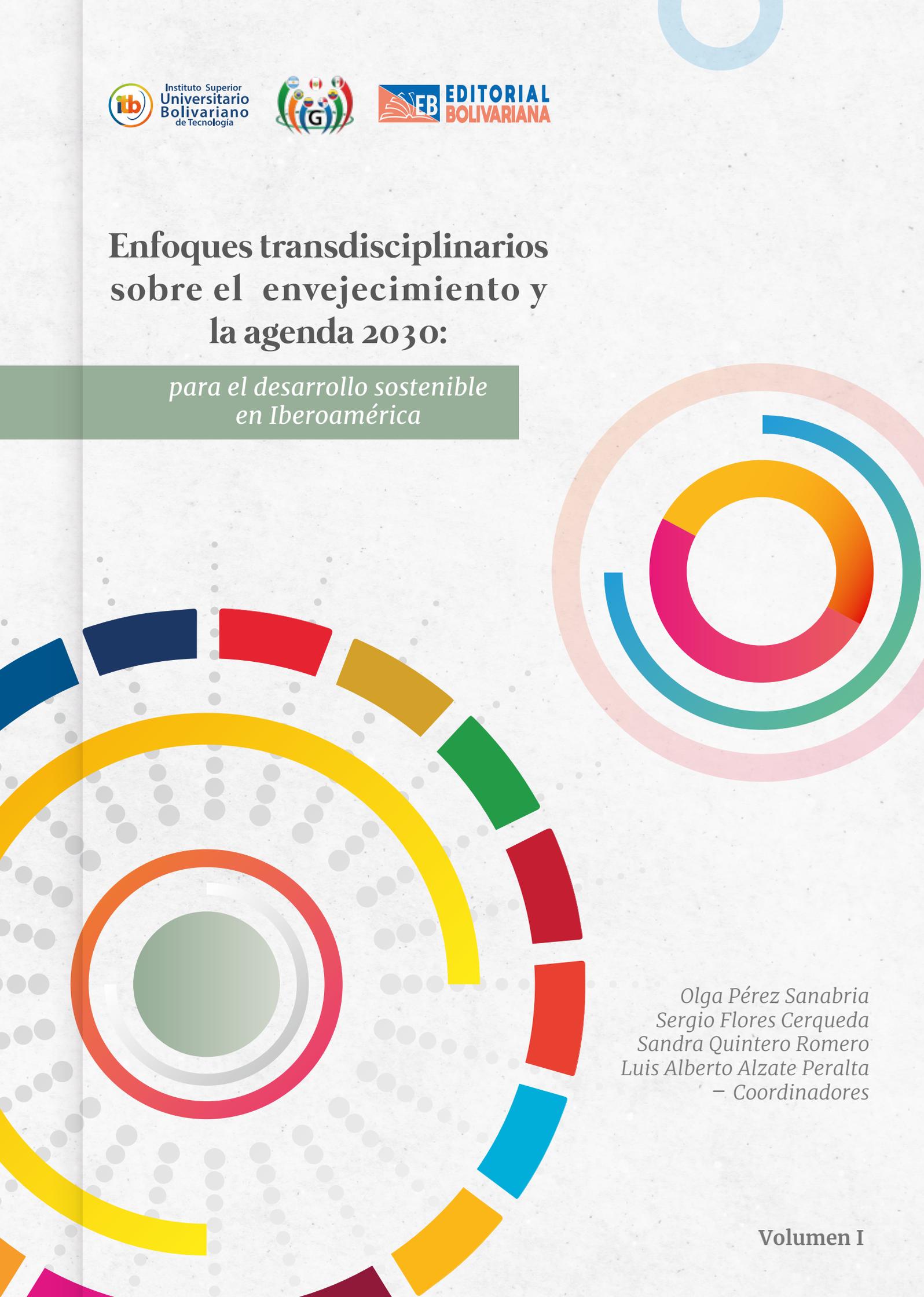


Enfoques transdisciplinarios sobre el envejecimiento y la agenda 2030:

*para el desarrollo sostenible
en Iberoamérica*



*Olga Pérez Sanabria
Sergio Flores Cerqueda
Sandra Quintero Romero
Luis Alberto Alzate Peralta
– Coordinadores*

Volumen I



Primera Edición: 2022

D.R. © Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología.

Victor Manuel Rendón 236, 090313, Guayaquil, Ecuador.

El sello editorial Bolivariano da fe que esta obra cuenta con el proceso de revisión de pares externos internacionales en la modalidad doble ciego y cuenta con la evaluación editorial y de pares.

Arte y Diagramación: Lcda. Alexandra Vargas Chacón

ISBN: 978-9942-17-048-4

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

Impreso en Ecuador / Printed in Ecuador.

Sobre los coordinadores

Olga Pérez Sanabria

Mexicana. Doctoranda en Administración Pública por el Instituto Nacional de Administración Pública -INAP-. Maestra en Derecho Fiscal por la Universidad del Valle de México. Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de México. Cuenta con Diplomados en Derechos Humanos de la Niñez y Adolescencia y Políticas Públicas con Perspectiva de Género. Su experiencia profesional, académica y en la administración pública la ha llevado a desempeñar los siguientes cargos: Rectora de la Universidad Estatal del Valle de Toluca; Secretaria Ejecutiva del Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado de México; Asesora del Secretario de la Función Pública; Presidenta Municipal de San Mateo Atenco. Actualmente es Dirigente del Organismo Nacional de Mujeres del Partido Revolucionario Institucional en el Estado de México. Sus ámbitos de interés son principalmente los derechos humanos, la administración pública y las políticas públicas. Correo electrónico: olgaleylani@hotmail.com

Sergio Flores Cerqueda

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación por la Universidad del Valle de México y Licenciado en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Es coordinador de los libros: 1) Perfiles sobre envejecimiento: Estrategias Gerontológicas en Acción. Vol. I (2014), México. 2) Gerontología para la Vida Activa: una Propuesta Regional” Vol. II (2017), Perú. 3) El Envejecimiento en Iberoamérica: Contribuciones Multidisciplinares para los Profesionales en Gerontología, (2023), Argentina. Es profesor visitante en las Universidades de Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador y Perú. Ha sido condecorado con la Distinción Honorífica de “Profesor Visitante” por la Universidad Alas Peruanas, Perú. Se desempeñó como Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Es miembro fundador y exsecretario de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología. Correo electrónico: sergio.cerquedaa@gmail.com

Sandra Quintero Romero

Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales. Licenciada en Gerontología. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior, Magister Scientiarum en Pedagogía Crítica. Especialista en Gestión Académica Universitaria. Espera de Título en Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual (con base en Antropología). Espera de Título en Postdoctorado en Filosofía Nuestramericana y Caribeña. En curso Doctorado en Ciencias de la Salud. Directora del Programa de

Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas. Investigadora PEII A-2. Editor Jefe de Revista Gero-Ciencia. Presidenta de Fundación Somos Gero-activo. Actualmente Presidenta de la Red Panamericana de Universidades con Programas y/o carreras de Gerontología y Miembro del Consejo Editorial QMayor-España. Miembro del equipo de trabajo Programa Radial: La voz del adulto mayor en Radio Nacional de Venezuela. Productora Independiente Programa “Gerontología al día” (Radio, Prensa, TV, Electrónicos). Asesora de la Comisión Permanente de las Familias, la Libertad de Religión y de Cultos y Asesora de la Subcomisión Permanente de la Dignidad Humana y Autonomía de las Personas Adultas Mayores de la Asamblea Nacional desde 2020, generando la Ley Orgánica para la protección y desarrollo integral de las personas adultas mayores (2021). Conferencista nacional e internacional. Libros publicados: Gerontología Ciencia para la vida (2013); Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas ¿Cómo vivir feliz más de 100 años? (2015); Saberes populares a favor del envejecimiento activo en cultores (2017); Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan (2017), Capítulos de libros titulados: 1) “El envejecimiento activo como paradigma de investigación del programa de Gerontología”, Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero EDUNTREF. 2023. Argentina. 2) Educación con adultos mayores. Una experiencia de buen envejecer, Costa Rica. 2022, y 3) El uso del Método Estudio de Caso en el estudio de las Vejees. Una oportunidad para el acercamiento vivenciado de la realidad del adulto mayor. Universidad Autónoma de Tlaxcala. México.

Luis Alberto Alzate Peralta

Colombiano. Doctor en Ciencias Pedagógicas de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba. Graduado de la carrera de enfermería y la especialización en pedagogía de las ciencias de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, es Máster en Educación Médica de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara Cuba. Profesor Investigador Colombiano con 15 años de experiencia en Educación Superior. Actualmente ocupa el cargo de Director del Centro de Gestión de la Información Científica y Transferencia Tecnológica (CEGESICTT) del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología. Ponente y conferencista en diversos países de América Latina, par revisor de libros y artículos en editoriales y revistas científicas indexadas en diferentes países, autor de 5 libros y 20 artículos científicos principalmente dirigidos al aprendizaje cooperativo para la enseñanza en enfermería. Correo electrónico: lalzate@bolivariano.edu.ec

INVESTIGADORAS (ES) PARTICIPANTES

Janaína Rigo Santin, Ana Gabriela Aguiar Trevia Salgado, Ludgleydson Fernandes de Araújo, Eliane Cunha Gonçalves, José Fernandes Filho
Brasil

Doris Sequeira Daza, Andrés Haye, Mónica Jorquera Cox, Catalina Tapia Pinto, Héctor Varela Véliz, José Avalos Jiménez, Francisca Durán Ortiz, Joaquín Herrera Barahona, Valentina Higuera Higuera, Angélica Neyra Alarcón, Alejandro Reinoso, Ana María Solís, Vladimir López
Chile

Daisy Katherine Pabón Poches, Laura Juliana Barchelot Aceros, Claudia Susana Silva Fernández, Álvaro Monterrosa Castro, Diana Pérez Romero, Cindy Salas Becerra, Mercedes Cerquera Córdoba, Margie Stefania Quintero Mantilla
Colombia

Teresa Orosa Fraíz, Laura Sánchez Pérez, Paloma Carina Henríquez Pino Santos, Yunier Broche Pérez, Zoylen Fernández Fleites, Elizabeth Jiménez Puig
Cuba

Dolores Majón Valpuesta, Mercè Pérez Salanova, Pilar Ramos, María Yolanda González Alonso
España

Heliodoro Alemán Mateo, Felipe Roboam Vázquez Palacios, Rodrigo Tovar Cabañas, Martha Beatriz Cortés Topete, Martha Elba Salazar Barajas, Francisco Javier Tovar Nevares, Lidia Viridiana Silva López, Roxana Goytortua Contreras, Laura Hinojosa García, Tirso Duran Badillo, Arantxa Ortiz Hernández, Melina Rodríguez Díaz, Livia Teresa Flores Garnelo, Yolanda de Jesús Hernández Delgado, Teresa Margarita Torres López, Irma Araceli Aburto López, Marco Antonio Cardoso Gómez, María Luisa Ponce López, Alejandra Alonso Flores, Alejandro Zarco Villavicencio, Martha Leticia Salazar Garza, Ma. de los Angeles Vacio Muro, Gian Carlo Floriano Zermeño, Paola Flores Rodríguez, Alma Rodríguez Gallegos, Irving Rosales Martínez, Luis Hernández Jácquez, José Luna Muñoz
México

Serrana Banchemo, Mariángeles Mihoff
Uruguay

Liliana Sousa Romero
Portugal

PALABRAS PRELIMINARES

Escribir siempre es valioso para quien lo hace y para quien lo lee, pero es más placentero si se escribe sobre un tema de interés general y de un reto social.

La visibilidad que le demos al envejecimiento como un proceso natural que conlleva amplios retos en diversos aspectos, representa un esfuerzo valioso e imperativo.

Hablar de violencia, maltrato, abandono, salud mental, espacios de interlocución, de participación y de escucha, es parte del reto que enfrentamos quienes nos dedicamos al servicio público enfocado a las personas mayores, pero también lo es para las propias personas mayores, sus familias, la academia, las organizaciones civiles y sociales, el sector salud y a todas a quienes nos interese vivir en una sociedad justa y equitativa, dando a todas las personas la oportunidad de vivir en ella.

Este ejercicio académico y de investigación nos abre la posibilidad de mirar y reflexionar sobre la gran tarea que tenemos para impulsar un envejecimiento activo, digno y saludable para las personas mayores de Iberoamérica y nos invita a crear más espacios de intercambio de experiencias para abordar desde diferentes enfoques los retos a los que nos enfrentamos día a día.

Buscar el bienestar del otro siempre será satisfactorio y eso nos debe mover para que trabajemos juntos día a día para que cada vez más personas mayores conozcan y ejerzan sus derechos a vivir una vida plena y digna.

Felicidades por este gran proyecto.

BEATRIZ GARCÍA CRUZ

DIRECTORA EJECUTIVA DEL INSTITUTO
PARA EL ENVEJECIMIENTO DIGNO
SECRETARÍA DE INCLUSIÓN Y BIENESTAR SOCIAL
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

PRESENTACIÓN

La edición de este libro se ha realizado con el objeto de explorar, desentrañar y entender algunas categorías sobre el problema del envejecimiento humano. Es evidente que el incremento de la esperanza y mejora en la calidad de vida se debe a la continua mejora en varias disciplinas, fundamentalmente a los avances en la ciencia médica y en la toma de conciencia social, política y familiar que se ha producido en las últimas décadas.

En la mayoría de los países los individuos están alcanzando edades que eran impensables en épocas anteriores, incluso en aquellos en los que se han producido discretos avances en política social y sanitaria. Se ha aumentado significativamente el número de personas mayores en las que el envejecimiento saludable y la calidad de vida siguen siendo auténticos retos, y donde la unidad familiar constituye el engranaje esencial para mantener a la sociedad envejecida. Es por todo ello muy importante orientar los esfuerzos en los próximos años en educación y cuidados gerontológicos tanto para cuidadores como para instituciones gerontológicas. Sin embargo, los cambios en la sociedad influenciados por las políticas sanitarias y económicas para las personas mayores hacen que este campo de conocimiento esté en continua evolución, estableciéndose nuevos paradigmas día a día. Continúan apareciendo principios unificadores en las diferentes sociedades como consecuencia del estudio y análisis multidisciplinar.

La gran cantidad de nueva información de los últimos años, sin comparación en épocas anteriores, ha hecho que se haya avanzado en los logros de la gerontología para proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Por otra parte, problemas como el envejecimiento de la población en sociedades migrantes apenas se han abordado, además no se han adaptado eficazmente los nuevos sistemas y plataformas de cuidados sociosanitarios de apoyo a las personas mayores y a las familias.

La presente obra pretende en términos de responsabilidad social ser útil y hacer el bien al mayor número de personas, incorporando los avances más recientes relacionados con la gerontología, los nuevos retos emergentes y en continuo desarrollo tanto para la enseñanza, la investigación y la innovación.

ISABEL LEGAZ PÉREZ
DIRECTORA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO
DE INVESTIGACIÓN EN ENVEJECIMIENTO
UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA



PRÓLOGO

Michel Elie Metchnikoff, microbiólogo ruso y Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1908 describía la gerontología como el estudio de la vejez. Sin embargo, no fue sino hasta fines de 1950 que la gerontología fue reconocida como un área de estudio lo suficientemente compleja y sólida para justificar su estatus como ciencia.

Hace tres décadas atrás, Jacques Laforest nos invitaba, en su libro de introducción a la gerontología, a entender el paso de los años como el arte de envejecer. Reconocía a la gerontología como una reflexión individual esencial a lo humano, presente a lo largo de toda la historia. Asimismo, nos interpelaba respecto de la duración de la vida y de la calidad de la misma, ubicando a la gerontología como una perspectiva privilegiada para abordar las transformaciones que acompañan el aumento de las personas mayores en las sociedades modernas.

La gerontología es un catalizador de conversaciones que permitan avanzar hacia futuros más esperanzadores. Sin embargo, Laforest fue enfático en sostener que la gerontología es, ante todo, una ciencia que requiere del desarrollo de conocimiento que permita explicar los fenómenos frente a los que las sociedades deben intervenir.

Tan importantes han sido los desarrollos de la gerontología en las últimas décadas que hoy nadie discute la prioridad científica y social de este enfoque transdisciplinar encargado de abordar uno de los fenómenos culturales, sociales y políticos más relevantes para el mundo contemporáneo: la vejez y el envejecimiento. Hoy reconocemos su importancia y depositamos en sus avances y perspectivas la ambición de alargar y mejorar la vida de las personas.

En la actualidad, el envejecimiento es una de las transformaciones más significativas que enfrenta nuestro mundo y nuestras comunidades. Es un logro social que, aun considerando los datos y la evidencia, sigue siendo catalogado como un problema. Las personas mayores siguen estando en posiciones de desventaja y marginación y las sociedades envejecidas son presas de mitos y prejuicios sustentados en ideas falsas sobre el ciclo vital humano. Sin embargo, todos y todas somos o seremos personas mayores. Todas y todos somos o seremos, de mantenerse el statu quo, víctimas del edadismo.

La discusión gerontológica y su conocimiento acumulado nos ha ofrecido una oportunidad de transformación al identificar que las características que adopta el envejecimiento y la vejez están íntimamente relacionadas con determinantes contextuales y relacionales que determinan las trayectorias vitales

y sus posibilidades. Esta oportunidad nos demanda aumentar los procesos de producción de conocimiento de la gerontología y, aún más importante, llevar dicho conocimiento a los espacios de toma de decisiones políticas, económicas, culturales y sociales.

“Enfoques transdisciplinarios sobre el envejecimiento y la agenda 2030: para el desarrollo sostenible en Iberoamérica” es una respuesta a esta demanda. Sus autores y autoras reconocen la heterogeneidad del envejecimiento y la vejez, destacando las múltiples dimensiones que deben ser consideradas para conectar el abordaje de este proceso vital con la construcción de futuros más equitativos e inclusivos para todos y todas, sin excepción.

Sus diferentes capítulos reivindican a la gerontología como el espacio de conocimiento que debemos re-habitar para garantizar que la vejez no sea sinónimo de ausencia de participación social, política y cultural.

PAULA FORTTES VALDIVIA

Directora del Programa Incidencias Mayores de FlacsoLab.

Flacso Chile

Consultora EURO Social + envejecimiento y Cuidados

Presidenta Fundación del Adulto Mayor Clotario Blest

Directora General TelemedCare Chile



ÍNDICE

6 PALABRAS PRELIMINARES

BEATRIZ GARCÍA CRUZ

Directora Ejecutiva del Instituto para el Envejecimiento Digno
Secretaría de Inclusión y Bienestar Social
Gobierno de la Ciudad de México.

7 PRESENTACIÓN

ISABEL LEGAZ PÉREZ

Directora del Instituto Universitario de Investigación en
Envejecimiento
Universidad de Murcia, España.

8 PRÓLOGO

PAULA FORTTES VALDIVIA

Directora del Programa Incidencias Mayores de FlacsoLab.
Flacso Chile
Consultora EURO Social + Envejecimiento y Cuidados
Presidenta Fundación del Adulto Mayor Clotario Blest
Directora General TelemedCare Chile.

CAPÍTULO I. CONTEXTOS CON PERSPECTIVA SOCIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

I. DIMENSIÓN EDUCATIVA

- 15** **El modelo de educación inclusiva para personas adultas mayores en Cuba**
Teresa Orosa Fraíz, Laura Sánchez Pérez, Paloma Carina Henríquez Pino Santos
Universidad de La Habana
- 35** **Personas mayores en tiempos de COVID-19: aprendizajes a partir de su adaptación al confinamiento en Uruguay**
Serrana Banchemo, Mariángeles Mihoff
Universidad de la República de Uruguay
- 48** **Programas de educación permanente para personas adultas mayores en Latinoamérica**
Arantxa Ortiz Hernández, Melina Rodríguez Díaz
Universidad de Guadalajara
- 64** **El aula universitaria para personas mayores y las relaciones intergeneracionales**
Doris Sequeira Daza
Universidad Central de Chile

II. DIMENSIÓN ESPACIAL

- 77** **La creación de entornos amigables con las personas mayores**
Dolores Majón Valpuesta, Mercè Pérez Salanova, Pilar Ramos, Andrés Haye
Universidad de Sevilla, Universidad Autónoma de Barcelona, Pontificia Universidad Católica de Chile
- 100** **Medio ambiente y vejez**
Felipe Roboam Vázquez Palacios, Rodrigo Tovar Cabañas
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Instituto Interdisciplinario de Investigación, Universidad de Xalapa
- 114** **Los aspectos urbanos y sociales presentes en la experiencia espacial de las personas mayores**
Martha Beatriz Cortés Topete
Universidad Autónoma de Aguascalientes

III. DIMENSIÓN EN VIOLENCIA

- 141** **Violencia contra las mujeres mayores en Brasil**
Janaína Rigo Santin
Universidade de Caxias do Sul y Universidade de Passo Fundo
- 161** **Maltrato y resiliencia en personas adultas mayores colombianas**
Daisy Katherine Pabón Poches, Laura Juliana Barchelot Aceros, Claudia Susana Silva Fernández
Universidad de Investigación y Desarrollo
- 180** **Violencia contra las personas mayores trans: consideraciones sobre la realidad brasileña**
Ana Gabriela Aguiar Trevia Salgado, Ludgleydson Fernandes de Araújo
Universidade Federal do Delta do Parnaíba

IV. DIMENSIÓN EN RELACIONES AFECTIVAS

- 192** **Emociones positivas y apoyo social como predictores hacia un envejecimiento activo**
Martha Elba Salazar Barajas, Francisco Javier Tovar Nevares, Lidia Viridiana Silva López, Roxana Goytortua Contreras, Laura Hinojosa García, Tirso Duran Badillo
Universidad Autónoma de Tamaulipas

- 201** **La importancia de las relaciones afectivas y de apoyo social para las personas mayores**
Livia Teresa Flores Garnelo, Yolanda de Jesús Hernández Delgado, Teresa Margarita Torres López Universidad de Guadalajara
- 213** **Relaciones intergeneracionales y apoyo emocional a personas mayores**
Catalina Tapia Pinto, Héctor Varela Véliz, José Avalos Jiménez, Francisca Durán Ortiz, Joaquín Herrera Barahona, Valentina Higuera Higuera, Angélica Neyra Alarcón
Universidad de Antofagasta

CAPÍTULO II ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

I. PRÁCTICA SALUDABLE CON ENFOQUE EN NUTRICIÓN

- 234** **Avances científicos sobre la evaluación de los requerimientos de energía en adultos mayores**
Heliodoro Alemán Mateo
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
- 255** **Efecto del ejercicio y dieta en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus**
Irma Araceli Aburto López, Marco Antonio Cardoso Gómez, María Luisa Ponce López, Alejandro Zarco Villavicencio
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- 274** **Ecuaciones antropométricas para medir la grasa corporal en personas adultas mayores**
Eliane Cunha Gonçalves, José Fernandes Filho
Faculdade Multivix de Vitória, Universidade Federal do Rio de Janeiro
- 288** **Sarcopenia en mujeres mayores colombianas**
Álvaro Monterrosa Castro, Diana Pérez Romero, Cindy Salas Becerra
Universidad de Cartagena
- 314** **Intervenciones de nutrición y salud basadas en las teorías del cambio de comportamiento**
Alejandra Alonso Flores
Universidad Iberoamericana

II. PRÁCTICA CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL

- 332 Neuropsicología positiva y prevención de demencias: promoviendo la salud cognitiva**
Yunier Broche Pérez, Zoylen Fernández Fleites, Elizabeth Jiménez Puig
Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
- 354 Modelo psicogerontológico integral para envejecer satisfactoriamente**
Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Margie Stefania Quintero Mantilla
Universidad Pontificia Bolivariana
- 368 Reminiscencias en adultos mayores mexicanos: experiencias de vida significativas**
Martha Leticia Salazar Garza, Liliana Sousa, Ma. de los Angeles Vacio Muro,
Gian Carlo Floriano Zermeño
Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad de Aveiro
- 386 Capacitación en rehabilitación cognitiva para mejorar la calidad de vida de las personas mayores**
Paola Flores Rodríguez, Alma Rodríguez Gallegos, Irving Rosales Martínez, Luis Hernández Jácquez, José Luna Muñoz
Universidad Juárez del Estado de Durango, Universidad Pedagógica de Durango,
Universidad Nacional Autónoma de México
- 403 Intervención de arteterapia en personas mayores con enfermedad de Alzheimer**
Mónica Jorquera Cox
Universidad de Antofagasta
- 423 Abordaje multidimensional de las necesidades en las personas con parálisis cerebral que envejecen**
María Yolanda González Alonso
Universidad de Burgos
- 436 La subjetividad en el envejecimiento**
Andrés Haye, Alejandro Reinoso, Ana María Solís, Vladimir López
Pontificia Universidad Católica de Chile
- 458 Autores**

CAPÍTULO I

C O N T E X T O S C O N
P E R S P E C T I V A S O C I A L
S O B R E E L E N V E J E C I M I E N T O



I. DIMENSIÓN EDUCATIVA

EL MODELO DE EDUCACIÓN INCLUSIVA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN CUBA

Teresa Orosa Fraíz, Laura Sánchez Pérez, Paloma Carina Henríquez Pino Santos

Universidad de La Habana

Resumen

El programa de educación dirigido a las personas mayores en Cuba se funda en la Universidad de La Habana hace 20 años, bajo el nombre de Cátedra del Adulto Mayor, el cual se extendió hacia todos los centros de educación superior, en el país. En el presente trabajo se abordan las bases teóricas del programa con énfasis en la introducción del enfoque histórico-cultural y se presentan los principales resultados en tanto modelo de educación inclusiva y de oportunidad de aprendizajes, hasta el final de la vida. Constituye ejemplo de buenas prácticas, con alta participación de voluntariado y fomento de una nueva cultura gerontológica, colocando a las personas mayores como agentes activos, hacia el logro de objetivos y metas de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible.

Palabras claves

Persona Mayor, Educación, Inclusión, Gerontología Educativa, Sostenible.

Introducción

Uno de los procesos de mayor actualidad en el mundo lo constituye el denominado envejecimiento poblacional, convertido en desafío inicialmente para los sistemas de atención de salud y seguridad social, y paulatinamente para todos y los más diversos sectores de la sociedad.

Se viven más años, es decir, aumenta la expectativa de vida en la mayoría de los países, lo cual se convierte en un reto, y a la vez, en un logro de la sociedad actual.

Cuba es un país envejecido. Según el último censo reportó el 20.1% de personas con 60 años y más, y con una esperanza de vida al nacer que alcanza los 78.45 años (ONEI, 2016). Y si en el campo de la salud hoy se hace imprescindible geriatrizar los servicios generales de atención sanitaria para el mejor acceso de la población adulta mayor, igual de importante es gerontologizar a toda la sociedad. Ello conlleva una mirada de integración de punto de partida multidisciplinaria en el abordaje de este proceso. Hoy hablar de estrategias de atención a mayores implica la inclusión, ya no sólo de la asistencia médica y la protección, sino también de factores urbanísticos, jurídicos, educativos, ambientalistas, culturales, deportivos, de transporte, consumo, entretenimiento, entre otros. En otras palabras, es de conjunto que debemos trabajar hacia el mejoramiento y readaptación de toda la sociedad y su entorno. Tal y como se plantea velar por “una sociedad amigable con la persona mayor”.

Comprender además que la vejez es una etapa de la vida, nunca un retorno a la juventud o a la niñez, pues quien ha logrado llegar a ella ha elaborado numerosos eventos y ganado una experticia en el manejo de diversas situaciones, que le han permitido ser portadora de nuevas formaciones psicológicas.

En ese sentido, se introducen políticas públicas que incorporan la noción de envejecimiento activo y de ciudades amigables, se promueven eventos y reuniones de alto nivel dedicadas al tema de los derechos humanos en la vejez, proliferan las asociaciones de mayores, se amplía el campo de dimensiones a investigar en las personas mayores y hasta se abren espacios de educación para los mismos, entre otras acciones.

La educación, se presenta entonces, como poderosa herramienta o recurso que aporta cambios en el imaginario social del envejecimiento y la vejez, lo cual permite disfrutar esta etapa de la vida de forma más natural y auténtica, y también aporta cambios en beneficios directos a la espiritualidad de las propias personas mayores, cuando las mismas disponen de tan importante recurso.

La educación empodera y seguriza a los que disfrutan de ella, por tanto, las experiencias educativas dirigidas a personas mayores se van colocando a la

vanguardia de las acciones gerontológicas demostrando la educabilidad de las personas mayores, sus nuevas necesidades generacionales y su disposición a estos espacios, como oportunidad de elaboración de nuevos proyectos.

Resulta importante destacar que la visibilidad del tema acerca del envejecimiento no se debe solamente al cambio de carácter demográfico, es decir, al aumento de la proporción de personas con 60 años y más, sino que también se debe al cambio de carácter generacional. Este último cambio es menos visible y no se puede extraer de un gráfico, sin embargo, es igual de importante, en tanto requiere de miradas nuevas acerca de vejez nuevas.

Tal y como lo abordan los profesores José Yuni y Claudio Urbano de Argentina “Se trata no sólo de una transformación cuantitativa producida por el incremento de las personas mayores en el conjunto de la población, sino de una mutación de orden cualitativo que interpela nuestros modos de pensar, sentir, proyectar y construir la vejez. Paradójicamente, el envejecimiento como fenómeno social está produciendo una renovación de las formas de pensar el curso de la vida humana y ha generado una fecunda innovación de dispositivos socioculturales que dan cabida a las nuevas generaciones de adultos mayores” (Yuni J. y Urbano C., 2016, p. 7)

Entre los nuevos dispositivos socioculturales los autores refieren los de carácter educativo haciendo referencia al impacto del aprendizaje en edades avanzadas y en la reconfiguración del imaginario social tradicional de la vejez.

Desde hace 20 años se fundan en Cuba las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor, inicialmente en la Universidad de La Habana, extendidas posteriormente por todo el país. Constituyen la denominación cubana de los llamados programas universitarios o universidades de tercera edad, con carácter extensionista y con existencia comunitaria, asesoradas por cada centro de educación superior, del país.

Breve descripción del programa educativo cubano

La Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana constituye la institución introductora de este programa bajo la Resolución Rectoral No. 73/2000 siendo el Centro de Referencia Nacional, en este tema. Se crea justamente el 14 de febrero del año 2000, con sede en la Facultad de Psicología, bajo el coauspicio de la Central de Trabajadores de Cuba (CTC) y la Asociación de Pedagogos de Cuba (APC). Hasta el curso 2018-2019 cuenta con un total de 19, 319 personas mayores capitalinas, favorecidas del llamado curso de carácter básico.

A nivel nacional, según datos del Ministerio de Educación Superior, existen 19 Cátedras del Adulto Mayor de carácter provincial, así como más de 100,000 mayores egresados a nivel de país. El programa dispone de aulas tanto de carácter urbano como rural, y funcionan en los predios universitarios, en casas de cultura,

museos de la localidad, áreas de salud, cooperativas agrícolas y en escuelas, entre otros lugares comunitarios.

La Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana constituye un grupo multidisciplinario con misiones de investigación, asesoramiento de proyectos y capacitación gerontológica, así como, el desarrollo y dirección del programa de Aulas o también llamadas Universidades de Mayores.

Desde su propia creación las personas mayores han jugado un papel muy activo pues fueron parte intrínseca del grupo gestor y procedentes en su mayoría del Grupo Nacional de Atención a Jubilados y Pensionados que había organizado la Central de Trabajadores de Cuba, la cual, como referíamos anteriormente, es coauspicio del programa desde sus inicios. A su vez, al aumentar la demanda del mismo y tratar de hacerlo más accesible a la localidad de residencia de los mayores, se fueron constituyendo claustros con alta membresía de los propios mayores que fueron egresando de este programa. Por tanto, siempre ha sido un programa educativo “para y con” las personas mayores.

Un aspecto importante a destacar es la sostenibilidad y accesibilidad del mismo gracias a la participación de gestores, profesores del claustro y coordinadores personas mayores, los que durante 20 años han laborado de forma voluntaria.

Desde el punto de vista curricular dispone del siguiente programa docente de carácter modular y que consta de 3 sistemas:

a. Curso básico de 1 año escolar, con diversos temas organizados a través de 5 módulos docentes: Módulo 1-Propedéutico o Introductorio, Módulo 2- Desarrollo Humano, Módulo 3-Promoción y Educación de Salud, Módulo 4-Derechos, Paz y Seguridad Social, Módulo 5-Cultura Contemporánea. En cada uno de ellos, se desarrollan diversos temas de interés, abordándolos desde ejes transversales acerca del medio ambiente, la creatividad, los valores, el pensamiento martiano y fidelista, la educación por la paz y el enfoque de género.

Al final los cursantes presentan un trabajo de curso o tesina a partir de un tema seleccionado por ellos en forma de ensayo, testimonio u otra modalidad, expresando lo aprendido y con la entrega de este con una breve presentación, en plenaria del aula.

b. Cursos de continuidad, dirigido a los egresados del programa básico y con diversidad temática, de manera que se pueda profundizar en temas presentados en el curso básico, así como, en otros temas de interés, solicitados por los egresados o a propuesta de los especialistas de cada comunidad.

c. Cursos de capacitación, dirigido fundamentalmente a personas mayores egresados que se convierten en fuente de los claustros docentes de dichas aulas.

Capacitarnos en una nueva cultura gerontológica, libre de paternalismo, gerofobia y discriminación de cualquier índole ha ido constituyéndose en nuestra meta. Una nueva cultura gerontológica, que parta de la comprensión de la generación actual de mayores con sus nuevos protagonismos y necesidades, que garantice la inclusión y el desarrollo, y no sólo la protección y el cuidado (Orosa, 2015).

Teniendo en cuenta la persistencia de criterios gerofóbicos en la sociedad, la invisibilidad aún de las potencialidades de los mayores, sus necesidades actuales, así como, la experiencia obtenida por la Cátedra durante 20 años, los resultados alcanzados a favor del bienestar, la educabilidad, la salud y la participación de los mayores; nuestra Visión es demostrar la importancia de la educación como auténtico factor de envejecimiento activo, participativo y sostenible. Lograr colocar a las personas mayores como sujetos de deberes y derechos, empoderados y participativos, en un entorno accesible, inclusivo y para todas las edades.

Sin dudas, el programa de la Cátedra ha ido enriqueciéndose a lo largo de esos años, ponderando diversas dimensiones de trabajo que permitan llevar a cabo nuestra Misión e ir potenciando las bases desde la perspectiva de nuestra Visión.

Para todo ello los Objetivos de su programa educativo son los siguientes:

- Actualización cultural y científica técnica de los cursantes.
- Aprender a ser mujeres y hombres mayores de esta época.
- Provocar cambios de carácter espiritual en los cursantes, esto es, desarrollo cognitivo, afectivo motivacional y sociabilidad.
- Reinserción social de los egresados en diversos proyectos comunitarios.
- Promover promotores de salud, gestores ambientalistas, entre otros.
- Promover una imagen social del envejecimiento y la vejez, en escenarios educativos.
- Promover la identidad con la edad y los procesos de cambios correspondientes.
- Promover acciones de carácter intergeneracional.

Desde un inicio nuestra institución se inspiró en propósitos de capacitación y de integración, y aun cuando se dedicó más a la instrucción o impartición de contenidos de los módulos docentes, en su transcurrir fue emergiendo con mayor potencialidad la educación y no sólo la instrucción. Esto es, aprender a envejecer

desde cambios personales y desde incidencias en el entorno académico, gubernamental y social, vinculadas a una nueva imagen de la vejez y al carácter activo, participativo y cívico de los cursantes.

Desde el punto de vista científico la Cátedra de la Universidad de La Habana fundó los Talleres EduMayores desde 2002 en adelante, así como, ha convocado al IV Congreso Iberoamericano de Psicogerontología y del V Congreso Iberoamericano de Programas Universitarios con Mayores.

A lo largo de estos años han sido desarrollados también diversos proyectos de investigación, tales como: La Cátedra del Adulto Mayor en la nueva universidad cubana, del Programa Gestión Universitaria del Conocimiento (2006-2009); Proyecto de Cooperación Interuniversitaria denominado Curso Vivir con Vitalidad bajo plataforma e-learning (PUMe) con Universidad Autónoma de Madrid, Centro Universitario La Salle, Católica de Chile y Autónoma de México UNAM, 2012-2013; Proyecto Grupo de Expertos de la Tarea 21 Estrategia nacional para abordar el Envejecimiento Poblacional que coordina el Centro de estudios Demográficos (CEDEM-UH), así como, Miembro Experto del Subgrupo VII del MES- MINED, 2012-2013; Proyecto Diseño Capacitación tema Empoderamiento de las Personas Mayores, correspondiente al Programa Integral de Envejecimiento Saludable aprobado por la Unión Europea e inscrito por Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología denominado PIES PLAZA, 2016-2021; Proyecto Educación, salud y vejez: formación de capacidades en líderes locales de gestión de conocimiento de salud y transformación, 2018-2020.

Desde su creación ha demostrado su impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de sus cursantes, entendiendo la educación como factor de prevención de salud y de empoderamiento individual y social.

En el objetivo de abordar los impactos del programa se han llevado a cabo evaluaciones en tres dimensiones fundamentales: cognitivo, afectivo-motivacional y social.

En el área intelectual aumenta el potencial de aprendizaje de memoria de palabras, un mayor rendimiento del recuerdo diferido y aparecen mejores posibilidades en cuanto a la calidad de usos de definiciones a los términos o palabras presentadas. En el área afectivo motivacional se expresan mejores resultados en cuanto a sus posibilidades de esfuerzo, de constancia, y de confianza en cuanto a recursos personales tanto para resolver problemas de salud, de rendimiento intelectual e inclusive de asuntos familiares, mayores niveles de satisfacción con la vida y de calidad de vida, proyectos y relaciones interpersonales. Aparecen nuevos motivos y proyectos de vida. Con relación a la sociabilidad evocan acciones de pro-sociabilidad, y formación de redes de apoyo.

En percepción de calidad de vida los cursantes tienden a colocar el mantener buenas relaciones sociales como primera condición y en segundo lugar de tener buena salud, cuando esto último es lo que generalmente aparece como el predictor priorizado por los mayores, para la percepción de una buena calidad de vida (Orosa, 2005).

Se destacan además niveles de indicadores de empoderamiento, una nueva cultura de abuelidad y del cuidado, así como, una tendencia al asociacionismo.

En estudios más recientes se han investigado diversas dimensiones en el estudio del envejecimiento vinculadas a resultados, dimensiones y a temáticas de los contenidos modulares. En cuanto a resultados del programa destacar el estudio realizado acerca del empoderamiento comunitario que se produce en una muestra de presidentes de aulas, también personas adultas mayores, en el que se exploraron indicadores de compromiso, participación, autogestión y toma de decisiones, en diferentes niveles de estructuración. (Henríquez y Sánchez 2020). En cuanto a la dimensión acerca del tema de género destacar el estudio acerca del sentido de pertenencia de grupo de mujeres a nuestro programa y que demuestran una identidad de género en transición, siendo a su vez la mayoría de los directivos, gestores y cursantes del programa. (Sánchez, 2017). En cuanto a contenidos temáticos del programa curricular hay que destacar el estudio exploratorio acerca del impacto de la migración que estamos realizando en las personas mayores, en interés de introducirlo como temática de estudio en el programa del curso básico.

Actualmente el programa del curso básico de la Catedra del Adulto Mayor se encuentra en proceso de perfeccionamiento, lo que permite un punto de reflexión y análisis temáticos, estructura y funcionamiento de la institución, lo cual contribuirá a la actualización metodológica y docente de nuestro programa.

Principales presupuestos teóricos que le sustentan

El programa está sustentado en todos los componentes de las Ciencias del Envejecimiento, en tanto campo de investigación multidisciplinar orientado a la comprensión del envejecimiento como objeto complejo y multi-determinado, en el cual la interdisciplina aún es una meta. En ese sentido, el programa dispone de conocimientos y abordajes de la Biogerontología, la Gerontología Social y la Psicogerontología. A su vez, enfoca la diferencia de la mirada geriátrica y gerontológica y rescata importantes influencias de conceptos de la Educación Popular y del Lifelong Learning (Orosa, 2018).

Ahora bien, de todo lo anterior se destacan para el programa cubano dos pilares básicos: la Gerontología Educativa y la Psicogerontología, esta última especialmente desde la introducción del enfoque histórico-cultural.

Constituimos una acción inherente a la denominada Gerontología Educativa como rama de la Gerontología centrada en el análisis de las condiciones y capacidades de aprendizaje de las personas mayores, y que como gestión se nos fue desbordando inclusive a capacitación dirigida a otros sectores, no sólo a personas mayores.

Desde esta trayectoria somos fundadores en nuestro país de la Gerontología Educativa, la cual se dedica “al estudio y práctica de emprendimientos educativos dirigidos a las personas mayores y a otros grupos generacionales, es decir, a otros públicos interesados en el conocimiento de la vejez y el envejecimiento en sus múltiples derivaciones” (Yuni y Urbano, 2005, p.27).

Para ello, además de llevar la conducción de las aulas de mayores en sus diferentes sistemas docentes, desde hace años también gestionamos conocimiento gerontológico dirigido a profesionales de los medios de comunicación, juristas, arquitectos, pedagogos, psicólogos, médicos, entre otros.

Desde el punto de vista psicológico ha de destacarse la importancia de la Psicogerontología como pilar científico del programa docente en el abordaje de los procesos de la subjetividad de las personas mayores. Especial impronta ha tenido el enfoque Histórico Cultural de L. S. Vigostky y su sistema categorial en el estudio de esta etapa de la vida. En ese orden de ideas, estudiamos la categoría situación social del desarrollo desde su perspectiva de vivencia, desde lo singular e irrepetible, desde el desarrollo precedente y de la nueva formación. Así mismo, también se visibiliza el programa educativo Cátedra Universitaria del Adulto Mayor como un nuevo otro significativo para el desarrollo personal.

En el contexto de dicho enfoque partimos del análisis de cuáles constituyen determinantes del desarrollo en la vejez y de ponderar el papel activo de cada individuo, pues “cuando se llega a la etapa de vejez, el individuo vive una situación social del desarrollo diferente, que está muy determinada por la cultura, la familia y el propio desarrollo que el individuo ha alcanzado” (Orosa, 2001, p.53).

Por tanto, los contenidos del programa docente han de ser de muy amplio espectro, tal cual las necesidades de actualización de las personas mayores y su diversidad como grupo poblacional.

Desde nuestra experiencia esta diversidad se acrecienta aún más cuando se trata del desarrollo del programa educativo en grupos institucionalizados, u otros que presenten peculiares condiciones de enseñanza aprendizaje. Más que conferencias acerca de los temas se recomiendan clases interactivas, donde se permitan procesos de aprendizaje vivencial, en el cual los cursantes también aporten conocimientos, de los temas a desarrollar. De ahí, que también resulte de gran valor la aplicación de encuestas diagnósticas, no sólo para conocer a los cursantes de nuevo ingreso, sino también para conocer sus expectativas y necesidades de superación.

Los programas educativos dirigidos a personas mayores constituyen espacios de desarrollo y oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Por ello, responden a las necesidades de realización personal, de protagonismo comunitario y se convierten trincheras en contra de la discriminación.

Y es que diversas son las medidas para proteger a las personas mayores frente a la discriminación, en aras de favorecer las condiciones para puedan ser autónomas e independientes (CEPAL, 2017).

En la medida del tiempo y la experiencia transitada de dos décadas de labor, con incertidumbres, colaboraciones, apoyos, y resultados es menester preguntarnos: ¿Por qué nuestro programa educativo ha llegado a ser ejemplo de buenas prácticas? Una interrogante y a continuación varias respuestas:

- Por constituir los fundadores en Cuba de la llamada Gerontología Educativa, en sus dos dimensiones: emprendimiento educativo hacia los mayores y hacia los sectores públicos requeridos de conocimientos gerontológicos, que atienden diversos programas sobre envejecimiento.
Por constituir un programa “para y con” las personas mayores, dado que sus fundadores y sus claustros y directivos que le han sostenido durante 20 años son en su mayoría personas mayores y muy mayores que han laborado como voluntariado.
- Por haber elaborado el primer programa docente y su correspondiente folleto o cuaderno como base bibliográfica para las clases, a partir del trabajo de un colectivo de autores, miembros del Consejo Técnico de la Cátedra del Adulto Mayor y colaboradores, de su experiencia en el desarrollo de dicho programa, el cual ha transitado por procesos de perfeccionamiento, en función de nuevas necesidades del desarrollo de las ciencias y de la sociedad.
- Por promover la extensión del programa Cátedra del Adulto Mayor a todos los Centros de Educación Superior, del país.
- Por la inserción de aulas comunitarias también en centros penitenciarios, hogares de ancianos, Casas de Abuelo y en Asociación de Combatientes.
- Por convertirnos en redes de apoyo entre los mayores participantes, gracias a la educación y grupos empoderados, líderes locales y gestores de conocimiento ambientalista y de salud, en los barrios.
- Por constituir el único tipo de institución que ha contribuido al cambio de imagen de la vejez, por la acción “en y con” los medios. Un programa dedicado más a la educación que a la instrucción y habernos convertido en asesores de programas televisivos y mensajes de bien público.

- Por lograr un perfil del egresado como sujeto de participación cívica, representando a la sociedad civil en la Asociación Cubana de Naciones Unidas (ACNU) vs Bloqueo como voces de los mayores y en acciones de relaciones internacionales con atención a delegaciones de alto nivel, sobre los derechos humanos en Cuba. De ahí, nuestro papel activo y oficial en el debate de la nueva Constitución de la República de Cuba.
- Por la atención educativa a miles de personas mayores capitalinas, a través de decenas de aulas en la capital, del curso básico de la Cátedra y por la creación de cursos de continuidad en temas de interés sobre nuevas tecnologías, patrimonio cultural, entre otras.
- Por ser considerada en la región iberoamericana como “modelo cubano de educación “para y con” personas mayores desde su condición de Miembro Fundador de la Red Iberoamericana de Programas Universitarios con Mayores (RIPUAM), así como, miembros de la Sociedad Cubana de Geriatria y Gerontología, de la Sociedad Cubana de Psicología, de la Asociación de Pedagogos de Cuba y Asociación Cubana de Naciones Unidas. Miembro de la Red Continental de Asociaciones de Mayores de América Latina y el Caribe (RedCon), con sede en Panamá y de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores (FIAPAM), con sede en España. Miembro de la RED LARNA (Red Latinoamericana de Investigación en Vejez) con sede en Universidad de Oxford, Inglaterra. Miembro del Grupo de Expertos de Investigación de Evaluación y Envejecimiento (EVEN) de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Por haber recibido el Premio Nacional de Seguridad Social, como Cátedra de Referencia Nacional, otorgado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2005. Premio Mejor Resultado Científico ya aplicado al Desarrollo Social Universidad de La Habana, 2009. Mención de Buenas Prácticas, otorgado por la OPS/OMS 2012. Mención al Mejor Trabajo Extensión Universitaria, Universidad de La Habana, 2014. Reconocimiento en atención a los Combatientes por el Ministerio de las Fuerzas Armadas, MINFAR, 2017. Premio Utilidad de la Virtud, por la Sociedad Cultural José Martí. 2018.
- Por colocar a la educación a lo largo de la vida como un derecho ciudadano, hacerlo accesible como programa al colocarse a nivel de barrio, sostenible por la autogestión de sus miembros, ya que los cursantes no pagan su matrícula ni sus profesores cobrar por dar las clases, y por promover el concepto de envejecimiento sostenible , donde los mayores no sólo sean beneficiarios de proyectos, leyes y programas, sino entes activos en la solución, atención y desafíos del creciente envejecimiento poblacional.

- Por promover la educabilidad de las personas mayores y aun cuando coexisten rezagos gerofóbicos en la sociedad, la mirada acerca del envejecimiento y la vejez ha comenzado a cambiar. Una sociedad que logre ser más inclusiva y que permita “ser y seguir siendo” a las personas mayores sujetos de ciudadanía y de derechos.
- Por lograr visibilizar el papel de las personas mayores en la Tarea Vida y en el logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible, no sólo por constituir un ejemplo del ODS 4, sino porque la Agenda 2030 constituye material de estudios en nuestras aulas, en afán de convertirnos en promotores de objetivos y metas, y no en simples receptores de sus bondades.

Hacia una nueva cultura gerontológica y su vínculo con la agenda 2030

Como sabemos, envejecer no constituye un proceso sólo de carácter biológico y grupal, sino también individual o biográfico, por el cual aún transitamos desde estigmas que aún nos impiden una identidad con la edad y bienestar psicológico. En sociedades envejecidas, es menester capacitarse hacia una nueva cultura gerontológica, conocer cuáles podrían ser sus pilares fundamentales y los retos que de forma vinculada han de tejerse en una política pública del tema.

Pero, sin lugar a duda, lo más difícil siempre será lograr cambiar la imagen lastimosa que aún perdura sobre esta edad.

Resulta difícil, pero necesario, lograr desmontar la diversidad de mitos o creencias, que aún acompañan al envejecimiento como proceso que transcurre a lo largo de la vida y a la vejez, como última etapa de la misma. Por ello, todos los que contribuimos a la educación estamos llamados a promover una nueva cultura gerontológica, una cultura del tema en la cual nos preparemos desde tempranas edades para envejecer, y en la que podamos vivir la propia vejez como etapa plena de desarrollo y no matizada por estigmas y falsas creencias. Este propósito es el más complejo.

En ese sentido, profesionales, funcionarios y líderes locales hoy están requeridos de capacitación en el tema desde sus proyectos declarados como de atención al bienestar subjetivo de las personas mayores, y procedentes de diversas profesiones, debido al carácter interdisciplinario de la Psicogerontología, la Biogerontología y la Gerontología Social como campos de las llamadas Ciencias del Envejecimiento.

En nuestro criterio una nueva cultura gerontológica se encuentra asentada en cinco pilares básicos, esto es: la comprensión de la vejez como auténtica etapa del desarrollo humano, el entendimiento del cambio de paradigma de imagen de tradicional a transicional en la aparición de las personas mayores de nuevo tipo, la

comprensión de la no existencia de una única imagen de la vejez dado que no constituye una población homogénea, y no sólo requerida de cuidados, la diferencia desde un enfoque geriátrico de la misma y el enfoque gerontológico.

En ese sentido, las personas mayores como parte intrínseca del desarrollo social forman parte también del logro de ese mundo que queremos y para lo cual se analizan medidas relacionadas con la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la llamada Agenda 2030 (Huenchuan y Rovira, 2019).

A lo largo de este curso escolar, y gracias a los años que venimos trabajando en temáticas incluidas en la Agenda 2030, nos dimos a la tarea de su estudio en interés de nuestra disposición para formar de acciones que diversos organismos e instituciones llevan a cabo en nuestro país. Pero para participar hay primero que saber, conocer y vivenciar.

La Agenda 2030 del Desarrollo Sostenible describe brechas, oportunidades y aspiraciones a través de diecisiete objetivos con sus respectivas metas e indicadores, los que, a su vez, han de ser implementados en cada país y región, de acuerdo a sus características.

Personas Mayores y Agenda 2030

Si bien, todos los programas de educación dirigido a mayores constituyen expresión del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 4 cuando refiere “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”, en nuestro programa cubano y de manera propositiva hemos decidido que la Agenda 2030 se convierta en material de estudio en nuestras aulas para la capacitación en su diversidad de temáticas, en intención de formar parte de la acciones que el país desarrolla y en afán de convertir a nuestros cursantes en promotores hacia la consecución de objetivos y metas, y no en simples receptores de sus bondades.

Tales metas del Desarrollo Sostenible no sólo pasan por disponer de recursos económicos, sino por cambios importantes en la mentalidad de los habitantes de este mundo y de las propias personas mayores como patrimonio histórico vivo, los cuales además de auto capacitarse en el tema constituyen también agentes de transformación a lo interno de sus familias y comunidades.

Desde esta nueva cultura gerontológica ha de destacarse cómo nuestras aulas de mayores han contribuido desde sus lecturas al estudio y revisión de la Agenda 2030 identificando inclusive la ausencia de transversalización del eje de la edad, en algunos de los ODS y sus metas. Ello es muestra del empoderamiento a nivel institucional logrado como institución y que otorga la educación.

Desde el estudio de la Agenda 2030 encontramos como muy relevantes vinculadas al tema del envejecimiento las metas vinculadas a los números tres sobre salud y bienestar, al cuatro sobre la educación de calidad, el número once sobre ciudades y comunidades sostenibles, así como, los números dieciséis acerca de la paz y justicia y el diecisiete sobre alianzas para lograr los objetivos.

Llama la atención de cualquier forma que es sólo el vinculado a la salud y bienestar donde se hace referencia al término todas las edades de manera explícita, lo cual también es un reflejo de la mirada aun geriátrica, que porta el mundo y sus decisores.

Fueron analizadas las metas y de ellas las que nuestro país tiene cumplidas, y otras en las que hay que seguir trabajando, visibilizando en cuales la Agenda 2030 ha dejado afuera a las personas mayores, las cuales, por cierto, cuando aparecen reflejadas es con el término personas de edad tal como acostumbra las Naciones Unidas, aunque también pueden aparecer cuando en algunos ODS o metas se hace referencia a todas las edades. Observar, que en algunos ODS de alguna forma está incluida en la formulación, pero después ausente como una de sus metas, por lo cual se añadieron como sugerencias. Por cierto, existe otro grupo de ODS que al no depender del tema de las edades fueron estudiados solamente, sin sugerencias al respecto.

En general se observa en la Agenda 2030 la ausencia del eje de la edad como eje transversal, tal y como si aparece de forma evidente el eje transversal del género. Se analizaron los 17 ODS y sus metas por separado, esto es: donde está incluida la persona mayor y donde no está incluida y debería estarlo.

A continuación, el análisis de los ODS donde está la persona de edad o el término todas las edades:

- ODS 1 Fin de la pobreza, puede inferirse en meta 1.4... “la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades”.
- ODS 2: Hambre cero, en meta 2.2... “las mujeres embarazadas y lactantes y personas de edad”.
- ODS 3: Salud y bienestar, en la formulación del ODS “Garantizar una sociedad sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, pero no se hace referencia en ninguna de sus metas, ni alusión al tema envejecimiento o de expectativa de vida.
Sugerencia: Agregar como una meta específica... para las personas de edad en términos de acciones para el bienestar y calidad de vida.

- ODS 4: Educación y calidad de vida, en la formulación del ODS “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”, pero no se hace referencia en ninguna de sus metas.

Sugerencia: Agregar como una meta específica ofrecer oportunidades de educación a las personas de edad, lo cual pudiera arreglarse en el 4. A... “que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad” ...añadiendo de las personas mayores.

Sugerencia: Dado que existen muchos países incluyendo Cuba que hoy disponen de dispositivos educativos del Lifelong Learning añadir entre los indicadores regionales y/o de país...evaluar la accesibilidad de las personas mayores a la educación como factor de envejecimiento sostenible y participativo.

- ODS 10 Reducción de desigualdades, en meta 10.2... “independiente de su edad, sexo, discapacidad, raza...”
- ODS 11 Ciudades y comunidades sostenibles, en meta 11.2... “las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad”.

A continuación, el análisis de los ODS y sugerencias donde no se encuentra *la persona de edad* o el término todas las edades:

- ODS 5 Igualdad de género, debería añadirse en meta 5.C... “para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas a todos los niveles”
Sugerencia: añadir de mujeres de todas las edades.
- ODS 8 Trabajo decente y crecimiento económico, debería añadirse en meta 8.5... “incluidos los jóvenes, y las personas con discapacidad...”
Sugerencia: añadir las personas de edad.
- ODS 13 Acción por el clima, debería añadirse en meta 13.B... “haciendo hincapié en las mujeres, los jóvenes y las comunidades locales y marginadas”.
Sugerencia: añadir las personas de edad.
- ODS 16 Paz, Justicia e instituciones sólidas, debería añadirse en meta 16.2... “fin al maltrato, la explotación, la trata, las formas de violencia y tortura contra los niños”
Sugerencia: añadir a las personas de edad.

Sin dudas, acciones de este tipo contribuyen a la capacitación de las propias personas mayores en la Agenda 2030 y a la vez, una mirada de reflexión y

sugerencias desde este grupo etario del país, no como especialistas o funcionarios, sino como personas mayores que están protagonizando su vejez y comprometidos con el desarrollo presente y futuro del país, y del mundo.

Síntesis de reflexiones acerca de las personas mayores y la agenda 2030

- La educación constituye la vía o herramienta que garantiza empoderamiento, participación, segurización y protección a vulnerabilidades, en todas las edades y especialmente en las personas mayores.
- Los desafíos en la atención al envejecimiento poblacional actual no sólo pasan por conocer el cambio demográfico, sino también por comprender el cambio de tipo generacional. Mientras ello no se comprenda otros tomarán decisiones por nosotros bajo criterio de invalidez, deterioros o discapacidad.
- Participar es un derecho no una oportunidad.
- Necesidad de estudio de la Agenda 2030 por los mayores pues para hacer hay que conocer. Los mayores no pueden ser simples espectadores o beneficiarios del logro de los ODS y de sus metas, sino hacedores también, se reitera: para hacer hay que conocer. No se puede participar en lo que no se conoce o sabe.
- Proponer la inclusión del eje de la edad en la Agenda 2030. Cuando realizamos su revisión no está transversalizada por el eje de la edad, sin embargo, puede observarse el enfoque o eje de género, pero no así el de la edad. De hecho, la edad aparece de forma explícita en reducidas ocasiones, más bien en el ODS sobre Salud, lo cual demuestra aun un posible enfoque asistencialista acerca de las personas mayores y no como sujetos de deberes y derechos. En otras palabras, para el evidente proceso de envejecimiento poblacional a nivel mundial la Agenda 2030 no tiene una perspectiva gerontológica.
- Proponer el concepto de Envejecimiento Sostenible, en tanto no somos carga sino parte de la solución.

A lo largo de estos primeros 20 años el programa Cátedra del Adulto Mayor en Cuba constituye una evidencia de desarrollo sostenible por las bases teóricas en que se sustenta y sus impactos en los cursantes, en tanto modelo de educación inclusiva y de oportunidad de aprendizajes, hasta el final de la vida. Así mismo, es paradigma de sostenibilidad por su contribución a la participación ciudadana de este sector poblacional, a través de la educación como factor que garantiza la inclusión social en diversos espacios de la sociedad. Ello ha promovido una nueva cultura gerontológica y coloca a las personas mayores no sólo como receptores, sino como agentes activos hacia el logro de los objetivos y metas de la Agenda 2030, a lo que hemos denominado envejecimiento sostenible.

Lecciones aprendidas al cumplir el XX Aniversario de constitución de este programa

En el contexto de nuestro XX Aniversario se consideran las siguientes como lecciones aprendidas.

- En el transcurso de la gestión de la Cátedra se ha podido observar la existencia de las más diversas formas de gerofobia y tendencias marcadas desde mirada geriátrica y asistencialista en el tema de envejecimiento y vejez. Ello no sólo en los medios y la población en general, sino también en algunos decisores de programas.
- Ha resultado difícil la comprensión del papel relevante de la educación como pilar del envejecimiento activo. Aún no se pondera de manera suficiente el factor educativo, ni la labor de la Cátedra, desconociendo la importancia y sus impactos hacia el buen envejecer.
- Sin embargo, la educación constituye el único factor que verdaderamente logra promover el cambio de imagen de la vejez, al colocarla en escenario de desarrollo y de inclusión para la promoción del denominado envejecimiento sostenible y de participación ciudadana.
- El programa Cátedra Universitaria del Adulto Mayor ha demostrado la educabilidad de la persona mayor y sus potencialidades en desarrollo intelectual, afectivo motivacional y socializador.
- Para la elaboración del trabajo de curso o la llamada tesina se deben diseñar procesos de capacitación metodológica debido a la desvinculación previa a la actividad de estudio.
- Al promoverse como programa accesible y de cercanía a las personas mayores, ello ha traído por consecuencia vulnerabilidades a lo interno del mismo, por necesidad de profesores, dado el arribo además de nuevas generaciones de personas mayores, cada vez más instruidos.
- Los mayores egresados del programa, son capaces de formar parte de los claustros municipales, como educadores de sus coetáneos.
- La Cátedra ha permitido comprender cuales son las potencialidades y características del voluntariado adulto mayor y a su vez, se ha convertido en una red de apoyo.
- Cuando se dispone de profesionales jóvenes como parte del claustro se produce una sinergia positiva de carácter intergeneracional, en el claustro de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor.

- La Cátedra ha producido procesos de colaboración procedentes de todas las organizaciones e instituciones del país, a las cuales se les ha solicitado participación, debido a la diversidad de los temas que aborda en su programa docente.

Principales desafíos del programa para la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana

Diversos han sido los logros del programa de nuestra Cátedra como institución fundacional desde su propia historia y contexto. Muchos son también los desafíos. Además de indicadores de naturaleza estadística acerca de la cantidad de egresados y aulas funcionando, lo más importante es haber logrado posicionar la imagen de la edad, como parte del desarrollo humano. Hemos contribuido, a través de la educación, al desmontaje de la representación social que poseen las personas mayores de la vejez como etapa final y ausente de proyecto.

Hemos realizado y supervisado investigaciones de impactos del programa educativo que demuestran el mejoramiento de la percepción de calidad de vida en nuestros cursantes y en los que inclusive pasan a colocarse por encima de los índices de salud normal para esta etapa. Se ha constatado dentro de la percepción de la calidad de vida la importancia para los mayores de poder disponer de buenas relaciones sociales como prioridad de dicha percepción, así como, el poder contar con la posibilidad de aprender cosas nuevas (Orosa, 2009).

A su vez, se han realizado acciones de divulgación y corrección en diferentes contextos y hemos fungido como asesores de programas con otras edades, en el diseño de mensajes de bien público, y hasta en el ámbito de políticas tradicionalmente salubristas. Por otra parte, el programa universitario con mayores en Cuba ha permitido la inserción del tema gerontológico en todas las funciones sustantivas de la Educación Superior cubana.

Muchos son los desafíos a lo interno del programa, como, por ejemplo, implementar nuevos procesos de perfeccionamiento docente, lograr mejores condiciones para nuestras aulas fundamentalmente en recursos tecnológicos, así como, lograr aumentar la matrícula masculina, entre otros aspectos. Desafíos también a nivel más macro, en el entorno, no del todo amigable a las personas mayores. Posicionar una mirada gerontológica y no sólo geriátrica, en los medios de comunicación y en los decisores de las políticas. Trabajar en el tema de las nuevas tecnologías con mayor sistematicidad. Lograr una comprensión de las necesidades de las personas mayores, el cambio generacional existente y el estudio de la categoría bienestar en quienes hoy transitan por esta etapa de la vida. Lograr una mirada integral en el abordaje en los estudios de la edad y sus estrategias de atención donde forme parte de manera integrada el factor educativo como factor de envejecimiento activo, saludable y sostenible.

La Cátedra del Adulto Mayor como institución universitaria es acción extensionista y a su vez, hace extensionismo en la comunidad, por tanto, nuestros cursantes además de aumentar sus conocimientos, fortalecer sus procesos de identidad con la edad y socialización, también se convierten en líderes de gestión de conocimientos gerontológicos, con participación ciudadana en los proyectos de desarrollo local.

Conclusiones

En la actualidad diferentes instituciones y organizaciones cubanas se encuentran inmersas en acciones y programas que respondan a los lineamientos específicamente en las medidas vinculadas al envejecimiento poblacional. Por tanto, existe la voluntad política de la integración, y por supuesto, la necesidad evidente de dicha integración dado el carácter transdisciplinar de la Gerontología Educativa.

La Universidad cumple con la responsabilidad social de extenderse a la comunidad, y se prestigia con la inclusión de las personas mayores como memoria histórica social, en sus aulas y sus acciones.

El programa Cátedra del Adulto Mayor, insertada en los Centros de Educación Superior, ha resultado un paradigma de cómo la inclusión educativa permite la inclusión social. No por resoluciones, ni por resultado casual hoy los mayores van logrando nuevos espacios en la sociedad y es por el empoderamiento que trae consigo el estar actualizado y el sentirse parte de los programas de educación, del país. Entre los aspectos que pueden estar constituyendo retos para la continuidad del trabajo incluimos la evaluación de impactos sistemáticos del programa y del proceso, la posibilidad de insertar diseños alternativos, incidir en el tema de la brecha tecnológica, posicionar la mirada de la vejez como etapa del desarrollo en los medios, así como, el buen envejecer como eje en todos los sistemas de educación del país.

Finalmente, reiterar que aún urgen procesos de mayor capacitación sobre el tema, con énfasis en la formación de esa nueva cultura del envejecimiento, en aras de garantizar que los programas y proyectos de atención procedentes de los más diversos organismos e instituciones resulten verdaderamente eficaces y que respondan a las características de las actuales y diversas personas mayores. Para el logro de la inclusión de los mayores en cualquier estrategia o política pública el factor educativo es fundamental, porque uno no puede participar ni exigir si desconoce. Por tanto, los espacios de atención, intervención e investigación desde las diferentes miradas y perfiles profesionales que tributan al bienestar de los mayores, han de partir de la comprensión de las necesidades de la actual generación de mayores. Y no es por simple factor de cuantía demográfica, sino por constituir una generación diferente. Una generación que necesita participar, una

generación que necesita conocer en qué consiste el desarrollo sostenible, de cómo puede contribuir al mismo y debatir acerca del mundo que queremos nosotros para los mayores, sino para sus hijos y nietos. Y esa posibilidad sólo lo garantiza la educación y oportunidad de aprendizaje para todos y durante toda la vida.

Referencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3)*, Santiago, 2017.

Fondo de Población de Naciones Unidas (S/A) *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Oficina de la Coordinadora Residente: La Habana.

Henríquez, P.; Sánchez, L. (2020). Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario. *Revista Cubana de Educación Superior* 39 (1).

Huenchuan, S.; Rovira, A. (2019), *Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe (LC/MEX/SEM.250/1)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), 2016. *Anuario Estadístico de Cuba 2015, Edición 2016*. Consultado el 10 de enero del 2017 en <http://www.one-cu/aec2015/03%20Poblacion.pdf>

Orosa, T. (2001). *La Tercera Edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor*. Editorial Félix Valera: La Habana.

Orosa, T. (2005). *Impacto del Programa de Educación para Mayores en Cuba: Estudio psicológico*, (Tesis de Maestría V Versión Iberoamericana en Gerontología Social) Universidad Autónoma de Madrid, España.

Orosa, T. (2015). *Hablando de vejez desde un enfoque de desarrollo humano*. Tabloide Curso “Hacer y Pensar la Psicología”, Parte 10 Universidad para Todos, La Habana.

Orosa, T. (2018). Aprender a envejecer: Modelo cubano en Gerontología Educativa, *Revista Asociación Médica del Caribe (AMECA)* 8 (8), p.p 10-13.

Sánchez, L. (2017) El programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor como potenciador del empoderamiento desde una perspectiva de género. Taller EduMayores, La Habana.

Yuni, J.; Urbano, C. (2005). *Educación de adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. Editorial Brujas, Argentina.

Yuni, J.; Urbano, C. (2016): *Envejecer aprendiendo. Claves para un envejecimiento activo*. Grupo Magro Editores, Uruguay.

PERSONAS MAYORES EN TIEMPOS DE COVID-19: APRENDIZAJES A PARTIR DE SU ADAPTACIÓN AL CONFINAMIENTO EN URUGUAY

Serrana Banchemo, Mariángelos Mihoff

Universidad de la República de Uruguay

Resumen

A partir de la emergencia sanitaria decretada en Uruguay el 13 de marzo de 2020, dada por los primeros casos de COVID-19 se estableció el confinamiento no obligatorio para los ciudadanos, siendo la población de riesgo las personas mayores de 65 años o con patologías previas. Si bien esto ha generado una mayor atención a dicha población, nos muestra el lugar social que se les asigna, saturado de componentes negativos, poco inclusivos y focalizado en las pérdidas. En el presente artículo nos referimos a los diferentes aportes que hacen a la sociedad las personas mayores en estos momentos de crisis, entre ellos el cuidado mutuo, las manifestaciones de solidaridad, la visible capacidad adaptativa enriquecida por el control secundario y la reminiscencia.

Palabras claves

Personas Mayores, COVID-19, Mecanismos de Control y Afrontamiento, Redes Sociales, Adaptación.

Introducción

A partir de la emergencia sanitaria decretada en Uruguay el 13 de marzo de 2020, dada por los primeros casos positivos confirmados de COVID-19 se estableció el confinamiento no obligatorio para los ciudadanos, siendo población de riesgo las personas mayores de 65 años o con patologías previas.

Si bien esto ha generado una mayor atención a dicha población, ha dejado en evidencia una particular forma de mirarlos. Es así, que nos cuestionamos sobre la imagen de las personas mayores que transmiten los medios de comunicación a nivel mundial y en nuestro país en el contexto de esta pandemia.

Algunas noticias ponen el acento en lo milagroso o asombroso de cómo personas de más de 85 años han sobrevivido al COVID-19, ya que es un grupo que suelen tener comorbilidades que debilitan el sistema inmunológico. También se informa sobre personas mayores que viven en instituciones de larga estadía, refiriéndose a abuelos, viejitos, reforzando la visión de dependencia, enfermedad, pasividad, deterioro, vulnerabilidad.

Es fundamental que una sociedad piense y cuide a sus personas mayores, porque por un lado es una forma de contemplación y por otro, se corre el riesgo de posicionarlos en un lugar de vulnerabilidad, asociando vejez con fragilidad. Aquí lo importante es no poner todo en la misma bolsa, pudiendo ver las diferentes vejeces.

Recordemos que, según datos del Censo Nacional de 2011, sólo el 2,5% de esta población se encuentra institucionalizada (Palma, Perrota y Rovira, 2015), y que sin duda se ve vulnerada pues no se han dado espacios para ejercer sus derechos, más bien se los ha aislado aun más con el fin de cuidarlos físicamente pero no emocionalmente, distanciándolos de sus seres queridos, sin tener la oportunidad de tomar decisiones en relación a recibir visitas o no, o poder salir o no. Qué ha pasado que no se han podido implementar algunas medidas intermedias, donde por ejemplo se pueda ir a visitar al residente usando tapabocas, manteniendo el distanciamiento físico, utilizando alguna mampara, qué pasa que se ha naturalizado este tema o más bien pocos se lo cuestionan, lo que quizás se relaciona con la concepción de las instituciones de cuidado en Uruguay que han estado vinculadas históricamente a lo sanitario. Se impone entonces, la necesidad de pensar otros modelos de gestionar los cuidados más abarcativos, centrados en la persona y donde se incluyan modalidades de atención comunitaria.

Algo que nos ha mostrado la pandemia, es el lugar social que se les asigna a las personas mayores, una construcción sobre el envejecer saturada de componentes negativos, poco inclusivos y focalizado en las pérdidas. El término viejismo, refiere a la discriminación que se hace sobre ciertas personas por el hecho de acumular

años, y que se basa en la utilización de prejuicios (Salvarezza, 2005).

Evidentemente esto tiene un impacto en las generaciones más jóvenes en cuanto a su internalización de la vejez y en su propio proceso de envejecimiento, lo cual posiblemente sea vivido desde un lugar no deseado y poco valorado, invisibilizando las ganancias de este momento de la vida, favoreciendo la reproducción del ciclo prejuicioso. Sería deseable ver a las personas mayores no como un desconocido o ajeno, sino más bien como una persona reconociendo su condición de seres humanos con derechos, lo cual favorecería el proceso identificador de los más jóvenes para llegar a dicho momento del ciclo vital sin temores. Apuntamos a que el viejismo no se naturalice y para ello es importante generar espacios y roles sociales significativos para los mayores, que permitan capitalizar sus conocimientos y experiencias.

Destacamos como la narrativa sobre la vejez, mensajes pacificantes, de tutelaje, focalizados en las pérdidas que imperan en la actualidad modelan la imagen de la vejez, y como las narrativas que construimos sobre nosotros mismos y que los demás construyen sobre nosotros construyen realidad.

- La noción de narrativa se define como un modo de comunicación cuya forma es la de una historia con una secuencia ordenada de sucesos. Se compone por una estructura de significado que da comprensibilidad a la experiencia, y se sostiene en valores culturales que permiten interpretar, estructurar y organizar la vida cotidiana a través de un orden de sentido (Fischer, 1987). Razón por la que los relatos inciden en las acciones personales y en la conformación de las identidades (Iacub, 2015, p. 443).

Cuan necesario es poner a dialogar esta situación con los datos concretos de que la población de personas mayores se caracteriza por ser heterogénea, existiendo diferencias en cuanto al sexo, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, formas de convivencia, nivel de independencia funcional, nivel socio-económico-cultural.

En Uruguay tenemos que el 34,22% de las personas mayores viven solas, el 23,47% de los hogares con personas mayores son parejas sin hijos, mientras que el 24,70% vive en hogares extendidos (Brunet y Márquez, 2016). En cuanto a la dependencia de las personas mayores, el 83,7% de las personas no presenta ningún tipo de limitación para desarrollar sus actividades de la vida diaria, habiendo un 10% con dependencia leve y un 6,3% con dependencia severa (Paredes y Pérez, 2014).

Aquí las personas mayores de 64 años representan el 14% de la población total según datos del Censo Nacional de 2011 del Instituto Nacional de Estadística. A su vez, el país viene atravesando un creciente proceso de incremento demográfico a partir de la expansión del peso relativo de personas mayores de 84 años en el total

de personas mayores. Y la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los varones (73 años para el hombre y 80 años para la mujer) se traduce en un proceso de feminización de la vejez (Brunet et. al., 2016).

Reconfigurar la vida durante la cuarentena

Es sabido, que las crisis son vividas de diferente manera por las personas, pero con respecto a esta población visualizamos creencias de que los efectos de la cuarentena impactarían de la misma manera y la capacidad de afrontamiento sería similar, a través de comentarios como pobres veteranos la deben estar pasando mal o para ellos debe ser lo mismo ya que no salen nunca.

Ante el mensaje masivo de quédate en casa, las personas mayores tuvieron que sobrellevar la cuarentena (algunos acompañados, otros solos), en medio de la incertidumbre que se vivía en el país y en el mundo, sobreexposados a informaciones devastadoras provenientes de los países de otros continentes y con el poco conocimiento científico que circulaba en esos primeros días de confinamiento. Ahora sí, con la única certeza de que los mayores eran un grupo de riesgo y que todos teníamos que cuidarlos a través del aislamiento físico, lo que no significa aislamiento social.

Todos, incluso las personas mayores, prontamente tuvimos que reconfigurar nuestra vida, tomar medidas de prevención de la propagación del COVID-19 mediante el autocuidado y el cuidado hacia los demás, siguiendo las recomendaciones sanitarias dispuestas, ya que el virus es muy contagioso y no contamos aún con tratamiento específico. Nuevas conductas se han tenido que adoptar, como ser extremar las medidas de higiene, el distanciamiento físico, el uso de tapabocas y la ventilación de los ambientes cerrados.

En este contexto de incertidumbre y de quiebre, las personas mayores posiblemente han experimentado algunas de estas sensaciones: ansiedad, soledad, miedos a morir, a contagiarse o enfermarse, a que se enferme el otro y no tener quien los cuide, cuestionamientos sobre lo que pasará con sus seres queridos, a lo que le pasará al país, a cómo poder contribuir en esta emergencia sanitaria. Para algunos ha implicado la toma de conciencia de su etapa de vida, pues ser vistos-cuidados como grupo de riesgo los instala directamente en la vejez.

El distanciamiento físico como medida para evitar el contagio del virus, y la consiguiente estadía en el hogar ha generado nuevas condiciones de hábitat marcando una interrupción en la cotidianidad y en la concreción de los proyectos a futuro, lo cual puede alterar su salud. Vamos al otro extremo, mucho se ha hablado de la importancia de la socialización de los niños, niñas y adolescentes durante la pandemia, nos preguntamos ¿por qué no hemos hablado tanto de los efectos de la misma en las personas mayores, nos parece que ellos no la necesitan?

En la encuesta realizada este año 2020, por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, bajo la dirección de Ricardo Iacub, a 812 personas mayores de 60 años de la ciudad de Buenos Aires sobre los cambios en la rutina y el impacto del encierro, se constató que los hábitos no se vieron tan modificados a partir del aislamiento preventivo y obligatorio en dicho país. Por otro lado, aparece que están mejor preparados que otros grupos etarios, identificándose un mayor control sobre sus emociones y buena adaptación, Iacub plantea “En muchas investigaciones sobre autocontrol psicológico se encontró que los mayores tienen mejores mecanismos evaluadores que el resto de la población, y que esto les permite una mejor regulación emocional”. En dicho estudio se ve más la preocupación de lo que a otros les pase que el miedo a la propia muerte (Roffo, 2020).

En nuestro medio, aún no hay datos sobre cómo las personas mayores han sobrellevado la cuarentena. Sí se han promovido estrategias saludables como organizar el día, establecer una nueva rutina, mantener la alimentación sana y variada, dormir adecuadamente, realizar ejercicio físico, orientaciones sobre medidas de higiene, fomentar la comunicación con los demás, mantener los vínculos y ser creativos buscando nuevas formas de contacto.

Esto implicó para todos redimensionar el uso de las tecnologías de la información y comunicación de las que disponemos en la actualidad, las mismas nos brindaron la oportunidad de sostener un contacto cotidiano y fluido con los demás además de continuar con actividades laborales, educativas y culturales. En particular, a las personas mayores les permitió comunicarse con familiares y amigos, a través de llamadas telefónicas, WhatsApp, video llamadas, Facebook, Skype, zoom, entre otras redes. Dispositivos que en algunos casos ya venían utilizando y en otros, tuvieron que adaptarse a nuevas tecnologías por ser la única forma de contacto.

Cabe aclarar, que en Uruguay desde 2015 se ha promovido la inclusión digital de personas jubiladas de bajos ingresos a nivel nacional mediante el Plan Ibirapitá. Es un programa estatal por el cual se entrega una Tablet con una interfaz especialmente desarrollada para ser intuitiva y amigable de forma gratuita, brindando capacitación para su uso (Plan Ibirapitá, s/f). Desde su inicio hasta el año 2019 se han entregado 236.369 tablets. Y según la Cuarta Encuesta de Uso realizada en 2018 un 75 % de los beneficiarios Ibirapitá declara tener conexión a internet en su hogar (Molini, 2020).

Consideramos que el acceso a internet y el uso de las nuevas tecnologías marcan un diferencial entre las personas mayores. Aquellas que se han adaptado al uso de estas tecnologías han podido mantener su relacionamiento y ampliar sus redes sociales en este tiempo de confinamiento, algunos ya lo hacían y otros rápidamente lograron adaptarse a dicha modalidad. En este momento de crisis donde se solicita el distanciamiento físico, el uso de las nuevas tecnologías como canal de comunicación aparece como la principal forma de intercambio.

En nuestro medio, aún no hay datos sobre cómo las personas mayores han sobrellevado la cuarentena. Sí se han promovido estrategias saludables como organizar el día, establecer una nueva rutina, mantener la alimentación sana y variada, dormir adecuadamente, realizar ejercicio físico, orientaciones sobre medidas de higiene, fomentar la comunicación con los demás, mantener los vínculos y ser creativos buscando nuevas formas de contacto.

Esto implicó para todos redimensionar el uso de las tecnologías de la información y comunicación de las que disponemos en la actualidad, las mismas nos brindaron la oportunidad de sostener un contacto cotidiano y fluido con los demás además de continuar con actividades laborales, educativas y culturales. En particular, a las personas mayores les permitió comunicarse con familiares y amigos, a través de llamadas telefónicas, WhatsApp, video llamadas, Facebook, Skype, zoom, entre otras redes. Dispositivos que en algunos casos ya venían utilizando y en otros, tuvieron que adaptarse a nuevas tecnologías por ser la única forma de contacto.

Cabe aclarar, que en Uruguay desde 2015 se ha promovido la inclusión digital de personas jubiladas de bajos ingresos a nivel nacional mediante el Plan Ibirapitá. Es un programa estatal por el cual se entrega una Tablet con una interfaz especialmente desarrollada para ser intuitiva y amigable de forma gratuita, brindando capacitación para su uso (Plan Ibirapitá, s/f). Desde su inicio hasta el año 2019 se han entregado 236.369 tablets. Y según la Cuarta Encuesta de Uso realizada en 2018 un 75 % de los beneficiarios Ibirapitá declara tener conexión a internet en su hogar (Molini, 2020).

Consideramos que el acceso a internet y el uso de las nuevas tecnologías marcan un diferencial entre las personas mayores. Aquellas que se han adaptado al uso de estas tecnologías han podido mantener su relacionamiento y ampliar sus redes sociales en este tiempo de confinamiento, algunos ya lo hacían y otros rápidamente lograron adaptarse a dicha modalidad. En este momento de crisis donde se solicita el distanciamiento físico, el uso de las nuevas tecnologías como canal de comunicación aparece como la principal forma de intercambio.

Aportes de las personas mayores, cuidado y redes sociales

Al desafío habitual de no ser excluido por ser viejo se le suma ahora, la falsa inclusión de ser considerado por constituirse en población de riesgo por la pandemia.

Desde la Psicogerontología promovemos que las personas mayores mantengan y amplíen sus redes sociales, para su propio beneficio y el de la sociedad en su conjunto.

Recordemos que las redes sociales son:

- Una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003, p. 43).

Mucho se ha dado a conocer sobre los diversos agrupamientos o redes de apoyo a las personas mayores en estos momentos, diversos familiares, amigos, grupos de pertenencia, vecinos, profesionales, han podido brindar contención, cuidado, ayuda en proporcionarles alimentación, medicación, realización de trámites.

Sin embargo, poco hemos reflexionado sobre los apoyos que han dado las personas mayores a todo el resto de la población en esta pandemia. ¿No existe o no lo podemos ver? ¿Cuál ha sido el lugar y rol de las personas mayores en otros tiempos de crisis o pandemias a lo largo de nuestra historia?

En este sentido, nos interesa destacar la función social del cuidado que ejercen las personas mayores. Aún en tiempos de pandemia muchos han continuado con dicho rol, mostrando su creatividad, capacidad reflexiva, adaptativa y resiliente. Han sido capaces de mantener su auto soporte, autocuidado, respetar el cuidado de los más jóvenes, adoptado las medidas sugeridas, se han mantenido comunicados, informados, han practicado estrategias saludables.

El término Cuidado según Batthyány, sería el:

vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad (2001, p. 226).

Desde nuestro nacimiento, en esa condición de desvalimiento necesitamos de un otro para vivir, y en el curso de la vida lo que nos caracteriza como especie es el vínculo con los otros, por lo que compartimos que:

El cuidado es una actividad para enfrentar las fuerzas de la naturaleza internas y externas: se cuida para vivir y para que el otro viva, para mantenerse y mantener activo, para tener calidad de vida y de muerte, para disfrutar y compartir, para evitar la soledad propia y ajena; para hacer límite al dolor; para ser con el otro, para tener un lugar y para que el otro lo tenga, en suma, para hacer vínculo social (Flores-Castillo, 2012, p. 33).

A través de este texto buscamos que más personas mayores dejen de ser invisibles para la sociedad, como no lo han sido para nosotras, y que se pueda resignificar las

diversas contribuciones que han tenido durante la pandemia de diferentes maneras: elaborando tapabocas, brindando apoyo a otras generaciones acompañando las soledades, han ayudado a sostener afectivamente a otros brindando palabras de aliento como "ya va a pasar", compartiendo experiencias de cómo han salido de otros problemas, médicos jubilados colaborando de forma voluntaria con la atención y seguimiento de pacientes con COVID-19 mediante la telemedicina.

Más allá de la existencia de un arquetipo del viejo sabio, es real que nos pueden aportar la visión de perspectiva, el ejemplo vivo de que se puede salir adelante, tan importante en un momento donde nos cuesta como sociedad ver el futuro desde una visión optimista.

Esto nos refuerza la idea de que las personas mayores son receptoras de cuidados y también proveedoras de los mismos.

En algunos casos, se ha visualizado el recurso social tan valioso que son por ejemplo en el cuidado de los niños y niñas, pues a partir de la pandemia los padres han vuelto a hacerse cargo de las múltiples dimensiones del cuidado de sus hijos, las que estaban delegadas a instituciones o personas cuidadoras. Los padres han pasado a ser padres, maestros, trabajadores, hacer las tareas domésticas, todo esto mayoritariamente desde los hogares y conviviendo con sus hijos. En esta dinámica, los mayores realizan un cuidado mutuo donde cuidan a sus nietos y ellos se sienten acompañados.

Recordemos que la red de apoyo de las personas mayores está centrada fundamentalmente en la familia, más allá de que los familiares que convivan con ellas son una minoría, puesto que mayoritariamente las personas mayores en Uruguay viven solas o con otra persona de su misma generación. Sin embargo, según la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente realizada en 2012 por MIDES-NIEVE, un 88% de las personas mayores encuestadas declara tener hijos y un 82% nietos. Aunque no convivan con hijos y nietos, la tercera parte de los encuestados visita frecuentemente a sus familiares semanalmente, mientras que un 70% hablan telefónicamente con sus familiares una o más veces por semana (Paredes et. al., 2014).

Asimismo, destacamos la experiencia de vida y la capacidad para salir adelante de los mayores. Es sabido que no todos llegaremos a la vejez y para llegar a ella se requiere desarrollar una serie de estrategias de afrontamiento y capacidad de resiliencia, que permitan convertirnos en sobrevivientes. Consideramos que tenemos que generar más espacios de diálogo, tener en cuenta sus experiencias de vida cargadas de aportes valiosos para contribuir a solucionar problemas.

Entendemos la resiliencia como “La capacidad para triunfar, para vivir y

desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo” (Boris, 2007, p. 10).

Cada vez más evidenciamos los trastornos de memoria colectiva que tenemos como sociedad, algo muy significativo se pierde en estos “olvidos”. Si hacemos algo de historia y por decir una fecha, desde hace 100 años se han dado diversas crisis de las cuales se ha salido adelante de alguna manera: crisis económicas a nivel mundial como la crisis de 1930, en nuestro país en 1985 y 2002, catástrofes climáticas (inundaciones de 1959, tornados), epidemias como la poliomelitis, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis, la gripe A, entre otras.

Podríamos profundizar sobre lo que vivieron las personas mayores en el pasado en relación a la poliomielitis en Uruguay en la década de 1950, siendo en los años 1954 a 1956 donde se registraron mayor cantidad de casos, constituyendo una epidemia; finalmente luego de 1957 se pudo controlar cuando se comenzaron las campañas de vacunación anti polio (Álvarez, 2014). En esa epidemia el grupo de riesgo eran los niños. Entendemos riesgo para padecer una enfermedad a la probabilidad aumentada para contraerla, complicarse o morir tras padecerla (Millán, 2011). En la actual pandemia por COVID-19 esas personas que sobrevivieron, integran nuevamente el grupo etario de riesgo, pero hoy como personas mayores.

Encontramos diferencias en ambas situaciones tan complejas y difíciles, ya que la primera fue una epidemia, y ésta es una pandemia que afecta varios continentes; en aquella el grupo de riesgo eran los niños, personas con pocas diferencias en sus reservas biológicas y sociales y cortas historias de vida, y en ésta son las personas mayores, entre quienes sí hay historias de vida diversas y por lo cual las medidas que se dispongan deberían ser adecuadas a las distintas vejezes.

Conocer y reconocer la experiencia vivida por las personas mayores, dar espacios para que ellas puedan transmitirla a sus pares y a otras generaciones puede generar sentimientos de tranquilidad, confianza y esperanza en estos tiempos difíciles para la humanidad. Nos merecemos esa oportunidad.

Los mayores de hoy corresponden mayoritariamente a la generación de los “baby boomer” (55 a 75 años) (Almeida, 2012), quienes sabemos aportan socialmente su visión del trabajo orientado a la comunidad, no tienden al trabajo individualista sino al trabajo en equipo, tienen capacidad de liderar y definir roles, son personas comprometidas, estables y serían la voz de la experiencia. Todos aspectos que en este momento de fragilidad y fragmentación mundial podrían contribuir positivamente y enriquecer nuestra humanidad.

Nuestros mayores se encuentran en la búsqueda de oportunidades y espacios para mantenerse activos y la sociedad no puede darse el lujo de perder su potencial.

Reserva humana y mecanismos de control y afrontamiento

A continuación, describimos algunas dinámicas psíquicas que generalmente transitan las personas mayores y que pueden servir de insumos para sobrellevar mejor los momentos de crisis.

La cuarentena nos convocó como sociedad a mirar más lo interno, lo íntimo, lo privado, la familia, el hogar, tuvimos que frenar con la rutina diaria que teníamos, la vorágine, para adaptarnos a los cambios, reconfigurando nuestra vida, desafiando los aspectos creativos, flexibles y reflexivos, sabiendo que esto es una situación temporal.

Visualizamos un paralelismo entre esta situación y la que viven las personas que se jubilan saludablemente, los invitamos a observarla pues en este momento de la vida también se impone el desafío de adoptar nuevos hábitos, auto cuidarse, reformular el proyecto de vida y el lugar social, cuestionarse sobre sus intereses postergados, conectarse con otros, reconfigurar su tiempo libre así como también, reconocer el paso del tiempo, el estado de salud, los miedos a la enfermedad y la muerte, procesar duelos y aprovechar cada día, dando lo mejor de sí.

Todos estos elementos nos hablan de una dinámica de procesar y adaptarse a los cambios a la cual estamos expuestos permanentemente a lo largo de la vida y que se supone que cuantos más años tenemos más veces pasamos por ella o la pusimos en juego, lo que hace que las personas mayores sean una suerte de expertos en la materia.

Siguiendo a Zarebski (2011) entendemos que, si el sujeto se mantiene estimulado, activo, renovando el sentido de su vida y redes de apoyo, esto tendrá un efecto enriquecedor en las redes internas biológicas. Además, la reserva humana que han acumulado la mayoría de las personas mayores en el plano emocional, cognitivo, social, cultural, puede compensar la vulnerabilidad biológica propia del envejecimiento ante el COVID-19, oficiando de antídoto inmaterial.

Para explicar el concepto de control primario y secundario, Iacobson hace énfasis en:

- El primario se refiere al control que se ejerce sobre las conductas que son anheladas, produciendo con ellas efectos o eventos en el mundo externo. Este control se centra en la comprensión acerca de la relación existente entre las acciones realizadas para modificar el mundo externo y los cambios efectivamente sucedidos; el secundario se refiere a la manera en que se modelan los estados cognitivos, motivacionales y emocionales ante los fracasos en los controles primarios. Dichas estrategias incluyen el cambio en el nivel de aspiraciones, la negación y la reinterpretación de las metas (Heckhausen y Dweck, 1998) (s/f, p. 71).

El control primario decrece a medida que se envejece y el secundario vinculado a la capacidad de realizar cambios en el propio sujeto, aumenta a medida que aumenta la edad.

Esto nos habla de una mayor regulación mental en la etapa de la vejez y como ésta podría tener un efecto tranquilizador. El control sobre la vida estaría relacionado con los niveles de bienestar en situaciones tanto favorables como desfavorables. Las estrategias secundarias se ponen en evidencia cuando aparecen situaciones de vida desfavorables. La evaluación positiva, o verles el lado positivo a las cosas sería un control secundario y permite proteger la autoestima otorgando bienestar. El control secundario por bajas aspiraciones no contribuiría al bienestar (Díaz Morales y et al, 2008).

Otro aspecto central en la capacidad de adaptación de las personas mayores es lo que Butler llama reminiscencia y revisión de vida. Dicha revisión de vida estaría presente en otras edades y se activaría frente a situaciones de crisis (Serrano y et al, 2011), por lo cual en este momento cobra relevancia.

Con la reminiscencia se evocan recuerdos que pueden contener aspectos positivos o negativos de la vida, aspectos resueltos o no, sin duda información que puede enseñarnos, informarnos, prepararnos, alternativas de solución de problemas. Con ella se refuerza la autoestima, la identidad personal y social, nos conecta con otros.

Conclusiones

Sin dudas que vemos el mundo de acuerdo al tipo de observador que somos. Cada uno aporta su propia visión sobre el mundo, nuestro punto de vista no es el único que existe sobre la realidad y por lo tanto es necesario valorar otros conocimientos o experiencias, pues pueden ser tan válidas como las nuestras y esto nos otorga una mayor comprensión sobre la complejidad de la totalidad, a su vez que nos permite ampliar el escenario de acción. Los invitamos a escuchar todas las voces y especialmente la de las personas mayores.

Referencias

Almeida, M. (2012). Trayectoria profesional de la generación de los “Baby Boomers”. [Informe de investigación, Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador]. Repositorio institucional del Organismo de la Comunidad Andina. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3973>

Álvarez, A. (2014, 12 al 15 de agosto). *La presencia de la poliomielitis en el siglo XX en Argentina, Chile y Uruguay* [ponencia]. VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Lima, Perú. http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL471.pdf

Batthyány, K. (2001). El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: Proyección de demandas. En R. Aguirre y K. Batthyány (Coords.), *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur* (pp. 223-241). OIT.

Brunet, N. y Márquez, C. (2016). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Trilce.

Cyrulnik, B. (2007). *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Granica.

Díaz Morales, J. F., Toboso Martín, M., Dávila de León, C., Escribano Barreno, C., Delgado Prieto, P. (2008). Bienestar, orientación temporal y estrategias de control en personas mayores: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología*, 4(8), 79-85. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6105>

Flores-Castillo, A. (2012). *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*. (Serie Mujer y Desarrollo 112). Comisión Económica para América Latina y el Caribe en Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5839/1/S1200015_es.pdf

Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. (Notas de población, año XXIX, nº 77). Comisión Económica para América Latina y el Caribe en Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Iacub, R. (2015, Octubre-Diciembre). El poder y la vejez. Los relatos y sus políticas. *Revista Kairós Gerontología*, 18(4), 439-453. https://www.researchgate.net/publication/312090137_El_poder_y_la_vejez_Los_relatos_y_sus_politicas

Iacub, R. (s/f). Teorías y perspectivas sobre la identidad en la vejez. En R. Iacub y B. Sabatini, *Psicología de la mediana edad y vejez* (pp. 67- 80). Consultado el 19 de julio de 2020. <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>

Los seis ciegos y el elefante (2015, 21 de setiembre) [página de Blogspot]. Blogspot. <https://deculturaencultura.blogspot.com/2015/09/reflexiones-el-cuento-de-los-seis.html>

Millán, J. (2011). Epidemiología y prevención en geriatría. En J. Millán, *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención* (pp. 57- 76). Editorial Médica Panamericana.

Palma, A., Perrota, V. y Rovira, A. (2015). Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. *Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento*. <https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desaf%C3%ADo-impostergable-para-la-producci%C3%B3n-de>

Paredes, M. y Pérez, R. (2014). Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En K. Batthyany, F. Berriel, M. Carbajal, N. Genta, M. Paredes, R. Perez, V. Perrota, Sistema Nacional de Cuidados. *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados* (pp. 11-39). INMAYORES-MIDES

Plan Ibirapitá (s/f). Consultado el 19 de julio de 2020. <https://ibirapita.org.uy/>

Ranzani, O. (2020, 6 de junio). Coronavirus: *Los viejos resisten mejor a las malas situaciones*. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/270570-coronavirus-los-viejos-resisten-mejor-a-las-malas-situacione>

Roffo, J. (2020, 25 de mayo). Dos meses aislados. La paradoja de la vejez: los adultos mayores cambiaron poco sus hábitos y resisten mejor la cuarentena desde lo emocional. Clarín. https://www.clarin.com/sociedad/paradoja-vejez-adultos-mayores-cambiaron-habitos-resisten-mejor-cuarentena-emocional_o_6nQ50R_Uf.html

Salvarezza, L. (2005). Fausto, Miguel Strogoff y los viejos. En L. Salvarezza (Compl.). *La vejez. Una mirada gerontológica actual* (pp. 27-51). Paidós.

Serrano, J., Latorre, M., Ricarte, J., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M. y Nieto, M. (2011). Reminiscencia y Revisión de vida. Un modelo conceptual para la investigación y la práctica. Portal Mayores. Consultado el 26 de julio de 2020. <http://envejecimiento.csi.ces/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=19&id=58023&irPag=1&clave=hM5gY2F8F4&pos=0>

Zarebski, G. (2011). La reserva humana: construir nuestro futuro. En G. Zarebski, *El futuro se construye hoy. La reserva humana. Un pasaporte hacia un buen envejecimiento* (pp.159-181). Paidós.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LATINOAMÉRICA

Arantxa Ortiz Hernández, Melina Rodríguez Díaz

Universidad de Guadalajara

Resumen

La educación permanente es una propuesta innovadora que aspira la inclusión y optimización de los recursos internos de las personas en su aprendizaje. Su presencia en las convenciones internacionales como un derecho señala la adopción de ella para la elaboración de políticas sociales enfocadas a la población mayor de México y en Latinoamérica. A pesar de que actualmente existen planes y programas que acatan este requerimiento, se desconoce su estado de implementación y los resultados que verdaderamente tiene en la población de adultos. Es necesaria la participación colectiva de instituciones públicas y privadas para un desarrollo educativo de calidad en las personas adultas mayores.

Palabras claves

Educación Permanente, Personas Adultas Mayores, Política Social, Gerontología.

Introducción

El proceso de envejecimiento demográfico, presente en Latinoamérica, adquiere gran interés debido a las transformaciones sanitarias, económicas y sociales que se desarrollarán para satisfacer las necesidades de la población. Específicamente en México, en el año 2018 residían 15.4 millones de personas adultas mayores en el país, lo cual representaba el 12.3% de la población total (Instituto de Estadística y Geografía, 2019), de acuerdo con las aproximaciones del Consejo Nacional de Población (2012) para el 2050 esta cifra aumentará un 21.5%. Para enfrentar las diferentes directrices que se presentan ante la situación de envejecimiento, en el cual Osorio (2016) designa la manifestación de múltiples problemas de desigualdad, pobreza y falta de servicios sociales; los países necesitan desarrollar entornos asistenciales favorables para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La política social enfocada en la vejez responde a las necesidades de bienestar por medio de la implementación de medidas de solución ante cada ámbito específico (Roque, Azcuy y Toledo, 2015). En el caso de México, se ha transformado la manera en que el Estado concibe a las personas mayores, a la cual en recientes décadas se le ha atribuido la calidad de persona sujeta a derechos; de la cual se tiene un enfoque hacia asegurar la integridad, dignidad y fortalecimiento de la autonomía de los adultos mayores en un ámbito de igualdad (Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2010). Con ello, Razo-González (2014) señala la promoción de acciones prospectivas que abarquen las necesidades especiales de este grupo en la cual las instituciones gubernamentales y los demás actores involucrados participen en la búsqueda de una verdadera integración social.

El acceso a la educación se le considera un factor importante para el alcance a una vejez más satisfactoria (Serdio, 2015), al considerarse como una actividad liberadora que impulsa a la persona a alcanzar su desarrollo personal y comunitario, de igual manera se le ha relacionado como un indicador de prevención ante declives en su actividad cerebral (Bermejo, 2010); sin embargo su abordaje es complicado debido a la heterogeneidad grupal proveniente de las experiencias de vida de cada persona mayor; por ende se requiere de propuestas que se distancien del modelo educativo tradicional para así otorgar espacios inclusivos de aprendizaje y el abordaje de temas integrales para la vejez (García, 2007).

Las características necesarias para un modelo de formación, Mogollón (2012) menciona que se requiere un enfoque dirigido a las personas mayores, en la cual se incluyan actividades que le sean de interés a él y responda ante las necesidades de esta etapa de vida; una mentalidad social libre de prejuicios y enfocada a la participación; la oportunidad de satisfacer oportunidades que en años anteriores no lograron concretar y la promoción de una interacción intergeneracional.

De esta manera la persona mayor se convierte en un miembro contributivo y receptivo del entramado social en el que vive y se desarrolla.

Ante la necesidad de un marco de educación que promueva el desarrollo individual y social en el individuo, se origina la Educación Permanente [EP] que Valcárcel (2003) define como un proceso continuo que tiene el propósito de brindar a la persona la oportunidad de mantenerse actualizada respecto a las transformaciones poblacionales, económicas, políticas, tecnológicas, científicas, artísticas, socioculturales y ambientales en su contexto; de esta manera utiliza todo tipo de experiencias y actividades para lograr el máximo desarrollo individual y social que le sea posible. Los principios de la EP consisten en la coordinación e innovación de los recursos que el individuo tiene disponibles con los cuales podrá formarse a lo largo de su ciclo vital; desde un marco individual hasta en el desarrollo de la comunidad donde se desenvuelve; cabe destacar que se rige desde un marco inclusivo en el cual se busca prevenir y abordar necesidades de determinadas edades y grupos sociales (Medina, Llorent y Llorent, 2013). En sí, Sabán (2010) la define como un modelo de educación que intenta abordarla desde todos los niveles de vida para que sea recibida y ejercida por cada persona.

La EP, a nivel internacional, es una iniciativa atractiva por su énfasis en el desarrollo individual y social, la apertura a contextos no formales y la utilización del conocimiento práctico como recurso disponible para la persona (Reyes y Machado, 2009). Ante una creciente demanda de la población adulta mayor para programas educativos que aborden temas más allá de la educación tradicional basada solamente en la alfabetización; Valle (2014) refiere que la EP promueve la inclusión de este grupo etario en el desarrollo cultural por medio de oportunidades de relación y comunicación social desde una perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización. Gracias a los esfuerzos por parte de la UNESCO y la Comisión de Cultura y Educación del Consejo de Europa, se ha impulsado la idea de una educación inclusiva desde un parámetro universal (Tünnermann, 2010), por ende, diferentes protocolos y convenciones han integrado a la EP dentro de los temas a abordar con relación a los derechos en la vejez:

- La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) señala la igualdad de oportunidades dentro de la EP, al ser una vía de acceso para actividades de capacitación y readiestramiento en zonas rurales.
- La Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003) refiere como consideración general el acceso a la EP para disminuir brechas generacionales por medio de dar una igualdad de oportunidades para lograr un mayor desarrollo social.

- La Declaración de Brasilia (2007) alude a impulsar el acceso a la EP en cada etapa de vida en el ciudadano.
- La Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012) de igual manera la indica como un derecho, en el cual se enfoca desde una perspectiva de aprendizaje intercultural por medio del intercambio de conocimientos, cultura y valores.
- La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) señala la importancia en promover su acceso a grupos vulnerables y la satisfacción de sus necesidades, preferencias, aptitudes, motivaciones e identidad cultural.

Como se puede observar, se insiste en la creación de estrategias que impulsen el desarrollo comunitario y satisfagan las necesidades sociales, biológicas y psicológicas de las personas mayores con un enfoque en su proceso de envejecimiento. Debido a ello, el objetivo de este estudio es analizar las políticas sociales de México y otros países latinoamericanos hacia la Política social y Educación Permanente en los adultos mayores.

Metodología

La búsqueda de información se realizó de la siguiente manera, primero se revisaron diferentes documentos oficiales de instituciones públicas de México, principalmente del Instituto Nacional de Personas Mayores y el Instituto Nacional de la Educación de los Adultos, a fin de encontrar temas relacionados a vejez y EP; a pesar de que el segundo término suele confundirse con la educación continua y educación para adultos, solamente se escogieron propuestas que fueran acordes a las definiciones teóricas de la EP. Las palabras claves utilizadas fueron educación permanente, educación y educación en adultos. Por ende, en base a los criterios mencionados, se encontraron 6 documentos que especificaban una ley referente a la obtención de educación y dos programas enfocados a este modelo educativo, “Educación para la salud” del INAPAM y el “Modelo Educación para la Vida y el Trabajo” del INEA, ambos programas comunitarios dentro del territorio mexicano. De ahí, se buscó si existían páginas que detallaran que existiera alguna página oficial que estuviera al alcance de la población, la cual sólo la INEA tenía. Lo siguiente fue hacer un comparativo entre los programas mexicanos a otros programas en Latinoamérica que tuvieran un mismo enfoque basado en la EP, siendo 14 documentos en total por 7 países.

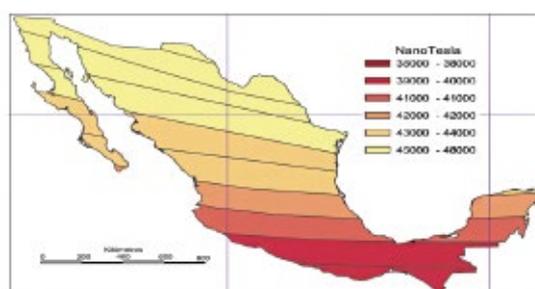
configura a partir de un entorno específico, a través de experiencias vividas por quienes habitan ese entorno y lo articulan a su vida cotidiana, generando, además, identidad y sentido a su vejez.

Desarrollo del tema

Se dice que la magnetosfera es una capa de alrededor de 20,000 km de anchura que protege a la tierra del viento solar y de sus rayos cósmicos, sin ella la atmósfera carecería de la ozonosfera (llamada también capa de ozono, zona de la estratosfera terrestre que contiene una concentración relativamente alta de ozono), la cual como sabemos protege a la biosfera de la dañina radiación ultravioleta (Shlermeler, 2005), y de la radiación ionizante.⁵ En México el campo geomagnético es más débil sobre el sur del estado de Chiapas, mientras que es más fuerte sobre el estado de Sonora. Prácticamente, la magnetosfera desvía este tipo de radiación, aunque una pequeña dosis de radiación se filtra durante los periodos de máxima actividad solar, por lo que el riesgo de sus efectos sobre el ADN, es la inducción de cáncer con un período latente de años o décadas después de la exposición (OMS, 2016). Los efectos de la radiación ionizante se clasifican en dos tipos: efectos determinísticos vinculados a la muerte o mal funcionamiento de las células y, efectos hereditarios vinculados a mutación de células somáticas o enfermedades heredables (Valentin, 2007). De forma similar la radiación ultravioleta la absorben las proteínas y los ácidos nucleicos, lo cual desafortunadamente, para nuestra especie, produce daños en las células aumentando la tasa de mutación o la muerte (Fanjul, 2013). Por lo tanto, dependiendo de la intensidad del campo electromagnético de la tierra dependerá la intensidad de la radiación tanto ionizante como ultravioleta, de modo que el mapeo de la intensidad del campo electromagnético, a modo de dato proxy, contribuye a ubicar zonas de máxima o mínima protección de radiación ionizante y ultravioleta.

En el mapa 1, se muestran las regiones de máxima intensidad del campo electromagnético, resaltando los estados del norte de México con las mejores condiciones geofísicas para que las células de las personas mayores desarrollen de forma natural la menor cantidad de células cancerígenas.

Mapa 1. Intensidad del campo electromagnético de la Tierra en la República Mexicana.



Fuente: elaboración propia con base en Chulliat, Macmillan, Alken, et al., (2015).

⁵La radiación ionizante es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas procedentes de los rayos cósmicos (por ejemplo, rayos X y rayos gamma de origen natural). La intensidad de campo geomagnético, como también se le denomina a la magnetosfera, es de alrededor de 65,000 nanotesla (nT, cantidad de densidad de flujo magnético), cerca de los polos y de 25,000 cerca del ecuador, aun así, el espectro solar que impacta a la superficie de nuestro planeta tiene un rango que va de los 300 a los 900 nT (Fanjul, 2013: 30).

Derechos enfocados en la educación para adultos mayores

En la Ley de Derechos de Personas Mayores (2002), en sus últimas reformas en el 2018, se señala en el artículo 5to el derecho preferente hacia la obtención de educación, además en siguientes párrafos se menciona la necesidad de abordar temas de especial interés para el adulto mayor tanto en su vida cotidiana como en un enfoque de capacitación laboral.

Dentro de los ejes rectores de la política pública nacional descritos por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM] (2010), la educación, junto a aspectos referentes a la EP, se presenta principalmente en el eje referente a un envejecimiento activo y saludable. En el texto se refiere la necesidad de espacios educativos para empoderar a los adultos mayores en el conocimiento de sus derechos y desarrollen las herramientas necesarias para alcanzar un bienestar. De igual manera, aboga hacia un aprendizaje enfocado en mantener la independencia y la participación comunitaria. En sí, la educación se maneja como un concepto que permea en cada una de las esferas del envejecimiento: social, biológica y psicológica. Las recomendaciones expuestas reiteran:

- La difusión de oferta educativa exclusiva para personas adultas mayores.
- Incrementar las oportunidades de acceso a la educación o actividades de formación constante.
- Realización de jornadas informativas en temas relacionados al envejecimiento o de interés para las personas mayores y sus familiares. Cabe especificar que el contexto planteado sea de apertura al diálogo entre participantes.

Programas de Educación Permanente en Latinoamérica

En el contexto de Latinoamérica los programas de EP se han elaborado para atender las exigencias de su población, aunque en las convenciones la educación se presenta una necesidad, sólo algunos países lo han abordado con un planteamiento de participación comunitaria y empoderamiento característico de la EP. A continuación, se muestra una tabla que ilustra la información descrita.

Tabla 1. Programas de educación permanente en Latinoamérica

PAÍSES	NOMBRE DE PROGRAMAS/PROYECTOS	CARACTERÍSTICAS
<i>COSTA RICA</i>	Instituto de Educación Comunitaria (IPEC)	<p>Departamento de Educación de Personas Jóvenes y Adultas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivos: obtener mayor cobertura, equidad, inclusión y calidad en los procesos educativos Se compone de: I nivel (I y II Ciclos), II nivel (III Ciclo) y III nivel (Educación Diversificada), cursos libres y carreras técnicas
<i>ECUADOR</i>	Educación Extraordinaria para Personas con Escolaridad Inconclusa	<p>Ministerio de Educación, Ley Orgánica de Educación Intercultural, el Plan Nacional del Buen Vivir y el Plan Decenal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivos: Brindar oportunidad de concluir los estudios en jóvenes y adultos que son parte de los grupos vulnerables y excluidos del sistema educativo y del modelo económico, social y político. Responden a la heterogeneidad de los estudiantes y a sus diversos contextos, con currículos y propuestas pedagógicas diversificadas y servicios educativos adecuados a sus necesidades y particularidades. Desarrollen competencias para la vida y el trabajo. Lograr aprendizajes significativos en los estudiantes.
<i>EL SALVADOR</i>	Programa de Alfabetización y Educación Básica para la población Joven y Adulta	<p>Ministerio de Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprensión de la lectura, la expresión escrita y el uso del cálculo matemático básico. Participación voluntaria de comunidades, gobiernos locales, empresas privadas, iglesias Objetivos: Garantizar el derecho a la educación permanente en la población joven y adulta. Estrategias de atención para promover actitudes favorables hacia la búsqueda de información, reflexión, cooperación, organización, autogestión y cogestión.

GUATEMALA	Programa Nacional de Educación Alternativa	<p>Ministerio de Educación, Dirección General de Educación Extraescolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos: contribuir a la ampliación de cobertura educativa del subsistema de educación extraescolar por medio de modalidades semi presenciales y a distancia. • Ofrece certificación de competencias adquiridas de manera formal o informal por los estudiantes. • Una de sus ofertas es la Educación para la vida y el trabajo, que incluye diplomados vinculados a la formación humana y emprendimiento.
PARAGUAY	Educación Permanente	<p>Ministerio de Educación y Ciencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen diferentes programas, pero no hay acceso a sus páginas web. • Comprende tres ciclos y es considerada como una formación supletoria. • Se desarrolla con clases presenciales y a distancia, generalmente en el turno noche. • Las unidades operativas funcionan en diferentes locales, tales como escuelas, colegios oficiales, municipalidades, cooperativas, capillas religiosas, clubes, policiales y militares, etc.
URUGUAY	Programa Aprender Siempre	<p>Dirección de Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación no formal para personas jóvenes y adultas. • Acceso a propuestas educativas durante todas las etapas de la vida en diferentes contextos ambientales y culturales, con un fuerte enclave territorial. • Dos líneas de trabajo generales: actividades educativas en contextos de encierro y actividades educativas en espacios surgidos en comunidad.
VENEZUELA	Educación de Jóvenes, Adultos y Adultas	<p>Ministerio del Poder Popular para la Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus áreas de aprendizaje son educación media, diversificada y profesional, capacitación en Artes y Oficios. • Promocionar una educación integral y de calidad, la apertura de espacios de encuentro y participación entre la comunidad estudiantil y la comunidad educativa, que promueve la creatividad, la convivencia, la participación, la solidaridad, la reflexión, a la vez que aboga por la conservación del medio ambiente, la salud integral, y el uso de las tecnologías de la información. • Es del año 2008 y actualmente no está disponible la página web del Ministerio para revisar alguna actualización.

Fuente: Elaboración propia

Los diferentes países han intentado incluir programas de educación permanente en sus políticas de educación por medio de diversos alcances. En general, lo plantean como una variante de la educación para adultos y en temas enfocados al aprendizaje de oficios y alfabetización, de igual manera incluyen postulados de la EP: inclusión, aprendizajes significativos y planes que abordan las individuales de los adultos.

El INAPAM (2010) ha implementado programas de educación para la salud con una perspectiva preventiva de ciclo de vida. En sus dos líneas, enfocada para las personas adultas mayores y otros grupos de edades, se abordan temas de desarrollo personal, igualdad, protección de derechos y plan de vida futura, entre otros. Sus objetivos planteados son la promoción del autocuidado, sensibilización ante el envejecimiento e impulsar la convivencia intergeneracional. Los talleres se imparten en dependencias del INAPAM.

Por otra parte, el Instituto Nacional de la Educación de los Adultos [INEA] (2013) oferta el programa educativo Modelo Educación para la Vida y el Trabajo [MEVyT], el cual ofrece ofertas alternativas de educación continua y el abordaje de temas personales y comunitarios relacionadas a temas de interés en la población de 15 años en adelante. Sus objetivos son el rescatar experiencias personales y colectivas para construir otros aprendizajes además de desarrollar habilidades, actitudes y valores en sus estudiantes. Las características del programa son la flexibilidad y apertura en la estructura de módulos de aprendizaje.

La aplicación de cada módulo de aprendizaje se presenta en cuatro pasos: la recuperación de conocimientos previos, análisis de nueva información, comparación y reflexión para una reconceptualización hacia el cambio. El razonamiento crítico y la aplicación de los saberes en la vida diaria son productos que se esperan estimular en el transcurso de los módulos (INEA, 2017).

En el marco de la inclusividad, existen tres modalidades para acatar necesidades específicas de ciertos sectores de la población: en línea, Indígena Bilingüe y Braille.

- MEVyT en línea es la modalidad electrónica que facilita la obtención de conocimientos fuera de aulas, por medio de cursos ofertados en una plataforma se explican los temas con medios audiovisuales y la oportunidad de participar en una comunidad virtual (INEA, 2014).
- MEVyT Indígena Bilingüe presenta los temas, pero orientados en la alfabetización al español. Las características lingüísticas de las personas se toman en suma consideración para la planeación del programa de aprendizaje (INEA, 2013).
- MEVyT Braille es similar a la modalidad anterior, sólo que esta acata a las personas con debilidad visual y enseña el sistema de escritura braille en sus sesiones (INEA, 2012).

Discusión: Situación actual de la Educación Permanente

A pesar de que el programa MEVyT promete un desempeño amplio en alcance y favorable en respecto a resultados educativos en la población, en sí existen pocas evaluaciones del desempeño. De acuerdo con los resultados obtenidos, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2008) refiere que existe un vacío de información en respecto a datos cualitativos sobre la experiencia de aprendizaje en el adulto, además que hay una posible discrepancia de orientación entre objetivos previstos en una educación formal tradicional a los establecidos en la EP, siendo el caso que aunque se espera una mayor flexibilidad y orientación hacia el aprendizaje experiencial en realidad se mantiene dentro de los parámetros de un programa de educación continua común. Otro factor preocupante es que el personal del INEA carece del perfil necesario para implementarlo en su totalidad, por lo que se presenta una deficiencia al momento de aplicarlo dentro de la población, siendo el caso más prominente en zonas con difícil acceso.

Por otra parte, la INEA (2009) evaluó el impacto utilizando un grupo experimental y de control para hacer un comparativo entre poblaciones de estudio. Las variables para analizar fueron autopercepción del interés y satisfacción, beneficios percibidos, cambios, empoderamiento y autoestima. Ambos grupos se compusieron de 1402 en experimental y 701 en control, con 15 años en adelante. Cabe destacar que en el documento no se mencionan el número de sesiones que los estudiantes participaron antes de la evaluación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Las personas mencionaron que las 3 razones principales para inscribirse en el programa son: mejora de condiciones de vida, superación académica y el papel de la educación en un mayor bienestar.
- Se presenta una mayor autosuperación y autopercepción de las capacidades. Autopercepción en la mejora de habilidades de lectura, escritura y razonamiento matemático.
- Leve índice de mejora en aprendizaje de habilidades de higiene, manejo de ingresos y autocuidado.
- Mayor aprendizaje de habilidades para la resolución de conflictos, en la toma de decisiones e inteligencia emocional.

En general se obtuvieron resultados favorables en las áreas de aprendizaje en lectoescritura y matemático además de un mayor crecimiento personal en temas emocionales. Se puede explicar la falta de cambio en las otras áreas de intervención debido al poco tiempo en que las personas asistieron a los talleres, aunque como se mencionó no se puede saber con certeza por la falta de información.

Por otra parte, el programa de Educación para la Salud presenta un informe trimestral que solamente menciona tener un avance del 89.9% entre enero y

marzo (INAPAM, 2013). Los puntos abordados en los talleres y una visión más detallada acerca del proceso de aprendizaje que los adultos mayores no son mencionados. A pesar un programa educativo que debería tener el mayor enfoque gerontológico no hay una certeza que esté cumpliendo con los cometidos planeados por el mismo instituto.

Ambos programas, el MEVyT y el de Educación para la Salud plantean diversos aspectos de la EP en la cual se aboga ante una oportunidad educativa para desarrollar capacidades en diferentes ámbitos y de esta manera mantener un vínculo social en su comunidad, cabe destacar que el MEVyT centra sus aspectos en base a primeramente alfabetizar a la población inscrita en él para luego dar una formación de hábitos de vida junto a aprendizaje social y emocional. El tema de inclusión también es abordado con la opción de una modalidad braille. Por otra parte, el de Educación para la Salud se enfoca en la psicoeducación, en la cual se espera el proveer herramientas, en base a la experiencia del usuario, para que puedan mejorar su estilo de vida y así llevar a cabo una mayor autorrealización. Aunque las políticas señalan la utilización de la EP para fomentar un envejecimiento activo, dentro del país no se hace una mención específica del plan de trabajo para cada grupo de edad, el adulto y en la vejez, por lo que las singularidades que pueden portar cada etapa no son consideradas.

Al hablar de un panorama más amplio acerca de la EP, en Latinoamérica se ha propuesto la implementación por medio de programas relacionados a sus institutos públicos educativos, en general todos ellos intentan incluir las características de este modelo, pero no logran abordarlo en extenso, siendo el punto en común de ellos el crear un espacio de inclusividad para sus ciudadanos. Sin embargo, se tiene una visión aún enfocada a la educación tradicional, en la búsqueda de dar a la persona un grado académico y no potenciar los conocimientos ya obtenidos en su curso de vida. México en comparación con otros países presenta las mismas limitaciones en cuánto a la metodología planteada.

Conclusión

En este trabajo se revisó la presencia de la educación permanente en los planes de políticas sociales en México y su desenvolvimiento en Latinoamérica. Las convenciones internacionales se encargan de establecer los parámetros para la mejora de calidad de vida de la población, de los cuales los países pueden trazar sus planes de acción a diferentes niveles. En general buena parte de los países buscan la implementar una educación para adultos más incluyente y dirigida al empoderamiento de los grupos sociales, aunque sus alcances pueden variar de acuerdo con su seguimiento de estos. México tiene, al menos en planeación, programas que capturan la esencia de la educación permanente y de los cuales se podrían obtener resultados completamente favorables en la superación personal y

colectiva de las personas mayores. Sin embargo, como se puede observar no hay evaluaciones rigurosas de ellos por lo que es imposible comentar si realmente están acatando las necesidades de las personas involucradas.

Se requiere un verdadero involucramiento de las instituciones gubernamentales y la utilización de conocimiento científico para desarrollar programas de calidad en cada una de sus etapas, de esta manera se podrá conocer las capacidades y aprendizajes significativos de las personas adultas mayores. La capacitación de los facilitadores y equipo de trabajo se convierte en una necesidad para que estos programas funcionen, ya que ellos serán los que interactúen con las personas y apoyen en la expresión de sus experiencias. A su vez, la misma EP señala la importancia de la sociedad para impulsar la transformación de las capacidades intrínsecas por lo que una metodología dialéctica y participativa es imprescindible para su desarrollo en cada uno de los grupos.

Otro punto para retomar es la ausente representación gerontológica, en donde al adulto mayor se aglomera en el concepto “adulto” sin atender a las necesidades y características que puede tener cada etapa de vida, desde el joven hasta la ancianidad. Cada nueva generación de personas mayores en México tiene una mayor presencia política, económica, social por lo que las exigencias de una mejor atención en todos los niveles será una realidad al pasar los años, por ello, es obligatorio la búsqueda de calidad en la aplicación de las políticas educativas contemporáneas

Referencias

Bermejo, L. (2010b). Pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas mayores. En L. Bermejo (Ed.), *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. (pp. 11-34). Madrid: Editorial Médica Panamericana

Consejo Nacional de Población (2012). *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. México: CONAPO.

Diario Oficial de la Federación (2015). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf

Dirección de Educación (2019). PAS - Programa Aprender Siempre. <https://www.mec.gub.uy/mecweb/mec2017/container.jsp?contentid=11451&site=5&channel=mec&breadid=584&3colid=11451>

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2008). Evaluación de consistencia y resultados del programa de atención a la demanda de educación para adultos a través del modelo de educación para la vida y el trabajo del INEA. <http://www.sep-gob.mx/work/models/sep1/Resource/102508/2.pdf>

García, N. R. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12(2), 51-62. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97917592006>

Instituto de Estadística y Geografía (2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad* (1º de octubre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2010). *Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2013). *Informe de gestión, primer trimestre 2013*. <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/1147/1/images/InformedelDesempenoGeneraldeLaEntidadPrimerTrimestre2013.pdf>

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2009). *Evaluación de Impacto del Modelo Educación para la Vida y el Trabajo*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/172381/Eval_Impacto_informefinal09.pdf

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2012). *Impulso a educación inclusiva con módulos en sistema braille*. http://www.inea.gob.mx/boletines/admin/view/detalleBoletines_sp.php?id_boletin=413

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2013). *¿Qué es el MEVyT?*. <http://www.inea.gob.mx/index.php/educacionabc.html>

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2013). *MEVyT Indígena Bilingüe*. <http://www.inea.gob.mx/index.php/inicio-portal-inea/mevyt/eadulmevytindbc.html>

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2014). *¿Qué es el MEVyT en línea?*. <http://mevytenlinea.inea.gob.mx/inicio/mevytenlinea.html>

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (2017). *¿Qué es el MEVyT?*. http://www.cursosinea.conevyt.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=658&Itemid=254

Medina, B., Llorent, V. J. y Llorent, V. (2013). Evolución y concepto de la educación permanente en España. *Revista de Ciencias Sociales*, 19(3), 511-522. <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=28028572013>

Ministerio de Educación (2012). *Programa de Alfabetización y Educación Básica para la población Joven y Adulta*. <https://www.mined.gob.sv/programas/programas-educativos/item/5481-programa-de-alfabetizacion-y-educacion-basica-para-la-poblacion-joven-y-adulta.html>

Ministerio de Educación (s.f.). *¿Qué es PRONEA?*. <https://digeex.net/pronea/>

Ministerio de Educación (s.f.). *Currículo para Educación Extraordinaria para Personas con Escolaridad Inconclusa*. <https://educacion.gob.ec/curriculo-educacion-extraordinaria/>

Ministerio de Educación Pública (2019). *Instituto de Educación Comunitaria (IPEC)*. <https://www.mep.go.cr/programas-y-proyectos/yo-me-apunto/ipec>

Ministerio de Educación y Ciencias (s.f.). *Educación Permanente*. <https://www.mec.gov.py/cms/>

Ministerio del Poder Popular para la Educación (2008). *El desarrollo y el estado de la cuestión sobre el aprendizaje y la educación de adultos*. https://uil.unesco.org/fileadmin/multimedia/uil/confintea/pdf/National_Reports/Latin%20America%20-%20Caribbean/Venezuela.pdf

Mollogón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 34(1), 56-74. <https://www.redalyc.org/pdf/4575/457545090005.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2003). *Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2786-estrategia-regional-implementacion-america-latina-caribe-plan-accion>

Organización de las Naciones Unidas (2012). *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*. https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf

Organización de los Estados Americanos (1998). *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)*. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

Organización de los Estados Americanos (2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Día Internacional de las Personas de Edad – 1° de octubre*. <https://www.who.int/features/qa/72/es/>

Osorio, O. (2016). Envejecimiento poblacional: discriminación y políticas públicas integrales. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 81, 133-163. <http://www.scielo.org.mx/pdf/izta/v37n81/2007-9176-izta-37-81-133.pdf>

Razo-González, A. M. (2014). La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *CONAMED*, 19(2), 78-85. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57569>

Reyes, F. y Machado, E. (2017). Fundamentos teóricos- metodológicos sobre la educación del adulto mayor en el contexto de la EP. *Humanidades Médicas*, 17(2), 291-305. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200004

Reyes, F. y Machado, E. (2017). Fundamentos teóricos- metodológicos sobre la educación del adulto mayor en el contexto de la educación permanente. *Humanidades Médicas*, 17(2), 291-305. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200004

Roque, Y. Azcuy, L. & Toledo, L. (2015). Política social para la atención a la vejez: una necesidad para Villa Clara. *Novedades en población*, 6(22), 20-28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200003

Sabán, C. (2010). “Educación permanente” y “aprendizaje permanente”: dos modelos teórico-aplicativos diferentes. *Revista Iberoamericana de Educación*, 52, 203-230. <https://rieoei.org/RIE/article/view/617>

Serdio, C. (2015). Educación y envejecimiento: una relación dinámica y en constante transformación. *Educación XX1*, 18(2), 237-255. <https://www.redalyc.org/pdf/706/70638708010.pdf>

Tünnermann, C. (2010). La educación permanente y su impacto en la educación superior. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 1(1), 120-133. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-28722010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Valle, J. E. (2014). Educación permanente: los programas universitarios para mayores en España como respuesta a una nueva realidad social. *Revista de la Educación Superior*, 43(3), 117-138. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185276015000357>

Valcárcel, M. J. (2003). Educación permanente y educación social: controversias y compromisos. *Arxius de sociología*, 8, 181-183. R <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2237072>

EL AULA UNIVERSITARIA PARA PERSONAS MAYORES Y LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES

Doris Sequeira Daza

Universidad Central de Chile

Resumen

El fomento de las relaciones intergeneracionales se inicia con la Declaración de Principios de las Personas Mayores en 1991 por las Naciones Unidas, entre las experiencias positivas para favorecerlas se encuentra el compartir actividades entre distintas generaciones siendo las actividades académicas una de ellas. En este trabajo se relata la experiencia de participación de personas mayores en una asignatura de Enfermería Gerontológica y su impacto en la disminución de estereotipos negativos hacia la vejez en los estudiantes medido a través del Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), al inicio y final de la asignatura. Los resultados muestran una disminución de los estereotipos negativos entre la primera y segunda aplicación; evaluando los estudiantes y las personas mayores la experiencia como enriquecedora y que debiera repetirse.

Palabras claves

Relaciones Intergeneracionales, Estereotipos, Vejez, Estudiantes de Enfermería, Personas Mayores.

Introducción

El aumento en la esperanza de vida tiene como consecuencia no sólo un aumento de la proporción de las personas mayores de 60 años en el total de la población de los países, sino también una prolongación de la vejez reflejada en el aumento de las personas mayores de 80 años. Chile ha experimentado este envejecimiento poblacional a una velocidad mayor que el resto de los países latinoamericanos, en el año 2017 según el Censo de Población (Apablaza & Vega, 2018) había 2.850.000 personas mayores de 60 años las cuales representaban el 16,2% del total de la población y en este grupo etario, los mayores de 80 años constituían el 16,4% esperándose que para el año 2025, Chile tenga la misma proporción de personas mayores de 60 años que los menores de 14 años.

Este aumento de personas mayores implica un incremento de personas con dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria que requieren de la ayuda y el cuidado de los demás para su realización siendo necesaria la colaboración y solidaridad de los miembros más jóvenes de la sociedad.

El interés por fomentar el contacto entre personas de distintas edades se remonta al año 1991 cuando las Naciones Unidas enuncia sus Principios en favor de las Personas de Edad (Naciones Unidas en Anzola, 1994), el de “Participación” establece que las personas mayores deben permanecer integradas en la sociedad y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; este Principio fue reiterado mediante el artículo 16 de la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Madrid el año 2002 el cual reconoce “la necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presentes las necesidades particulares de los más mayores y los más jóvenes y de alentar relaciones solidarias entre generaciones” y ratificado en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 8 en el que insta a los Estados a adoptar medidas que promuevan la participación de la persona mayor en actividades intergeneracionales para fortalecer la solidaridad y el apoyo mutuo como elemento clave del desarrollo social (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Valverde (2018) refiere que las actividades intergeneracionales brindan a las personas mayores la oportunidad de relacionarse con los más jóvenes para intercambiar experiencias, anécdotas de vida y conocimientos que dicho intercambio junto con la transmisión de tradiciones, cultura y valores contribuye a que las personas mayores se sientan útiles y les posiciona en el lugar que tradicionalmente han tenido en la sociedad como referencia y ejemplo.

La realización de estas actividades beneficia tanto a las personas mayores como a los jóvenes,

- a) En las personas mayores, favorecen un envejecimiento activo, se generan cambios positivos en su humor y un aumento de la autonomía, la autoestima y la motivación, reducen los síntomas depresivos, el aislamiento y la soledad. A nivel cognitivo, se produce un aumento en las capacidades de atención y memoria, además de potenciar las habilidades sociales y la empatía. En los jóvenes, éstos aprenden a valorar y respetar a los mayores, se
- b) benefician del intercambio de experiencias y transmisión de tradiciones y cultura, desarrollan valores y actitudes positivas como la tolerancia y la solidaridad intergeneracional, mejora las actitudes que tienen hacia las personas mayores formándose una idea más positiva de las personas mayores y el envejecimiento en general y contribuye a disminuir los estereotipos negativos asociados con la edad.

Los estereotipos son creencias generalizadas sobre los atributos de un grupo que revelan desconocimiento, implican creencias con relación a un grupo social determinado, y pueden ser de carácter negativo o positivo. Los estereotipos pueden generar prejuicios definidos como preconceptos o juicios de valor que se instalan de manera anticipada con relación a una persona o situación; por lo general son negativos y dan sustento a las prácticas discriminatorias. Operan de manera inconsciente; distorsionan la percepción e involucran el aspecto afectivo de la conducta, al generar sentimientos de hostilidad, desprecio, miedo, desagrado (INADI 2019).

Los estereotipos negativos basados en la creencia de la incapacidad física y psíquica y la enfermedad como sinónimo de vejez (Blanca et al, 2005), se encuentran de manera inconsciente tanto en las personas mayores, sus familias y en las personas que las atienden; su aceptación en las personas mayores deriva en la denominada profecía autocumplida, es decir, las personas mayores se ven condicionadas por los prejuicios que las conducen a asumir conductas acordes a lo esperable según las creencias discriminatorias asumiendo que los signos y síntomas sugerentes de enfermedad, son propios de la edad retrasando la consulta médica y la oportunidad de recibir atención en forma oportuna (INADI, 2019).

Los estereotipos internalizados disminuyen la autoestima, la autoeficacia y la autonomía de las personas mayores favoreciendo tanto los trastornos depresivos como el declive físico y cognitivo, los cuales afectan el sistema inmunológico propiciando enfermedades

Por su parte la familia, que asume que la debilidad y la pérdida de funcionalidad como son características inherentes a la vejez, toma decisiones por las personas mayores limitando su autonomía e independencia impidiendo que ellas tomen sus propias decisiones y el control de sus vidas.

A nivel institucional, los estereotipos y prejuicios pueden influir en la forma en la

que se trata a las personas mayores en las instituciones tanto públicas y como privadas, responsables de la atención de este grupo (De Miguel y Castellano, 2012) favoreciendo la aparición de conductas discriminatorias en las cuales las personas mayores reciben un trato peor o diferente por el hecho de ser mayores (Sarabia y Castanedo, 2015).

La consecuencia más grave de los estereotipos negativos es su asociación con manifestaciones de rechazo y maltrato por parte de instituciones y familiares excluyendo a las personas mayores de la sociedad, de la comunidad y la vida familiar; la discriminación por edad puede afectar la cohesión, la salud y el bienestar social (INADI, 2019).

Los estereotipos negativos asociados a la vejez constituyen la 3ª causa de discriminación después del sexo y la raza (Velasco et al, 2019), su presencia en la sociedad limita la eficacia de las intervenciones destinadas a mejorar la salud de las personas mayores (Herdman, 2002).

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario (Ministerio de Desarrollo Social, 2018) el 45% de los encuestado manifestó haber sido objeto de algún tipo de discriminación, las situaciones reportadas se relacionan con ser tratado con menor respeto que el resto con un 6,3 %, tratado como menos inteligente con un 4,8% y el recibir peor atención en hospitales y centros de salud que el resto con un 4,3%.

El estereotipo que prevalece en la sociedad occidental es una imagen negativa de las personas mayores, considerándolas como personas deterioradas, incapaces de aprender cosas nuevas, con dificultades para cuidarse a sí mismas, desagradables y regañonas (Fernández-Ballesteros, 1992)

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento realizada el año 2015 en México, los participantes pensaban que las personas mayores eran como niños, que se irritan con facilidad y que pierden el interés en las cosas. Cathalifaud et al, (2007), en un estudio realizado en jóvenes universitarios chilenos identificaron una alta prevalencia de prejuicio hacia las personas mayores y el envejecimiento con un predominio de imágenes negativas donde las personas mayores eran vistas como conservadoras, poco amistosas, dependientes, enfermizas, ineficientes, frágiles y desamparadas.

Esta visión de las personas mayores también la tienen los estudiantes de enfermería, en España, Sarabia y Castanedo, (2015) encontraron que el 62% de ellos presentaba estereotipos negativos especialmente los relacionados con la salud de las personas mayores y con el carácter (58,3%); en Chile, Ponce (2013) encontró que al menos un 30% de los estudiantes de 4º nivel, presentaban estereotipos negativos hacia la vejez siendo los estereotipos sociales los que se

presentaban en mayor proporción, Sequeira y Silva (2016) encontraron que el 27,6% de los estudiantes de 4º nivel presentaban estereotipos negativos muy altos, relacionados con la motivación y el carácter.

En este compartir académico, se esperaba que tanto las personas mayores como los estudiantes aprendieran sobre el proceso de envejecimiento y la vejez posibilitando que los estudiantes compararan los aspectos teóricos con las vivencias de sus compañeros mayores. Como una forma de evaluar si la participación de las personas mayores en la asignatura contribuyó a disminuir los estereotipos asociados a la vejez en los estudiantes, se midió la presencia de estereotipos al inicio y al finalizar el bloque teórico de la asignatura.

La medición de los estereotipos en los estudiantes contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad los cuales firmaron un consentimiento informado que daba cuenta del objetivo de su aplicación y los resguardos que se tendría de la información obtenida. Se autorizaba también la toma de fotografías y grabaciones para documentar y difundir la experiencia.

Metodología empleada

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo intra-sujeto de medidas repetidas (antes y después) en estudiantes del 4º nivel de enfermería antes y después de cursar el bloque teórico de la asignatura de Integrado en Enfermería Geronto-Geriátrica con el objetivo de evaluar el impacto en la percepción de la vejez por parte de los estudiantes. Participaron 32 estudiantes quienes respondieron una encuesta que incluía el Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) y diez preguntas relacionadas con características demográficas (5 preguntas) y preguntas relacionadas con la vejez y el envejecimiento (5). En la encuesta pos test se incluyeron cuatro preguntas abiertas relacionadas con la participación de las personas mayores.

El CENVE (Blanca, Sánchez y Tríanes, 2005) está formado por 15 ítems, que exploran tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, compuesto por cinco ítems cada uno y cuyo formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro valores. En el factor salud se explora acerca del deterioro de la salud, aparición de discapacidades, deterioro cognitivo y la existencia generalizada de enfermedades mentales en la vejez; en el factor motivacional-social, los ítems se relacionan con las carencias afectivas, falta de intereses vitales y capacidad disminuida para desempeñar una actividad laboral, y en el factor carácter-personalidad se hacen afirmaciones sobre los problemas de labilidad emocional y cambios en la personalidad.

La puntuación del instrumento oscila entre 5 y 20 puntos para cada uno de los tres factores. La máxima puntuación del cuestionario es de 60 puntos, y la puntuación

para cada dimensión está entre 5 y 20 puntos. La interpretación de los resultados del total del cuestionario es la siguiente: a) de 15 a 28 puntos corresponde a muy bajo, b) de 29 a 39 equivale a bajo, c) de 40 a 50 corresponde a alto y d) de 51 a 60 equivale a muy alto nivel de estereotipo negativo hacia las personas mayores. Utilizado en muestra chilena (Sequeira, Silva, 2016) ha obtenido una confiabilidad de 0.884, en este estudio alcanzó a 0,894.

La recolección de los datos se realizó el primer día de clases antes de empezar a entregar los contenidos gerontológicos, se les explicó a los estudiantes el objetivo de la participación de las personas mayores en la asignatura y de la aplicación de la encuesta como diagnóstico y evaluación de la vejez que ellos tenían; finalizado el concentrado teórico de 13 semanas se les solicitó volver a responder la encuesta. Para el análisis estadístico se empleó el software IBM SPSS Statics v20, se adoptó un nivel de confianza del 95% (nivel de significación $\alpha = 0,05$). Se calcularon frecuencias de las variables y se realizaron pruebas t y anova one way para analizar relaciones entre variables.

Algunos resultados

La edad media de los estudiantes que cursaron la asignatura, fue de 24,47 años con una edad mínima de 21 y máxima de 32 años con una media de 23,98; principalmente mujeres en un 91%; el 58,8% vivía con personas mayores de los cuales, un 23% eran sus padres y un 20,6 sus abuelos;

En cuanto a la frecuencia de pensamiento sobre la vejez, envejecimiento y la muerte, los resultados se muestran en la tabla N°1:

Tabla N° 1. Frecuencia del pensamiento sobre la vejez, envejecimiento y la muerte.

PENSAMIENTO SOBRE:	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
<i>VEJEZ</i>	58,8%	20,5%
<i>ENVEJECIMIENTO</i>	58,8%	29,4%
<i>MUERTE</i>	41,2%	25%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los estudiantes piensan frecuentemente en el envejecimiento y que casi un tercio de ellos le temen a la vejez (Tabla N° 2).

Tabla N°2. Frecuencia de temor sobre la vejez, el envejecimiento y la muerte

TEMOR A::	ALGO	BASTANTE
<i>VEJEZ</i>	35,3%	28,2%
<i>ENVEJECIMIENTO</i>	35,3%	23,5%
<i>MUERTE</i>	25%	21,9%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados del CENVE evidenciaron un 25% de estereotipos altos en la primera aplicación y de un 5,7 en la segunda aplicación, (Tabla N°3).

Tabla N°3. Frecuencia de estereotipos pre y post aplicación del CENVE

NIVEL ESTEREOTIPOS	PRE	POST
<i>MUY BAJO</i>	12,5%	37,1%
<i>BAJO</i>	62,5%	57,1%
<i>ALTO</i>	25%	5,7%

Fuente: Elaboración propia.

Se compararon medias en los factores salud, motivación y carácter, encontrándose que, entre la primera y la segunda aplicación, hay una disminución en la media de los tres factores y en CENVE global como se observa en la Tabla N° 4:

Tabla N°4. Comparación de Medias pre y post aplicación del CENVE

	Comparación de medias	
	Pre	Post
<i>CENVE Global</i>	32,91	29,33
<i>Estereotipos Salud</i>	10,58	937
<i>Estereotipos Motivación</i>	10	933
<i>Estereotipos Carácter</i>	12,33	10,78

Fuente: Elaboración propia.

Los estereotipos presentes están relacionados con el carácter de las personas mayores: tienen facilidad para irritarse y que son cascarrabias (media 2,55) y que

una gran parte de ellos “chochean” (media 2,42), con la motivación al considerar que las personas mayores tienen menos interés por el sexo (media 2,42) y con la salud, al opinar que el deterioro cognitivo como la pérdida de memoria, desorientación o confusión son una parte inevitable de la vejez (media 2,33).

Para comprobar si las diferencias pre- y post- son significativas, se realizó la t de Student apareada, la cual confirmó diferencias significativas para los tres factores, así como para la puntuación global ($p < 0,001$ en todos los casos).

Al relacionar el nivel de estereotipos con las características demográficas y los pensamientos sobre la vejez, envejecimiento y la muerte y el temor a éstos, no se encontraron en este estudio diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

En las preguntas de tipo abiertas realizadas en la evaluación post participación de las personas mayores en la asignatura (Tabla N°5), se observa que el 100% de los estudiantes consideran que la participación de éstos contribuyó a un mejor entendimiento de los contenidos impartidos y que recomendaría que se repitiera la experiencia el próximo año. Cuando se les preguntó si hubo un cambio de su visión entre el primer día de clases y el último, consideraron que cambió completamente en un 60%, que cambió significativamente el 30% y que no cambió, porque siempre fue buena su visión, un 10%.

Tabla N°5: Preguntas abiertas post evaluación de la participación de las personas mayores en la asignatura.

Pregunta	Frecuencia
<i>La participación de las personas mayores ¿Contribuyó a un mejor entendimiento de los contenidos impartidos?</i>	100%
<i>Con relación al primer día de clases y este último ¿cambió su visión inicial?</i>	60%
<i>¿Recomendaría que se repitiera el próximo año esta experiencia?</i>	100%

Fuente: Elaboración propia.

En general, los estudiantes manifestaron que la contribución de las personas mayores fue el hecho de que compartieran sus experiencias sobre la vivencia de la vejez y el envejecimiento haciendo del aprendizaje un proceso más activo y

a la realidad de sus compañeros mayores. En relación a lo que piensan hoy sobre las personas mayores, afirman que tienen mayor conocimiento para ofrecer una atención de calidad al eliminar los prejuicios como considerarlos como “abuelitos tiernos e indefensos” a personas completamente independientes, con potencialidades y que pueden llevar una vida plena. Por último, la opinión de los estudiantes sobre si recomendarían la actividad es positiva haciendo referencia a la importancia que tiene la interacción con las personas mayores en llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y aprender a relacionarse con ellos.

Las personas mayores participantes evalúan su participación en la asignatura como positiva, opinaron que les permitió adquirir conocimientos sobre aspectos que ellos desconocían pero que por, sobre todo, contribuyeron a que los estudiantes tuvieran una mayor comprensión de la vejez, a cambiar la visión de los estudiantes sobre ellos y que ellos pusieron la “realidad” que los contenidos teóricos impartían.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que los estudiantes presentaron un nivel de estereotipos negativos hacia la vejez menor que los obtenido por Ponce (2013), Sarabia y Castanedo (2015) y Sequeira-Silva (2016), los estereotipos presentes estaban relacionados con el carácter coincidente a lo encontrado por Sequeira-Silva no así con Ponce y Sarabia Castanedo en cuyos estudios predominaban los estereotipos relacionados con la salud y la motivación. Esta diferencia podría deberse a que más del 50% de los estudiantes vivían con sus padres y/o abuelos.

De los resultados del CENVE previo y post asignatura, se podría concluir que tanto la presencia de las personas mayores como los contenidos teóricos, contribuyeron a disminuir el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez, en los estudiantes del 4° Nivel de la carrera de Enfermería

De la lectura de las opiniones expresadas por los estudiantes y las personas mayores participantes, se puede asumir que la participación de los mayores contribuyó a facilitar la comprensión de los contenidos teóricos, a entender mejor a las personas mayores y principalmente, a disminuir los estereotipos negativos.

Conclusión

Lo novedoso de los resultados de este estudio es que es la primera experiencia conocida en Chile en la cual comparten una asignatura de pregrado en Gerontología, estudiantes de enfermería y personas mayores quienes son sujetos de estudio de esta especialidad, experiencia que les facilitó a los estudiantes la comprensión del proceso de envejecimiento y a las personas mayores les hizo sentirse integrados, estimados y útiles al sentir que su experiencia de vida fue

tomada en cuenta. Esperamos que más unidades académicas integren en sus mallas curriculares asignaturas de gerontología e implementen estrategias de aprendizaje que favorezcan además las relaciones intergeneracionales ya que como menciona Lorente et al (2020), realizar intervenciones combinadas (educación sobre el envejecimiento y contacto intergeneracional) es la mejor estrategia para combatir el edadismo, por su parte Sánchez (2019) comenta que donde existen oportunidades para mantener buenas relaciones intergeneracionales se logra crear capital social, confianza, apoyo mutuo y mayores conexiones, lo que permite contar con comunidades y sociedades más cohesionadas y menos fragmentadas.

Referencias

Anzola E (1994): La Atención a los Ancianos: un desafío para los años noventa. Organización Panamericana de la salud, Publicación Científica N° 546: Pág. 480-481

Apablaza M, Vega F (2018): Contexto Demográfico Global y Chileno: Situación de la Población Adulto Mayor. Universidad del desarrollo. Disponible en <http://www.cipem.cl/wpcontent/upload/S/2018/12/Informe1pdf>

Blanca M, Sánchez C, Tríanés M (2005): Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 2005; 15 (4):212-20. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2447573&pid=S1134928X201500010000300003&lng=es

Borrella, M. S. (2013). Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores (Tesis Doctoral), Universidad de Extremadura, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10662/798>

Cathalifaud, A; Thumala, D; Urquiza, A; Ojeda, A (2007): La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos. Un estudio exploratorio. Última Década N°27, CIDPA Valparaíso, Pp. 75-91. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v15n27/art05.pdf>

Centro de Estudios y Encuestas Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Subsecretaría de Previsión Social. (2018): Principales resultados Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. Pp. 31-36. Disponible en <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/encuesta-de-calidad-de-vida-del-adulto-mayor-e-impacto-del-pilar-solidario-encavidam>

De Miguel A; Castellano C (2012): Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 1, 69-83. Disponible en <https://www.ijpsy.com/12/num1/318/evaluacion-del-componente-afectivo-de-las-ES.pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (1992) Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: Sg Editores

Herdman, E. (2002): Challenging the discourses of nursing ageism, International Journal of Nursing Studies, 39(1), 105-114. Jan; 39(1):105-14. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00122-x

Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el Racismo (2017): Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios (2017): Argentina <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-PrejuiciosFinal.pdf>

Lorente R; Brotons P; Sitges E (2020): Estrategias para combatir el edadismo: ¿formación específica sobre envejecimiento o contacto intergeneracional? Cuaderno de Pedagogía Universitaria V (17): 33 DOI: <https://doi.org/10.29197/cpu.v17i33.368>

Ministerio de Desarrollo Social (2018): Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. Disponible en <https://www.previsiónsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/encuesta-de-calidad-devida-deladulto-mayor-e-impacto-del-pilar-solidario-encavidam/>

Ministerio de Desarrollo Social (2017): Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Disponible en <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-ProtDerechos-Pers-Mayores.pdf>.

Menéndez, S; Cuevas, A; Pérez, J; Lorence, B (2016): Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Disponible en <http://dx.doi.org/101016/i.regg.2015.12.003>

Ponce, C. (2013): “Estereotipos relacionados con la vejez que tienen los estudiantes de primer y quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad Aconcagua, Quilpué 2013”. (Tesis de pregrado). Universidad de Aconcagua, Chile

Sánchez, M (2019): La intergeneracional mejora las actitudes de los más jóvenes hacia las personas mayores. Geriatricarea, agosto. Disponible en <https://www.geriatricarea.com/2018/08/27/>

Sarabia, M; Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. Gerokomos, 26(1), 10-12. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2015000100003

Sequeira Daza D, Silva Jiménez, D (2016): Estereotipos sobre la vejez en estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias de Salud, Universidad UCINF. Revista Akademia, Vol. 14, N°1

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2002): Informe II Asamblea Mundial del envejecimiento. Revista Española de Geriátría y Gerontología: 37(S2):1-2. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035687>

Valverde R (2018): Jóvenes y mayores, juntos por un envejecimiento en positivo. GeriatricArea 27 junio. Disponible en <https://www.geriatricarea.com/2018/06/27/jovenes-y-mayores-juntos-por-un-envejecimiento-en-positivo/>

Velasco M; Suárez G; Limones M; Reyes H; Rosales J; Muñoz B (2019): Sentimientos y prejuicios del adulto mayor respecto al envejecimiento. Ciencia Cierta No. 58. Disponible en <http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/CC58/Sentimientos-PrejuiciosAdultoMayor.pdf>

II. DIMENSIÓN ESPACIAL

LA CREACIÓN DE ENTORNOS AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES

Dolores Majón Valpuesta¹, Mercè Pérez Salanova², Pilar Ramos¹, Andrés Haye³

¹Universidad de Sevilla, ² Universidad Autónoma de Barcelona, ³ Pontificia

Universidad Católica de Chile

Resumen

En 2007, la Organización Mundial de la Salud lanza la iniciativa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores (CCAPM) con el objetivo de llevar a la práctica el paradigma del Envejecimiento Activo. Se trata de una iniciativa de promoción de la participación de las personas mayores que presenta algunos desafíos. Mediante una metodología cualitativa, analizamos la iniciativa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en cuatro ayuntamientos de Andalucía (España). Los resultados señalan que algunos elementos facilitadores son el establecimiento de espacios de intercambio, co-producción, y que, los obstáculos se relacionan con el compromiso o la accesibilidad. En conclusión, para que la participación social sea real desde la amigabilidad, se requiere que las personas mayores estén en el centro, como parte activa de los procesos, y facilitar su agencia.

Palabras claves

Entornos Amigables, Facilitadores, Barreras, Participación Social, Agencia.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 79). Para su promoción, la OMS preparó el proyecto de ciudades globales amigables con los mayores: una guía, que contiene un fuerte componente de desarrollo comunitario (Plouffe y Kalache, 2011). Su objetivo es lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con la edad, “adaptando sus estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades” (OMS, 2007, p. 6).

Sin embargo, tal y como señala Lui et al., (2009) el éxito del movimiento asociado a esta estrategia está sujeto a su aplicación bajo un modelo de gobernanza participativa y colaborativa, enfatizando el derecho de elección de la propia persona y promocionando su agencia y autonomía (Gilleard y Higgs, 2010). En este sentido, una de las claves para crear comunidades amigables que promuevan la participación social radica en entender la disposición de las personas mayores y de las organizaciones proveedoras de servicios. Por ello, según lo indicado por Hewson y et al., (2018), cabe plantearse cuestiones como las siguientes: ¿cuáles son los procesos para desarrollar programas de participación social?, ¿qué rol deben tener los proveedores de servicios o ¿qué barreras y facilitadores contribuyen a la disposición a participar socialmente?

En relación con la consecución de la amigabilidad de las comunidades, en términos de participación social, las administraciones locales deben asegurar un contexto de política pública positivo que considere a todos los agentes interesados de diferentes sectores, incluyendo a las propias personas mayores (Lui et al., 2009). Las personas mayores tienen un rol clave en la definición de sus rasgos distintivos y no deben concebirse sólo como beneficiarios de estas líneas de actuación (Menec et al., 2011). Ese enfoque concuerda con el planteamiento de Doran y Buffel (2018) sobre la oportunidad que brinda la co-investigación o co-producción, es decir, aquella que es conducida “con” o “por” personas mayores más que “a”, “sobre” o “para” ellos. Esa metodología implica a las personas mayores directamente como expertas y actrices en la planificación, el diseño y el desarrollo de los programas. Se trata, pues, de proporcionar un foro de aprendizaje mutuo y de intercambio social que beneficie a toda la comunidad (Buffel y Phillipson, 2016). La participación de abajo a arriba y la implicación de las personas mayores, expresando sus preocupaciones y participando en la definición de los servicios, resulta el mejor modo de realzar la amigabilidad de su entorno (Lui y et al., 2009).

¹Fases del proyecto CCPM:

Fase 1 (años 1 y 2) que consta de cuatro pasos: a) creación de mecanismos para lograr la participación de las personas mayores a través de los Grupos Focales, b) diagnóstico inicial de la “amigabilidad” y la adaptación de la localidad a las personas mayores, c) elaboración de un Plan de Acción trienal para toda la ciudad, basado en el Diagnóstico inicial y en las propuestas de las personas mayores, y d) identificación de indicadores para el seguimiento y la evaluación de los progresos durante la elaboración y ejecución del Plan de Acción.

Fase 2 - Implementación y seguimiento del Plan de Acción (años 3 a 5).

Plouffe et al. (2013) consideran el compromiso estratégico y el trabajo colaborativo entre ayuntamientos y organizaciones, tanto formales como informales (proveedoras de servicios, asociaciones de personas mayores, etc.), son los puntos clave para conseguir la amigabilidad. Otros autores ponen de relieve el afianzamiento del plan de acción en los servicios locales que integren ya iniciativas, así como incentivar los enlaces entre los diferentes programas (Menec y Brown, 2018; Phillipson, 2018). En esa dirección, las alianzas deben establecerse entre los diferentes grupos de edad, ya que muchos asuntos no son específicos del grupo de personas mayores, sino que abordan cuestiones que afectan a personas de todas las edades (Doran y Buffel, 2018).

Debe prestarse especial atención al hecho de que las políticas de amigabilidad habitualmente presentan una serie de limitaciones, entre otras, las derivadas de la austeridad económica combinada con la inercia organizacional y las expectativas establecidas en la comunidad (Kendig et al., 2014), así como las actitudes discriminatorias y estereotipadas manifestadas por las propias instituciones (Buffel y Phillipson, 2018). La falta de información sobre la efectividad de las intervenciones es otra de las brechas (Lui et al., 2009), que refuerza la importancia de incorporar en las agendas el desarrollo de instrumentos de medición de la efectividad de las intervenciones desde el marco de la amigabilidad (Phillipson, 2018).

En este sentido, cabe también cuestionarse si estos programas están dirigidos a personas con diferentes formas de envejecimiento (Golant, 2014) o si son capaces de dar respuesta a la diversidad de las comunidades, incluyendo diferentes grupos étnicos o niveles socioeconómicos (Steels, 2015). Desde una perspectiva ecológica, el acercamiento a los dominios de amigabilidad (entorno físico, comunicación, participación, etc.) no pueden ser tratados aisladamente respecto a factores como la edad, el género, el nivel socioeconómico o el grado de fragilidad de las personas (Menec et al., 2011). Asimismo, las iniciativas de amigabilidad deben considerar las necesidades de los grupos más vulnerables, incorporando sus voces en los procesos de toma de decisiones, así como rompiendo barreras asociadas a la etiqueta 'poblaciones especiales' (Buffel y Phillipson, 2016; Fitzgerald y Caro, 2014).

Finalmente, cabe señalar que existe una desconexión entre la actual práctica dirigida a personas mayores y las expectativas de envejecimiento de la nueva generación de personas mayores, la llamada generación baby boomer (Majón-Valpuesta et al., 2016). Más específicamente, esta generación puede estar poco dispuesta a involucrarse en las tradicionales actividades y por ello puede ser más eficaz apoyarlos para diseñar actividades ajustadas a sus propios intereses (Hewson et al., 2018), promoviendo su inclusión en los procesos de gobernanza con el consiguiente reconocimiento de su competencia, agencia y legitimidad para hacerlo (Barnes, 1999).

Fase 3 - Evaluación de los progresos (final del año 5).

Fase 4 - Mejora continua (inicio del proceso de ciclos de 5 años).

Actualmente, 1445 ciudades en 51 países se encuentran adheridos a este proyecto (World Health Organization, WHO, 2023), de los que 232 pertenecen al territorio español (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO, 2022). No obstante, a pesar de que esta extensa amplitud de gobiernos apoya el proyecto de amigabilidad, son muchas las diferencias entre ellos; las divergencias en las políticas de protección social de los países están en la raíz de aquellas diferencias respecto a los esfuerzos presupuestarios (Del Barrio et al., 2018). La identificación de esta y otras características o condicionantes nos llevan a considerar el interés de estudiar las claves de las acciones dirigidas a la promoción de la participación de las personas mayores en el marco del proyecto de CCAPM. Para ello, nos planteamos como objetivo analizar los mecanismos de participación social desarrollados en cuatro ayuntamientos de Andalucía (España), con la intención de profundizar en aquellos elementos favorecedores y limitantes que pudieran estar desarrollándose en el marco de CCAPM.

Método

Diseño y participantes

Enmarcamos esta investigación en una metodología cualitativa con el fin de examinar las intervenciones respecto a la promoción de la participación social de las personas mayores a partir de datos discursivos (Íñiguez, 1999). Se trata de abordar diferentes dimensiones de estos procesos desde la intersubjetividad (Villegas y González, 2011), a la vez que interpretarlas de forma situada (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Siguiendo principios de muestreo intencional (Patton, 2002) y en base a criterios de implicación e iniciativa para la amigabilidad y voluntad participativa en la investigación fueron seleccionados 4 ayuntamientos de Andalucía (España) adscritos al proyecto de CCAPM, entre los 13 adscritos en todo el territorio andaluz. Con el fin de atender a la variabilidad de los municipios, fueron incorporados municipios con diferentes tamaños de población, tal y como se presenta en la Tabla 1. En este caso, se realizaron 12 entrevistas en profundidad, 3 con las y los profesionales responsables del área de personas mayores, 1 con un cargo político electo y 8 con personas mayores, de las cuales 6 eran miembros del Consejo Municipal de Personas Mayores (CMPM).

Tabla 1. Distribución de participantes que fueron entrevistados/as según criterios específicos

	Participantes	Edad	Sexo	Nivel educativo	Función/Cargo	Tiempo desempeño
Ayuntamiento 1 (Sevilla / 688.711 habitantes / CCAPM desde 2018)	PT1	56	Femenino	Enseñanza universitaria	Responsable del área de personas mayores	10 años
	PM2	74	Masculino	Formación profesional	Colaborador miembro del CPM	2 años
	PM3	76	Femenino	Enseñanza elemental	Colaboradora miembro del CPM	3 años
Ayuntamiento 2 (Jerez de la Frontera, Cádiz / 212.879 habitantes / CCAPM desde 2017)	PT4	49	Femenino	Enseñanza universitaria	Responsable del área de personas mayores	7 años
	PM5	64	Femenino	Enseñanza elemental	Colaboradora miembro del CPM	3 años
	PM6	72	Masculino	Enseñanza universitaria	Colaborador miembro del CPM	3 años
Ayuntamiento 3 (Granada / 232.208 habitantes / CCAPM desde 2018)	PT7	42	Femenino	Enseñanza universitaria	Responsable del área de personas mayores	1 años
	PM8	76	Femenino	Enseñanza universitaria	Colaboradora miembro del CPM	3 años
	PM9	80	Femenino	Enseñanza elemental	Colaborador miembro del CPM	4 años
Ayuntamiento 4 (La Palma del Condado, Huelva / 10.762 habitantes / CCAPM desde 2015)	PT10	36	Femenino	Enseñanza universitaria	Concejala de proyectos de desarrollo local	12 años
	PM11	89	Femenino	Enseñanza superior	Usuaría del Hogar del pensionista	2 años
	PM12	76	Masculino	Enseñanza superior	Colaborador miembro de la Junta directiva del Hogar del pensionista	2 años

Fuente: Elaboración propia

²PM hace referencia a las personas mayores entrevistas y PT a los y las profesionales responsables.

Procedimiento e instrumentos de producción de datos

Se realizaron 12 entrevistas en profundidad entre mayo y julio de 2019. El contacto y reclutamiento de los ayuntamientos andaluces participantes se desarrolló mediante una infórmate clave, la coordinadora de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables en España (IMSERSO). Tras la aceptación para colaborar, cada participante firmó un documento de consentimiento informado.

En dicho documento, se le informaba a la persona participante que el Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla, de conformidad con La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, incorporará sus datos a un fichero con titularidad de la Universidad de Sevilla. Asimismo, la presente investigación cumplió los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajustó a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios, así como explica la justificación de los riesgos y molestias previsibles para los participantes. Todo ello fue ratificado por el Comité Ético de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío perteneciente a la Red de Comités de Ética del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Con anterioridad al desarrollo de las entrevistas, solicitamos a los y las profesionales responsables la documentación de los proyectos de CCAPM, construyendo un guión de entrevista en base a un análisis documental. Todas las entrevistas fueron moderadas por la misma investigadora. Tras la transcripción de las entrevistas, la codificación y el análisis de datos se desarrolló con el software ATLAS.ti. Realizamos un análisis de contenido categorial temático, elaborando inferencias semánticas en base a datos discursivos empíricos (Krippendorff, 1990). Partiendo de datos textuales, construimos una serie de categorías organizadas por un criterio de analogía. El análisis se organizó en tres fases: pre-análisis, codificación y categorización (Vázquez, 1997). Posteriormente, la categorización permitió construir categorías emergentes a través de la agrupación de unidades textuales según un criterio semántico de similitud. Finalmente, la reconstrucción de significados se basó en el establecimiento analítico de relaciones entre las diferentes categorías semánticas. En esta investigación desarrollamos triangulación de método y de investigadoras (Denzin y Lincoln, 2002) con el fin de aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.

Resultados

Los cuatro ayuntamientos analizados difieren entre sí respecto al desarrollo de las acciones. Tres de ellos se encuentran aún en una incipiente fase del proceso (1º y 2º año), focalizados en la evaluación y la elaboración de un plan de acción. A pesar del compromiso por parte de estos ayuntamientos de desarrollar el proyecto completo, las dificultades burocráticas y de financiación están siendo un obstáculo para conseguirlo en tiempos ajustados.

Los resultados de esta investigación son organizados en torno a dos ejes de análisis. En el primero mostraremos aquellos aspectos facilitadores de la participación social de las personas mayores en los municipios analizados y, en el segundo, detallaremos las acciones y elementos que podrían estar limitando u obstaculizando el desarrollo de proyectos como el de CCAPM en el contexto local. Es decir, pondremos de manifiesto los facilitadores y barreras que los actores y actrices claves asocian a la promoción de la participación social en los municipios en términos de CCAPM. Cabe aclarar que estos se corresponden con los discursos de ambos tipos de informantes, las personas mayores colaboradoras además de los y las profesionales, por lo que se especificará cuando la información proceda sólo de una de las partes. A continuación, en la Tabla 3, detallamos cómo fue organizada y categorizada la información.

Tabla 3. Descripción de temas generales, subtemas y categorías

Tema	Subtema	Categorías
<i>Facilitadores de la participación de las personas mayores en el contexto de amigabilidad</i>	<i>Factores personales</i>	Desarrollo individual
		Demostración autovalía
		Oportunidad V.S. Acciones difíciles de realizar
		Trayectorias de participación
		Deseo de ser activos
	<i>Accesibilidad</i>	Canales de información ajustados
		Voluntad informativa
		Situación de fragilidad y comunicación efectiva
	<i>Género</i>	Nivel de implicación mujeres V.S. hombres
		Condicionantes para espacios de poder y toma de decisiones
	<i>Preferencias</i>	Conexión con el mundo
		Búsqueda de interacción e intercambio
		Reconocimiento/visibilización social
Convivencia comunitaria		
Aporte al bien común		
Autoorganización		
Intergeneracionalidad V.S. exclusividad		
Agencia		
Pseudoparticipación/espacios preestablecidos		

	<i>Rol de la administración pública</i>	<ul style="list-style-type: none"> Rol canalizador Protagonismo personas mayores Grado de especialización y sensibilización Trabajo colaborativo entre agentes Diálogo entre actores/actrices Liderazgo desde la igualdad Respeto a la temporalidad Evaluación permanente
<i>Barreras de la participación de las personas mayores en el contexto de amigabilidad</i>	<i>Acción política</i>	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia presupuestaria Falta de compromiso político Interés de los/as políticos/as V.S. interés de la ciudadanía Desvirtuación de la amigabilidad
	<i>Organización del proyecto</i>	<ul style="list-style-type: none"> Burocratización arraigada Desconocimiento sobre el cómo Desconexión entre áreas
	<i>Accesibilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> Barreras arquitectónicas Masificación de espacios Desajuste oferta/preferencias
	<i>Cobertura necesidades básicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de cuidados deficitaria Inseguridad económica
	<i>Rol de las personas mayores</i>	<ul style="list-style-type: none"> Imagen social estereotipada No solicitados/as socialmente Miedo a la vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia

Facilitadores para la participación social

Los potenciales facilitadores identificados por las personas entrevistadas están asociados a aspectos como los factores personales, la accesibilidad, el género, las preferencias sobre los espacios y el rol de la administración pública. Respecto a los factores personales, la motivación para participar proviene de la generación de espacios de confianza, donde desarrollarse individualmente y demostrar autovalía; espacios en los que las personas puedan desarrollar actividades difíciles de realizar en otras etapas de sus vidas, por el predominio de la cultura centrada en el trabajo. El acceso a esos espacios es favorecido por las trayectorias previas de participación y el deseo de mantenerse activos.

Es una cuestión también de actitud de ellos, de querer estar receptivos a ser activos. (PT4)

*Yo veo que las que participan son personas que siempre han participado y han sido muy reivindicativas cuando eran jóvenes, a lo mejor han pertenecido a los sindicatos. Y las que no participan yo creo que no han tenido posibilidades o no se abren a eso. (PT1)
Hay un porcentaje minoritario al que le interesa siempre la participación y el estar...*

Y hay otros a los que hay que ir creándoles confianza para que mejore su participación sociológicamente. (PM8)

En lo concerniente a la accesibilidad a los espacios de participación, especialmente entre las personas mayores entrevistadas, se insiste en la importancia de establecer una comunicación adaptada, con canales de información fluidos y no sólo centrados en el uso de las TIC.

Para los mayores el tema de Internet y eso, aunque lo practican mucho, no creo yo que usen el acceso a Internet desde su teléfono para captar información. Están más acostumbrados a recibirla en los centros. (PM9)

Sin embargo, hay divergencias sobre la responsabilidad respecto a esos canales y al acceso a la información. Por un lado, algunas de las personas entrevistadas señalan que se trata de una responsabilidad individual y que existen suficientes canales de difusión de la información pero que, en muchos casos, no existe la voluntad para informarse. Mientras que, por el otro, se recalca la falta de comunicación efectiva, sobre todo en relación con las personas en situación de vulnerabilidad. Específicamente, los y las profesionales apuntan que una vía para mejorar la accesibilidad es el desarrollo de un trabajo comunitario de prevención, inscrito en el marco de CCAPM, que permita acceder a las personas antes de que su situación de fragilidad se acreciente.

Una información amplia y difundirla al máximo, al máximo en todos los términos, pensando cuáles son los términos que maneja el mayor porque si vamos a utilizar solamente el tema internet y demás, olvídate de que a la gran mayoría de los demandantes de mayor necesidad les llegue. (PM8)

Respecto al género, los y las profesionales subrayan que la proliferación de ciertos espacios de participación se debe a la fuerte implicación de las mujeres. Sin embargo, esas mujeres continúan sin acceso a los espacios de poder y de toma de decisiones. Para enfrentar esa situación los técnicos y técnicas proponen como vía de solución el impulso de políticas de igualdad.

Si miras nuestro consejo la mayoría son hombres, siendo después las mujeres las que más participativas en todas las entidades, pero la verdad es que todavía los cargos de responsabilidad..., quién llega aquí al consejo es el presidente de la entidad. (PT1)

En relación con las preferencias de los espacios por parte de las personas mayores, subrayan que deben ser espacios que les permitan estar conectados con el mundo e integrados en la sociedad. Asimismo, expresan una búsqueda de espacios para su desarrollo personal donde sentirse cómodos, pero también la interacción con otros, los espacios como oportunidad de encuentro, de intercambio y de visibilidad hacia la comunidad.

Después, tener centros donde puedan relacionar la gente, puedan tener una convivencia adecuada, un intercambio de comunicaciones, que tú puedas decir: bueno estoy al tanto de lo que está pasando en el mundo o en mi propia zona. (PM5)

Para ello defienden que los proyectos de amigabilidad deben incorporar la creación de espacios comunitarios donde se promueva la convivencia y la aportación al bien común, y el consecuente reconocimiento social. Algunas personas señalan que, actualmente, en ocasiones, los propios espacios de participación formal, mayormente proporcionados por las instituciones públicas, favorecen el surgimiento de espacios no formales auto-organizados. En otros momentos, emergen formas de auto-organización ante la falta de estos espacios formales.

Lo organizamos nosotros por mediación de una agencia, la agencia nos pone a nosotros el precio del viaje y nos pregunta dónde queremos ir. Les decimos dónde queremos ir y nosotros ya apuntamos a la gente que quiere ir, pensionistas. (PM6)

Crear espacios para que eso se haga ¿no? Porque, claro, ¿cómo se hace? ¿A través de qué? La gente participa porque tú le creas espacios de participación también. (PT7)

Y el Consejo de Mayores es auto organizado, como organismo con sus asambleas, con su comisión ejecutiva, con su elección democrática de los miembros. O sea, que ¡más auto-organización que esta no puede estar! (PT1)

Con todo el tema este de las pensiones de los mayores, ellos se han movilizado y han sido ellos los que se han organizado para hacer las movilizaciones y se han hecho para ir a Madrid, para ir por todos los pueblos de la provincia. (PT1)

Para muchas personas entrevistadas, ajustar los espacios a las nuevas generaciones de personas mayores debe prever acciones que van más allá de la edad, es decir, focalizadas en actividades comunes entre diferentes grupos de edad. Frente a esto, algunas personas técnicas entrevistadas invitan a cuestionar el rechazo a la exclusividad de los espacios de personas mayores, argumentando que esa exclusividad es aceptada en otros tramos de edad.

No, no a mí no me importa si es más joven que yo, o es mayor que yo, o de mi edad, si estamos con gente [mayor] más joven mejor, más a gusto con gente más joven. Pero vamos que aquí respetamos la edad, aquí lo mismo hablas con el más joven,

que hablas con el mayor, que hablas con el que tiene tu edad, somos todos iguales. (PM6)

Si la gente joven se junta con gente joven y los niños se juntan con niños, ¿por qué vamos a negar que las personas mayores quieran o estén bien con personas de su misma edad, que están en su misma realidad? (PT4)

Tanto hombres como mujeres advierten del valor de contar en un contexto de amigabilidad, con espacios de escucha de las voces de las personas mayores, que favorezcan su participación en los espacios de toma de decisiones. Es decir, ponen el relieve el valor asociado a la generación de espacios de co-construcción de proyectos. Además, especifican el derecho a agencia como una exigencia proveniente del propio grupo de personas mayores, por ejemplo, con expresiones como: "no tener ese rol será algo que las personas mayores no van a permitir". Del mismo modo, alertan sobre el riesgo de los espacios de pseudo participación o participación dirigida, haciendo referencia a aquellos espacios que ya están preestablecidos y que no permiten el desarrollo espontáneo de dinámicas de participación.

Aquí hay colectivos sociales que tienen que ser tenidos en cuenta. No le vamos a decir lo que tienen que hacer, pero sí deben escuchar lo que queremos que se haga y bajo un diálogo sincero. (PM3)

Yo creo que es la sociedad, a través de las entidades, donde hay que buscar los cauces de participación, precisamente para dirigir esos esfuerzos. (PM5)

Yo creo que la participación ciudadana está muy dirigida. Porque tú no haces participación ciudadana como tal. Son tus tres ideas como equipo de gobierno y de las tres elige una. Yo no entiendo eso como participación ciudadana porque está dirigido. (PT10)

En lo referente al rol ejercido desde la administración pública en el proyecto de CCAPM, las personas entrevistadas subrayan que debe actuar como canalizador y favorecedor de participación; es decir, como un agente que vehicula las demandas, pero que otorga el protagonismo a las personas mayores. Asimismo, deben promoverse profesionales con capacidad de escucha, mediadora y con conocimiento de la realidad de las personas mayores. Los y las profesionales entrevistadas puntualizan la necesidad de contar con una mayor cantidad de recursos humanos y una mayor sensibilización en el conjunto de las organizaciones públicas. En esta misma línea, señalan la importancia de contar con órganos de gestión específicos, especializados y enfocados al área de personas mayores, que trabajen colaborativamente con otras áreas de actuación local, con agentes públicos y privados. La coordinación entre agentes, el consenso y el diálogo entre los actores implicados, así como la implicación ciudadana son señaladas como ejes básicos para que las personas mayores puedan apropiarse del

proyecto CCAPM. Considerando todo esto, las personas entrevistadas creen que deben existir liderazgos, pero en espacios igualitarios.

A mí me parece que son ellos los protagonistas, el ayuntamiento es el medio, pone las herramientas para que se haga y darles protagonismo realmente a las personas mayores en los diferentes ámbitos. (PT1)

Hay falta de comunicación. Cuando vas a foros técnicos, la falta de coordinación es una cosa que llevo escuchando hace 20 años. Tantas administraciones y tiene que haber un nexo en común. Y aunque partimos de ciertos documentos que nos facilitan esta coordinación, no es suficiente. (PT7)

Finalmente, las personas entrevistadas estiman que se trata de un proyecto que aporta prestigio, visibilidad y una metodología de trabajo a los municipios que lo incluyen en sus agendas políticas. Sin embargo, advierten que es conveniente ajustarlo a las necesidades del contexto, así como darles continuidad a estrategias de acción iniciadas previamente en el municipio. El proyecto de CCAPM es entendido como un medio para que las personas conecten con la comunidad, así como para que las ciudades se adapten física y relacionalmente a las personas mayores.

Que lo que vamos a hacer es intentar seguir, en todo lo posible, todas las recomendaciones del proyecto de ciudades amigables, aunque no nos vamos a someter estrictamente a las indicaciones, porque nosotros ya traemos nuestra trayectoria, y tampoco queremos que sea muy diferente. (PT4)

Tanto para los y las profesionales como para las personas mayores entrevistadas, lo novedoso de este proyecto radica en que pone el foco en las personas mayores y favorece la toma de conciencia sobre la realidad que estas viven. Sin embargo, resaltan la importancia de contar con normativas y políticas que avalen el proyecto. Asimismo, para que el proyecto de CCAPM pueda llevarse a cabo, establecen que debe respetarse un calendario que permita analizar en profundidad las temáticas a abordar y que fomente la evaluación permanente, la adaptación y la innovación continua.

Barreras para la participación social

La primera de las barreras para el ejercicio de la participación social desde la amigabilidad, señalada por las personas entrevistadas, es la insuficiente cobertura de las necesidades básicas. Esto se deriva, por un lado, de la falta de un sistema que asegure la provisión de los cuidados requeridos por las personas mayores en situación de dependencia. Y, por el otro, de la insuficiente seguridad económica, incrementada por la aportación continuada de ayudas económicas a familiares de generaciones descendientes.

Que tuvieran una pensión digna, porque después de estar trabajando toda la vida, que tengan que mantener a una familia con 600 euros, eso no es vivir, es malvivir. (PM3)

También señalan que el reducido presupuesto de las instituciones públicas para el desarrollo de actuaciones destinadas a la participación social desde el marco del CCAPM, difícilmente permitirá el cumplimiento de los compromisos políticos a nivel local.

Nos preocupa la falta de medios materiales y humanos. (PT7)

Las personas mayores entrevistadas muestran su rechazo a la politización de los espacios de participación, así como a la falta de continuidad del compromiso político y de los y las profesionales. Cuestionan que no se respeten los compromisos adquiridos por el ayuntamiento en su solicitud para formar parte del proyecto de CCAPM y que se paralicen la puesta en marcha y el desarrollo de estos programas. A la vez, señalan el impacto del nivel de sensibilización por parte de los técnicos y las técnicas.

Las intenciones que tenga o las ganas que tenga el político de turno, porque los técnicos se adaptan a lo que le dicen los mandos, entonces yo creo que de eso depende. (PM6)

Por otro lado, respecto a las dificultades para desarrollar acciones de participación social se señalan aspectos tan variados como los “eternos procesos de burocratización”, la desconexión entre áreas dentro de una misma institución o el exceso de tiempo en responder problemáticas básicas como, por ejemplo, la accesibilidad de las viviendas (“personas mayores atrapados en sus viviendas”). Los canales de información insuficientes y las barreras arquitectónicas son identificados como las principales limitaciones de la participación social de las personas mayores.

Es verdad que a lo mejor no ha sido algo súper rápido, pero creo que se debe al propio funcionamiento y mecanismos de la administración. Entonces no creo yo que se haya ralentizado, sino que son los propios procesos. (PT1)

Las personas mayores que, por circunstancias físicas, no pueden salir de su vivienda, no tienen ascensores, no tienen facilidad de accesibilidad y eso es un elemento muy duro. La propia normativa de la accesibilidad en la ciudad, encontrar los espacios necesarios para que las personas mayores participen sin menoscabo de nadie. (PM3)

Hay quien a través de la burocracia entorpece la gestión. La burocracia es algo necesario, pero la burocracia mal entendida como una forma de entorpecer la gestión eso no es bueno. (PT2)

En relación con la oferta de los espacios de participación, las personas mayores indican que el acceso a los espacios se puede ver obstruida por la saturación o la masificación, la escasez de la oferta y su insuficiente diversidad, así como por el grado de desajuste respecto a las inquietudes de las nuevas generaciones de personas mayores.

Respecto a cómo se sitúan las personas mayores en la comunidad, alguna de las personas mayores justifica esa decisión de no participar por un motivo: las personas mayores no se sienten solicitadas. También se señala el impacto de la imagen social estereotipada de las personas mayores (imagen asociada al inmovilismo y la apatía, la falta de conocimiento técnico, la pérdida de facultades, la rigidez o la eterna ociosidad como justificación para infravalorar sus aportaciones) que favorece que las personas no se identifiquen como parte del grupo de persona mayor. En este sentido, las personas entrevistadas también apuntan a cómo el miedo a mostrarse vulnerables conduce al aislamiento social en esta etapa.

Pero hay personas que no quieren mostrar a los demás sus debilidades y precisamente, a lo mejor, son aquellas personas que han sido las más fuertes, las más activas y ahora es como si ellas se sintieran mal demostrándole a los demás a qué condiciones han llegado. (PM9)

Entonces, no querer que se junten es como decir “es que ser viejo es malo, vamos”. (PT7)

Otra barrera para la participación de las personas mayores en un contexto de amigabilidad se vincula con los aspectos culturales relacionados con el género, producto de una sociedad patriarcal y machista, en la que la mujer queda relegada a un papel secundario. En general, las propias personas mayores afirman que el hecho de que las mujeres mayores no se sientan con competencias para desenvolverse en ciertos espacios las empuja a no salir de espacios privados donde se sienten seguras.

Las mujeres siempre seguiremos teniendo que demostrar más por fuerza. Porque el hombre es hombre y las mujeres pues estamos hechas de la costilla de Adán, somos un cachito del hombre. (PM5)

Si es verdad que en las asociaciones de mujeres siempre se ve que van, mujeres luchadoras, guerreras; y van como a contracorriente porque se le presentan las cosas con mucha dificultad. (PT1)

Finalmente, los y las responsables técnicas enfatizan el riesgo de desvirtuar el objetivo final del proyecto de amigabilidad si el proyecto se identifica

exclusivamente con el reto de eliminar las barreras arquitectónicas. A su vez, el desconocimiento del proyecto por parte del grupo de personas mayores dificulta el proceso de identificación con las acciones establecidas y, por tanto, el riesgo a responder a una motivación de los políticos y las políticas más que a un interés de la ciudadanía.

Se ha insistido en las asambleas y se ha dado la información, pero seguramente en las personas mayores (el proyecto de amigabilidad) no ha tenido todavía un calado. Entonces ahora mismo la dificultad es que la gente no sabe realmente qué es esto. (PT7)

Asimismo, otra de las desconfianzas asociadas a este proyecto radica en el desconocimiento sobre su dimensión operativa –cómo abordarlo– y en la falta de confianza en el mismo debido a su magnitud y a la ambición en sus objetivos. Es decir, se trata de un proyecto que conlleva la implicación y concienciación de todos los agentes sociales y estar en posesión de una serie de recursos.

El no tener confianza en él, es decir, no hay que asustarse, yo creo que no hay que asustarse de los problemas, lo que hay es que buscarle la solución más adecuada. Cuando presentamos el proyecto íbamos con el convencimiento. Al principio había menos, ahora hay más gente convencida de ello, hemos sido pesados. (PM5)

Discusión

Una de las claves para crear comunidades amigables que promuevan la participación social radica en entender la disposición de las personas mayores y de las organizaciones proveedoras de servicios hacia la perspectiva de la amigabilidad. En ese sentido, los resultados referentes a los casos analizados en el territorio andaluz muestran la importancia de examinar desde una mirada crítica las prácticas de intervención en torno a la promoción de la participación social de las personas mayores. A continuación, serán discutidos los principales resultados organizando el discurso en torno a tres bloques temáticos: claves para el ejercicio de la participación, rol de los agentes públicos en la promoción de la participación y, por último, la mirada interseccional y la atención a la diversidad en la participación social de las personas mayores.

Ejercicio de la participación

La promoción de los espacios de encuentro y de intercambio, los espacios de coproducción y el ejercicio de la agencia son los principales ejes de los discursos analizados. La ausencia de participación social en la vejez conllevaría una mayor probabilidad de aislamiento y soledad. Un fuerte predictor de estas situaciones se relaciona con las posibilidades de reconocimiento social, vinculado con la legitimación de la voz de las personas mayores (Barnes, 1999). Ahora bien, un

indicador que va más allá del mero reconocimiento es la capacidad de aporte a la comunidad. De los resultados se concluye que, acorde a lo observado por Villar et al., (2013), “las personas mayores continúan teniendo un interés elevado por realizar contribuciones a los contextos sociales en los que participan” (p. 903). En relación con esto, el sentido de utilidad y aporte a la comunidad se configuran como líneas de motivación para la participación. Desde una posición en la que no olvidan su derecho a recibir servicios, las personas mayores también reclaman su derecho a contribuir al bien común y exigen espacios donde llevar a cabo esas contribuciones. Así pues, surge la necesidad de sentirse no sólo reconocidos por la sociedad, sino “solicitados” por la misma.

Pero ¿cómo operativizar en la práctica esta necesidad/derecho? Para que las personas mayores se conviertan realmente en agentes sociales y de cambio, la vía que emerge es la oferta de espacios de encuentro e intercambio en la comunidad, de la que se desglosan dos niveles diferentes. En el primero, se plantea un espacio transgeneracional, alternativo a los entornos convencionales organizados según criterio de edad y en el que se facilite la interacción entre generaciones y la construcción de alianzas hacia metas comunes. Resulta interesante incluir aquí la reflexión que realiza Pérez-Salanova (2015) acerca de las limitaciones del uso exclusivo de la categoría edad, obviando otros factores que hagan referencia a la diversidad existente en las diferentes generaciones. La perspectiva de ir más allá del criterio de edad es muy significativa cuando nos referimos a la creación de comunidades amigables, puesto que el hecho de que sean amigables con las personas mayores implica asuntos que afectan a personas de todas las edades (Doran y Buffel, 2018). Así mismo, el hecho de visibilizar que las situaciones de fragilidad y vulnerabilidad pueden ser extrapolables a todos los grupos de edad, facilitaría procesos de identificación con el grupo y la reducción de la vergüenza social que pueden experimentar algunas personas mayores en ciertos espacios de la esfera pública.

El segundo nivel de análisis se centra en el ejercicio del trabajo colaborativo entre los diferentes agentes sociales involucrados en una comunidad. En este sentido, la efectividad de programas para promover la participación vendría mediada por la capacidad de diálogo entre los diferentes actores involucrados. Lo que refuerza la importancia de que las administraciones locales aseguren un contexto de política pública que considere a todos los agentes, incluyendo a las propias personas mayores (Lui et al., 2009). Al respecto, surge el debate sobre cómo construir los accesos y canales para crear foros de aprendizaje mutuo, intercambio y vínculo que incluyan a toda la comunidad (Buffel y Phillipson, 2016). En relación con ello, Menec y Brown (2018) exponen la importancia de incentivar las conexiones entre los diferentes programas que operan en la comunidad.

Esta investigación permite sostener que no basta con establecer puntos de encuentro entre los diferentes actores, sino que se deben fomentar espacios de

co-creación y coproducción donde las personas mayores se incorporen en todas las fases de los procesos, con la categoría de expertas sobre la realidad que les afecta. Esto es, expertas y actrices en la planificación, diseño, desarrollo e implementación de estudios y acciones (Foster y Walker, 2015). Lo que Doran y Buffel (2018) denominan realizar acciones “con” o “por” personas mayores y no “para”. Todo esto no es incompatible con la idea señalada por las personas entrevistadas de que la existencia de liderazgos locales es una condición valorada como necesaria para el desarrollo de la participación y su continuidad (Schneider y Moulaert, 2015).

Para alcanzar todo lo expuesto debemos ser capaces de romper con lo que sucede actualmente: las personas mayores en la comunidad proponen, pero no disponen. En otras palabras, sigue siendo un reto conseguir que las personas mayores tengan una agencia en la sociedad actual. En los discursos analizados se plantea el peligro que supone identificar “la consulta” como la vía por excelencia de participación. Ello significa centrar la participación de las personas mayores en una pseudoparticipación, que la aleja de incidir en la toma de decisiones. Aunque, a su vez, cabe destacar que en los discursos ese derecho a la agencia no es algo proporcionado por las instituciones o la comunidad: son las nuevas generaciones de personas mayores las que no permitirán que su voz quede fuera de los espacios de poder. En definitiva, la responsabilidad sobre la propia comunidad es percibida como un proceso colectivo que requiere una mirada interdisciplinar, intergeneracional e intercultural (Zúñiga et al., 2019).

Rol de los agentes públicos en la promoción de la participación social en la vejez

La institucionalización y burocratización de los procesos es contemplada como una de las grandes barreras para el desarrollo de programas de amigabilidad efectivos. Debemos alertar sobre la necesidad de alejarse de la rigidez, la asimetría de roles y los modelos tecnócratas en el trabajo con personas mayores. Incluso, según Zúñiga et al., (2019), el pertenecer a un proyecto definido como un espacio abierto a todos podría ser más inclusivo que pertenecer a un barrio o territorio. Es decir, el proyecto común puede tener la capacidad de potenciar los beneficios del sentimiento de pertenencia.

Por consiguiente, los resultados apuntan a que el agente público debería limitarse a realizar tareas de apoyo técnico, canalización de demandas y aportación de medios, que favorezcan la participación de la población que envejece. Al respecto, cabe preguntarse si los proveedores de servicios están preparados para abordar estas expectativas de participación social (Hewson et al., 2018) y si existe una sensibilización sobre el tema entre estos agentes sociales, que se acompañe de un compromiso y voluntad política continuada en el tiempo (Morales y Rebollo 2014).

El proyecto de CCAPM ha supuesto un cambio respecto al foco: la participación social de las personas mayores se incorpora en la agenda política. Se trata pues de construir una mirada donde las personas mayores dejen de ser “invisibles” (Pérez-Salanova, 2015). Adicionalmente, la amigabilidad en los ayuntamientos supone una vía de presión hacia respuestas coherentes con un compromiso de las instituciones públicas. Se trata de un proyecto que requiere transversalidad en los procesos y de la interconexión entre agentes para trabajar desde la proximidad y la cotidianeidad. Además, se recalca la importancia otorgada a la evaluación continuada y re-adaptación en base a los aprendizajes.

Interseccionalidad y la atención a la diversidad

En este apartado destacan tres condiciones clave: la situación de fragilidad, las particularidades de la nueva generación de personas mayores y la cuestión de género.

Muchos de los programas dirigidos a personas mayores centran sus objetivos en un perfil de persona mayor activa, excluyendo situaciones como la vulnerabilidad por limitaciones funcionales o socioeconómicas. Asimismo, se alejan del concepto de amigabilidad que rechaza el abordaje aislado de factores como la edad, el género, el nivel socioeconómico o el grado de fragilidad (Menec et al., 2011). Se olvida que, en variados aspectos, las personas mayores en situación de fragilidad no tienen aspiraciones muy diferentes a las de aquellas personas mayores que cuentan con mejores condiciones. No obstante, las principales dificultades para la incorporación de estos perfiles diferentes de personas mayores tienen que ver con el acceso a estas personas y su incorporación.

Por último, en relación con la cuestión de género, los análisis realizados reflejan que el envejecimiento no es neutral desde el punto de vista del género, existiendo factores sociales, culturales, económicos o profesionales que afectan diferencialmente a hombre y mujeres: el género funciona como un principio de organización social (Repetti y Calasanti, 2018). Se percibe un cambio respecto al rol social de la mujer, pero con una amplitud de retos a superar y frente a los cuales resultan imprescindibles políticas de igualdad que respalden acciones con perspectiva de género.

Conclusión

En síntesis, aunque este artículo analiza la realidad actual de las prácticas llevadas a cabo en un contexto determinado para la promoción de la participación social en la vejez, el estudio examina los desafíos a los que han de enfrentarse las administraciones para mejorar la participación social de las personas mayores y explora la visión de las propias personas mayores inmersas en tareas de colaboración sobre los procesos de amigabilidad.

Agradecimientos: Esta investigación ha sido posible gracias a la desinteresada colaboración de los y las diferentes responsables de los programas y ayuntamientos incluidas en la misma, de las personas mayores colaboradoras y, específicamente de la coordinadora de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables en España (IMSERSO).

Referencias

Barnes, M. (1999). Users as citizens: collective action and the local governance of welfare. *Social Policy & Administration*, 33(1), 73-90. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00132>

Buffel, T. y Phillipson, C. (2016). Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations. *Cities*, 55, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2016.03.016>

Buffel, T. y Phillipson, C. (2018). A Manifesto for the Age-Friendly Movement: Developing a New Urban Agenda. *Journal of Aging & Social Policy*, 30(2), 173-192. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1430414>

Del Barrio, E., Marsillas, S. y Sancho, M. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa: el papel de la amigabilidad/From active ageing to active citizenship: the role of friendliness. *Aula Abierta*, 47(1), 37-44. <https://doi:10.17811/ri-fie.47.1.2018.37-44>

Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2002). *The qualitative inquiry reader*. Sage.

Doran, P. y Buffel, T. (2018). Translating Research into Action: involving older people in co-producing knowledge about age-friendly neighbourhood interventions. *Working with Older People*, 22(1), 39-47. <https://doi.org/10.1108/WWOP-11-2017-0033>

Fitzgerald, K.G. y Caro, F.G. (2014). An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>

Foster, L. y Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>

Gilleard, C. y Higgs, P. (2010). Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Aging & Mental Health*, 14(2), 121-128. <https://doi.org/10.1080/13607860903228762>

Golant S. M. (2014). Age-friendly communities: Are we expecting too much? IRPP Insight. Sitio web de Institute for Research on Public Policy: <http://irpp.org/wp-content/uploads/assets/research/faces-of-aging/age-friendly/golant-feb-2014.pdf>

Hewson, J.A., Kwan, C., Shaw, M. y Lai, D.W. (2018). Developing age-friendly social participation strategies: service providers' perspectives about organizational and sector readiness for aging baby boomers. *Activities, Adaptation, & Aging*, 42(3), 225-249. <https://doi.org/10.1080/01924788.2017.1398034>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (23 de enero, 2023). Red de Ciudades y Comunidades Amigables en el mundo y en España. Sitio web de IMSERSO <https://ciudadesamigables.imserso.es/ayuntamientos-participantes/red-ciudades-comunidades-amigables-espana>.

Instituto Nacional de Estadística (13 de agosto, 2018). Cifras oficiales de población de los municipios españoles: Revisión del Padrón Municipal [Fichero de datos]. Sitio web de INE: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177011&menu=resultados&idp=1254734710990

Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 496-502.

Kendig, H., Elias, A.-M., Majwijiw, P. y Anstey, K. (2014). Developing age-friendly cities and communities in Australia. *Journal of Aging and Health*, 26(8), 1390-1414. <https://doi.org/10.1177/0898264314532687>

Krippendorff, K. (1990). Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Paidós Ibérica S.A.

Lui, C.W., Everingham, J.A., Warburton, J., Cuthill, M. y Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>

Majón-Valpueda, D., Ramos, P. y Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas*, 15(2), 53-63. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue2-fulltext-833>

Menec, V. y Brown, C. (2018). Facilitators and Barriers to Becoming Age-Friendly: A Review. *Journal of Aging & Social Policy*. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1528116>

Menec, V. Means, R., Keating, N., Parkhurst, G. y Eales, J. (2011). Conceptualizing age-friendly communities. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 479-493. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000237>

Morales, E. y Rebollo, O. (2014). Potencialidades y límites de la acción comunitaria como estrategia empoderadora en el contexto actual de crisis. *Revista De Treball Social*, 203, 9-22.

World Health Organization (WHO) (2023). Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Sitio web WHO: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Envejecimiento activo: un marco político (Pedro Regalado, trad.). *Revista Española Geriátrica y Gerontológica*, 37(52), 74-105.

Patton, M.Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283. <https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>

Pérez-Salanova, M. (2015). Envejecimiento y participación. Retos para un ejercicio plural de ciudadanía (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Phillipson, C. (2018). Developing age-friendly work in the twenty-first century: new challenges and agendas. *Working with Older People*, 22(1), 3-8. <https://doi.org/10.1108/WWOP-12-2017-0037>

Plouffe, L. A., Garon, S., Brownoff, J., Eve, D., Foucault, M.-L., Lawrence, R., Lesard-Beaupré, J.-P. y Toews, V. (2013). Advancing age-friendly communities in Canada. *Canadian Review of Social Policy/Revue Canadienne de Politique Sociale*, 2(68-69), 24-38. <https://doi: 10.1177/0149206312471388>

Plouffe, L.A. y Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: State and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 131-137. <https://doi: 10.1016/j.gaceta.2011.11.001>

Repetti, M. y Calasanti, T. (2018). 'Since I retired, I can take things as they come. For example, the laundry': gender, class and freedom in retirement in Switzerland. *Ageing & Society*, 38(8), 1556-1580. <https://doi: 10.1017/S0144686X17000174>

Schneider, M. y Moulaert, T. (2015). La participation citoyenne à l'épreuve du vieillissement territorial. Quatre études de cas de modèles d'intégration des aînés dans le Grand-Est Français. *CIDADES, Comunidades e Territórios*, 30, 1-14.

Steels, S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities*, 47, 45-52. <https://doi: 10.1016/j.cities.2015.02.004>

Vasilachis de Gialdino, I. (2006) (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Vázquez, F. (1997). El dispositivo de análisis de datos: El análisis de contenido temático/categorial. Manuscrito inédito. 1-11.

Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de psicología*, 29(3), 897-906. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>

Villegas, M. y González, F.E. (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas*, 10(2), 35-59. <https://doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-147>

Zúñiga, M., Salaberria, E. y Arrieta, F. (2019) An analysis of the role of communities in care systems co-created with older people. *Public Management Review*, 21, 1-20. <https://doi:10.1080/14719037.2019.1648699>

MEDIO AMBIENTE Y VEJEZ

Felipe Roboam Vázquez Palacios¹, Rodrigo Tovar Cabañas²

¹ *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.*

² *Instituto Interdisciplinario de Investigación, Universidad de Xalapa.*

Resumen

Nos proponemos reflexionar sobre la vejez y su entorno como uno de los desafíos pendientes en el estudio de la vejez y el envejecimiento en México. Partimos de que el cuerpo, al envejecer, configura tanto física como socialmente un entorno distinto (a la par con los cambios que va sufriendo el entorno a través del tiempo), y a su vez, el entorno también configura formas de envejecer particulares. La reflexión se lleva a cabo desde las ciencias sociales relacionando información con estudios ecológicos y geográficos que nos muestran la relación entre los organismos y su medio ambiente..

Palabras claves

Medio Ambiente, Envejecimiento, Vejez, Desafíos.

Introducción

La relación del proceso de envejecimiento con el entorno es una relación dinámica, de transformación mutua, simbiótica, donde las interacciones medioambientales incluyen los efectos que la luz, el calor o radiación solar, así como la humedad, el viento o el oxígeno, el dióxido de carbono, el agua, la atmósfera, incluso los nutrientes del suelo imprimen una fuerte interacción en el proceso de envejecimiento³.

³La relación entre los organismos y su medio ambiente son interacciones físicas y biológicas. Las físicas incluyen los efectos directos con el entorno dicha interacción suele ser denominada plasticidad fenotípica. Las interacciones de orden biológico incluyen los efectos que los organismos vivos, (principalmente plantas y animales), se producen mutuamente, dicha interacción también se le nombra interacción biológica. Actualmente se han clasificado más de una docena de este tipo de interacciones biológicas, de las cuales, para el caso de la biogerontología el parasitismo es uno de los más importantes.

Partimos de que el proceso de envejecimiento y la vejez, son una expresión del tiempo y del entorno, en donde podemos encontrar una mutualidad entre el ambiente, la vejez y el proceso de envejecimiento, que se manifiesta en la mezcla compleja cambios fisiológicos, conductuales, sociales y ambientales, en un proceso de (re)sintonización permanente. En este sentido, la satisfacción de las necesidades elementales en la vejez, dependen de la armonía que los individuos entrados en años tengan con sus prácticas productivas, las condiciones de su entorno y sus elementos socioculturales. Hay una mutua implicancia, que supone que envejecer es estar inmerso en procesos de re/adaptación, participación y re/capacitación constante con el entorno⁴.

Es útil mencionar que el conjunto o apreciación teórica de las interacciones ambientales en las ciencias duras, han dado origen a diversas teorías, tales como: la zona de vida, la biogeografía, la zona de habitabilidad, entre otras, de las cuales utilizaremos algunos de sus principios para documentar las interacciones medioambientales que han dado lugar a las zonas de longevidad.

Aproximaciones a la temática

Son los geógrafos y antropólogos los primeros en estudiar la interacción humano-ambiental, con la ecología cultural emergente en 1950 y la antropología ecológica en los años 60. En los años 70s, aparecieron la economía ecológica, la sociología ambiental, la historia ambiental, la filosofía ambiental, la ecocrítica literaria y la ecolingüística. En el decenio siguiente surgió la psicología ambiental, seguida de la ecopsicología y la ecología histórica en los años 90s (Informe Mundial sobre Ciencias Sociales: Cambios Ambientales Globales, 2013). También aparece la geografía ambiental y el derecho ambiental (en el año 2009), alrededor de los programas que la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) y el Instituto Nacional de Ecología (INE) desarrollaban. Desde la perspectiva socio-antropológica, los trabajos más destacados estuvieron influenciados por la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Aquí los trabajos antropológicos, tomaron los elementos conceptuales más esenciales para interpretar las relaciones complejas entre sociedad y los eventos climáticos destacando los factores que intervienen en ello, como la deforestación, la erosión, la pavimentación de grandes áreas urbanas, la extracción excesiva de agua del subsuelo que modifican, condicionan y amplifican las amenazas convirtiéndolas en amenazas socio-naturales (García, 1996). Con el desarrollo de las ciudades la temática se complejiza enmarcando la reflexión en los procesos de globalización y crisis ambiental caracterizada por la destrucción/degradación del entorno, tornando la problemática en un desafío urgente para

⁴Desde la ecología las interacciones ambientales se han estudiado en función de la escala temporal de observación y se subdividen en: sensoriales, culturales y científicas. Las sensoriales se perciben desde la vida cotidiana, tal como sensaciones de frío o calor; las culturales son producto de la transmisión del saber local, generalmente vinculadas a algún antídoto o remedio tradicional para determinada parasitosis; en tanto que las científicas sólo han podido constatarse mediante experiencia o experimentación, como el descubrimiento de la relación entre la radiación ionizante, la magnetosfera y el envejecimiento celular que advirtieron los científicos y cosmonautas rusos en la década de los años sesenta.

las ciencias sociales. Desde esta perspectiva creímos pertinente abordar la interacción vejez/ambiente, como una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del tiempo, sino también por cambios fisiológicos y ambientales que se estructuran con relación a procesos sociales y culturales, mediados por símbolos, representaciones y deseos. En otras palabras, la interacción vejez/ambiente la queremos pensar en procesos, acciones que se llevan a cabo en la vida cotidiana en un entorno determinado y en una etapa de la vida en donde se manifiesta con mayor evidencia los síntomas del envejecimiento.

En este sentido, la relación del hombre con su entorno vemos que ha ocupado una parte sustancial del análisis antropológico”. Fue con el determinismo ambiental y cultural de Kroeber (1952) y más claramente con Leslie White (1949) con la perspectiva ecológica, que se reconoce la influencia del entorno en la cultura. Y será Steward (1955), el precursor de la problemática ambiental en la antropología, señalando las interacciones entre el hombre y su cultura y el entorno. Para los fines que perseguimos en este trabajo, es Rappaport (1975), el primero en manifestar que: “el hombre al igual que los animales están indisolublemente ligados a medios ambientes y a los cuales deben adaptarse para no perecer” ...y “...aunque el hombre actúa en la naturaleza de acuerdo con sus conceptos y deseos, es sobre la naturaleza donde actúa, a la vez que ésta actúa sobre el hombre” p.271. Con dicha afirmación, Rappaport pone al proceso adaptativo como central en esta relación hombre/medio ambiente. Esta aportación nos pareció central en el proceso adaptativo que observamos de manera vital en las personas mayores, el cual viene acompañado de una mezcla de cambios fisiológicos, conductuales, sociales de la persona, así como de cambios ambientales que inciden de manera interdependiente en el proceso de envejecimiento. Así, por ejemplo, dentro de la geografía ambiental encontramos que los niveles de radiación ultravioleta aptos para la vida, han variado a lo largo de la historia evolutiva de la tierra, pasando desde los niveles excesivos que impidieron la formación de la bioquímica hasta los niveles de radiación UV de hoy en día que hacen posible la foto-reactivación del ADN. En ese sentido, podemos entender la estructura de la magnetosfera (zona exterior de la atmósfera terrestre), como barrera que regula la cantidad de energía que interactúa con el ADN; por lo tanto, en función de su distribución geográfica el campo magnético de la tierra teóricamente potencializa zonas de longevidad. Por ejemplo, en México debido a que el campo geomagnético gradualmente es más intenso en la porción norte del país, teóricamente allí las células de las personas mayores tienen la garantía de gozar de una mayor protección contra la radiación ionizante, en comparación con el sur del país.

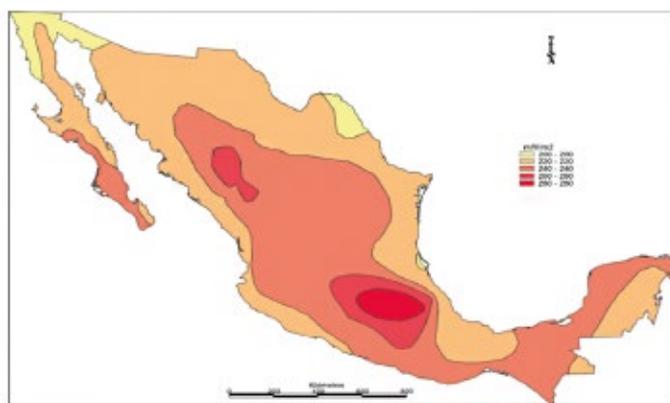
En este trabajo partimos de que la relación vejez/medio ambiente es una realidad heterogénea que presupone diversas interacciones y experiencias adaptativas de envejecimiento, pero también, la analizaremos como una experiencia que se

Por otro lado, respecto a las dificultades para desarrollar acciones de participación social se señalan aspectos tan variados como los “eternos procesos de burocratización”, la desconexión entre áreas dentro de una misma institución o el exceso de tiempo en responder problemáticas básicas como, por ejemplo, la accesibilidad de las viviendas (“personas mayores atrapados en sus viviendas”). Los canales de información insuficientes y las barreras arquitectónicas son identificados como las principales limitaciones de la participación social de las personas mayores.

La radiación ultravioleta B es la más perjudicial para las mitocondrias de la población mayor de 65 años ya que la exposición a largo plazo produce una degeneración molecular mediante dos tipos de daños fotoquímicos: daño inducido por radicales libres y daño por oxidación, ambos procesos reducen la eficiencia mitocondrial y deterioran la reparación del ADN mitocondrial hasta llegar a la apoptosis o muerte celular programada. De hecho, Skjærvø, Fossøy y Røskoft (2015) documentaron una correlación entre la actividad solar de los últimos cuatro siglos y la esperanza de vida al demostrar estadísticamente que las personas nacidas en momentos de alta actividad solar vivían, en promedio, 5.2 años menos que sus contrapartes, por lo que cabe destacar que en función de las diferentes áreas geográficas las personas están expuestas a diferentes niveles de UVB, por ejemplo, Valdés, Bonifaz, Riveros et al. (2013) modelaron la distribución geográfica de la incidencia de UVB para el caso mexicano.

El mapa 2 representa las regiones de mínima radiación ultravioleta, mostrando que los estados del norte, este y occidente de México cuentan con las mejores condiciones de clima espacial para que las células de las personas mayores desarrollen de forma natural la menor cantidad de células cancerígenas y de ceguera.

Mapa 2. Radiación ultravioleta B en México (1978-2003)



Fuente: Elaboración propia con base en Valdés, Bonifaz, Riveros et al. (2013).

Otra interacción de orden físico que nos ayudará a delimitar las zonas de longevidad en México, tiene que ver con los procesos geoquímicos que participan en la constitución molecular de las células y que potencializan la vida media de estas, nos referimos al caso del deuterio o agua pesada, el cual vamos a exponer a continuación.

Actualmente en los círculos de investigación se analiza cómo el hecho de tomar el agua indicada durante las distintas etapas de la vida, puede acelerar o frenar el metabolismo de las células que constituyen a los organismos, incluido el cuerpo humano. Se sabe desde 1939 que el óxido de deuterio tiene cierta relación con la biosíntesis y la prolongación de la vida media de algunos neurotransmisores, esto es particularmente importante ya que dicho óxido al parecer retarda el crecimiento de tumores. En efecto, a comienzos del siglo XXI, Mikhail Shchepinov (2007) concluyó que el deuterio o hidrógeno enriquecido actúa en el cuerpo fortaleciendo las células contra el ataque y deterioro provocado por los radicales libres, ataques vinculados con frecuencia al Alzheimer, Parkinson y otros trastornos que generalmente se presentan en edades avanzadas. Recientemente Ignatov y Mosin (2014) consideraron las posibilidades de extender la vida humana y reducir los errores de replicación genética mediante la selección y consumo del tipo de agua que bebemos.

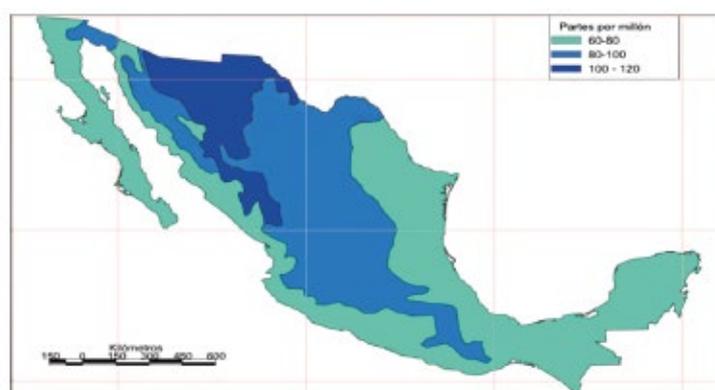
Actualmente con el avance de la tecnología nos estamos dando cuenta de la distribución mundial de los distintos óxidos de hidrógeno o aguas que beben los distintos asentamientos humanos, y con ello, podemos ir definiendo zonas propicias para la longevidad. Aunque cabe mencionar que este conocimiento ya lo sabían los campesinos desde hace mucho tiempo antes y en nuestros recorridos de trabajo de campo seguramente hemos encontrado ejemplos como el de la localidad del Espinal del Municipio de Naolinco Veracruz, donde la gente atribuye al agua de ciertos manantiales propiedades especiales que les hace vivir sanamente por muchos años. Y es que el agua pesada u óxido de deuterio, es una molécula de composición química equivalente al óxido de hidrógeno o agua, en la que los dos átomos del isótopo de protio, como también se le denomina al hidrógeno, son sustituidos por dos de deuterio (de modo que la fórmula química de tal molécula es: $2\text{H}_2\text{O}$, también suele expresarse como D_2O). La diferencia estriba en que el agua de deuterio contiene un protón y un neutrón, mientras que el agua de protio no tiene neutrón alguno en el núcleo.

En hidrología, las mediciones de las concentraciones naturales de deuterio sirven para rastrear el origen geográfico de las aguas de la Tierra, ya que tales isótopos, en el agua de lluvia, se concentran en función de la latitud, lo que permite identificar información general sobre tipos de clima, aguas subterráneas, aguas dulces o saladas. Los patrones geográficos de estos valores se trazan en mapas denominados isoscapes.

Barbour y Hammett (1939) sugirieron que las células con deuterio retardan la formación de proteínas, por lo que las células con errores de replicación genética, propias de la tercera edad, pero enriquecidas con deuterio al parecer retardan el crecimiento de tumoraciones. Por otra parte, Shchepinov (2007) teorizó que el deuterio fortalece las células contra el ataque provocado por los radicales libres vinculados con frecuencia al Alzheimer y al Parkinson. Mientras que Ignatov y Mosin (2014) concluyen que el agua de deuterio parece ser uno de los factores más importantes para la longevidad, por lo que es recomendable conocer la distribución geográfica de los isoscapes para contribuir a la delimitación de las zonas con las mejores condiciones naturales para la longevidad de cada región.

Como podemos observar el proceso de envejecimiento y la longevidad involucran fenómenos multifactoriales y complejos, desde factores internos o genéticos hasta características fenotípicas o externas al organismo, mismas que inciden en su adaptación al medio ambiente, tal como: la interacción con los radicales libres, la radiación, los isótopos pesados (tritio), así como la estructura y la composición isotópica de agua que se usa para beber. Desafortunadamente en México se conoce poco sobre la distribución natural del agua pesada, óxido de deuterio o agua de deuterio, y que es importante señalar que existen ciertas regiones (Ver Mapa 3), que, dada su latitud, son proclives a presentar trazas de deuterio por arriba de la media, por ejemplo, las regiones que presentan la máxima concentración de deuterio están en los estados del noroeste de México, lo que significa que esos estados son los que cuentan con las mejores condiciones geoquímicas para que las células de los adultos mayores desarrollen de forma natural la menor cantidad de células cancerígenas.

Mapa 3. Isoscape de deuterio de origen pluvial en México



Fuente: Elaboración propia con base en Hobson, Soto, Paulson et al. (2012).

La hidrología del siglo XXI se enfrenta a una nueva era de exploración nanométrica del territorio en búsqueda de trazas de óxido de deuterio, desde el punto de vista interdisciplinario, esta tarea es importante debido a la relación que guarda esta

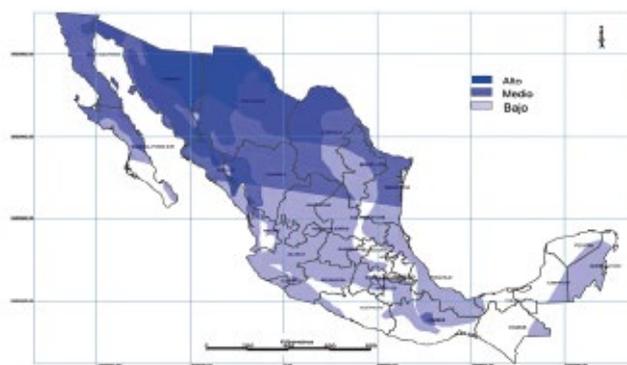
agua pesada con la salud y la longevidad. Recordemos que en México, en menos de una década existirán alrededor de una cuarta parte (más de 20 millones) de personas mayores, cuyo proceso de envejecimiento hacia la longevidad, en parte, estará vinculado al consumo del tipo de agua que se beba, ahora bien dado que el agua de deuterio se concentra en función de la latitud hoy sabemos que ciertas regiones del norte y noroeste del país son proclives a presentar trazas de deuterio por arriba del promedio, lo cual es un incentivo científico para sondear los procesos de longevidad en algunas áreas de los estados norteños como por ejemplo, el occidente de Durango, el suroeste de Chihuahua, y el este de Sonora.

Ciertamente es difícil ubicar las zonas con las características geofísicas y geoquímicas más favorables para la longevidad, puesto que se requiere de mucho esfuerzo interdisciplinario. Aunque es importante analizar los resultados en la medida de que se pueden contrastar con datos geográficos procedentes de otras investigaciones vinculadas, tales como: zonas con características epidemiológicas favorables para la longevidad y regiones con genotipos favorables para la longevidad, entre otras.

Con base en los resultados preliminares indicados en el mapa 4, existen tres zonas con las características geofísicas y geoquímicas más favorables para la longevidad natural, en orden descendente son: 1) noreste de Sonora, noroeste de Chihuahua y algunas porciones del occidente central y noreste de Sinaloa; 2) Noreste de Baja California Norte, occidente y noroeste de Sonora, suroeste y este de Chihuahua, Noroeste de Coahuila, noroeste de Sinaloa, occidente de Durango, oriente de Colima y centro de Oaxaca; c) centro sur de Nuevo León, Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Veracruz.

Lo anterior, quiere decir que, en términos naturales, esos estados son los que cuentan con las mejores condiciones geofísicas y geoquímicas para que las células de los adultos mayores desarrollen de forma natural la menor cantidad de deterioro celular.

Mapa 4. Potencial geomagnético, de deuterio y UVB para la longevidad



Fuente: Elaboración propia

Por el momento, la correlación cartográfica de las características geofísicas y geoquímicas, en parte, ayuda a definir las zonas geográficas isotemáticamente comparables (Mapa 4), en este caso para poder definir las regiones propicias para el análisis gerontológico es necesario ubicar las zonas con idéntico grado de potencialidad para la longevidad, de lo contrario comparar regiones con diferente potencial de longevidad acarrearía sesgos inadvertidos, es decir, hay que tener en cuenta que en un mismo estado se presentan condiciones distintas para la longevidad natural, tal es el caso de San Luis Potosí, Hidalgo, Puebla o Baja California Sur. En cambio, hay otros estados que pese a su gran tamaño presentan una homogeneidad en cuanto a la longevidad geofísico-química, tal es el caso de Veracruz.

Ahora bien, tal potencialidad geofísica y geoquímica natural para la longevidad, sólo es posible rastrearla en el censo de población del año de 1930, época en que la longevidad dependía en su mayor parte de las condiciones medioambientales, incluidos los hábitos alimenticios, puesto que en aquella época todavía eran en su totalidad de origen natural. El cuadro 1 indica, como era de esperarse conforme a la teoría expuesta, que los estados del norte de México, tales como Sonora, Sinaloa, Baja California Norte, así como Colima, eran en aquel momento los que contaban con la tasa de centenarios más alta de toda la república mexicana. Por ejemplo, para el caso de Sonora, por cada mil adultos mayores de 65 o más años existían, en teoría, alrededor de 14 personas con una longevidad superior a los cien años; el caso de Colima señala que por cada mil adultos mayores de 65 o más años, teóricamente existían 8 centenarios.

Cuadro 1. Tasa de personas mayores de 100 años por cada cien adultos mayores de 65 y más años, 1930

ESTADO	TASA DE CENTENARIOS
SONORA	1.48
NAYARIT	0.93
BAJA CALIFORNIA (DISTRITO NORTE)	0.87
COLIMA	0.82
SINALOA	0.79

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 1930.

Sin embargo, esa condición natural hacia 1950 cambió radicalmente, --y aunque por el momento se desconocen las causas--, estados con las características geofísicas y geoquímicas más bajas para la longevidad, son ahora los que aparecen como punteros, tal es el caso de Chiapas, en donde por cada mil personas mayores de 65 o más años existían, alrededor de 2 personas con una longevidad superior a los 95 años; el caso de Colima, por cada mil personas mayores de 65 años, existían la misma cantidad de personas mayores a 95 años que en Chiapas, dígame dos.

Cuadro 2. Tasa de personas mayores de 95 años por cada cien adultos mayores de 65 y más años, 1950

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MAYORES DE 95 AÑOS
<i>CHIAPAS</i>	2.39
<i>COLIMA</i>	2.33
<i>TABASCO</i>	2.28
<i>VERACRUZ</i>	2.20
<i>HIDALGO</i>	1.91

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 1950.

Para la década de los años setenta, en el censo no se registró la población quinquenal hacia los últimos eslabones de la pirámide de edades, sólo se cuenta con la información de población de 85 años y más (Cuadro 3). Aun así, la tendencia favorece a dos estados (Colima y Sinaloa) que teóricamente en función de sus condiciones geofísicas y geoquímicas contribuyen para lograr una longevidad. El caso de Colima comienza a ser notorio ya que por cada mil adultos mayores de 65 o más años que existían en la década de 1970, en teoría, alrededor de 12 personas tenían una edad superior a los 85 años.

Cuadro 3. Tasa de personas mayores de 85 años por cada cien adultos mayores de 65 y más años, 1970

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MAYORES DE 85 AÑOS
<i>Baja California Sur</i>	13.40
<i>Colima</i>	12.27
<i>Tabasco</i>	11.44
<i>Sinaloa</i>	10.84
<i>Aguascalientes</i>	10.69

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 1970.

Para 1990 la tendencia que hemos considerado natural, nuevamente cambió ya que estados con las características geofísicas y geoquímicas más bajas para la longevidad son los que aparecen como punteros, tal es el caso de Chiapas, Guerrero y Tabasco (Cuadro 4). Aunque en este caso se tiene la sugestión de que las políticas de asistencia social y de salud pública, luego de medio siglo de existencia, lograron impactar positivamente como para que la longevidad se dé en regiones donde históricamente no había ocurrido.

Cuadro 4. Tasa de personas mayores de 100 años por cada cien adultos mayores de 65y más años, 1990

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE CENTENARIOS
<i>CHIAPAS</i>	1.37
<i>TABASCO</i>	1.31
<i>GUERRERO</i>	1.02
<i>VERACRUZ</i>	0.92
<i>HIDALGO</i>	0.88

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 1990.

En la última serie analizada, correspondiente al censo de 2010, la potencialidad geofísica y geoquímica natural para la longevidad volvió a presentarse, sobre todo para el caso de Colima (Cuadro 5). Y aunque si bien es cierto que los tabulados básicos de dicho censo sólo cuentan con registros desagregados hasta los 85 y más años, al menos nos ayuda a comprender la tendencia de lo que viene ocurriendo históricamente en el país.

Cuadro 5. Tasa de personas mayores de 85 años por cada cien adultos mayores de 65 y más años, 2010

ENTIDAD FEDERATIVA	TASA DE MAYORES DE 85 AÑOS
<i>Tlaxcala</i>	12.13
<i>Colima</i>	11.86
<i>Michoacán</i>	11.70
<i>Zacatecas</i>	11.50
<i>Jalisco</i>	11.41

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2010.

Como vemos el proceso de envejecimiento puede entenderse como un diálogo entre personas mayores y medio ambiente, y aunque el confort bioclimático de este último en algunos casos no sea el óptimo queda compensado por ciertas prácticas culturales, que como en el caso de Loma Linda, California, Estados Unidos, aunque sea una de las regiones del planeta con el clima más extremoso, la longevidad centenaria de sus habitantes a dado de que hablar a nivel mundial.

Conclusión

Hasta aquí hemos expuesto la relación que tiene el medio ambiente en especial, los rayos del sol y el agua, con el proceso de envejecimiento, pero queremos dejar sentado que nos faltan los procesos de deterioro ambiental, con innumerables problemas de salud asociados con la pérdida de biodiversidad y los ecosistemas y por cambios bruscos por los efectos del calentamiento global y el cambio climático; que estarán asociados a procesos de industrialización, urbanización, marcados por un modelo de crecimiento insostenible, así como por la consecuente modernización que ha generado una severa crisis en diversos aspectos que ha hecho más difíciles las condiciones de vida especialmente en la vejez y que por cuestiones de tiempo en otra ocasión los abordaremos.

Nuestro propósito esta vez fue el de dar cuenta desde una perspectiva antropológica y geográfica la relación de las personas mayores en/con el medio ambiente, especialmente en una etapa de la vida en que menguan las capacidades, aparecen los achaques y donde se da una mayor centralidad en el espacio.

En consecuencia, la relación vejez/entorno es una relación dialéctica, siendo el entorno un producto de esas relaciones que los viejos han construido y modificado y a la vez un marco que ha incidido en la vejez. En este sentido, cada generación determina un modo particular de entorno y cada entorno un tipo especial de vejez.

A este respecto Godelier afirma:

“cada sistema económico determina un modo específico de explotación de los recursos naturales y de empleo de la fuerza del trabajo humano, y en consecuencia determina las normas específicas del ‘bien’ y ‘mal’ uso de tales recursos y de tal fuerza, es decir, una forma específica y original de racionalidad económica intencional” (Godelier, 1989:63).

Por tanto, la capacidad de adaptación específica que las personas entradas en años tienen que hacer, está en relación a (por adaptación se entiende la lógica material y social de explotación de los recursos y las condiciones de reproducción) los cambios físicos que sus particulares envejecimientos hayan tenido en sus condiciones físicas, como a los cambios en las contradicciones de las relaciones sociales de producción y reproducción, así como a los cambios ambientales que haya sufrido su entorno. Lo cual no implica que las personas ancianas puedan llevar a cabo nuevas estrategias para poder subsistir.

Si aceptamos lo anterior, dice Godelier, estamos reconociendo en el medio ambiente cierta independencia y autonomía o, lo que es lo mismo, estamos reconociendo que no todo es una construcción cultural. Pero creemos que los procesos de adaptación que llevan a cabo, en este caso las personas mayores,

implican procesos de autoconstrucción y reconstrucción de una realidad en donde están implícitas relaciones que mantienen con ellos mismos y con su entorno.

A este respecto Kottak (1999), ha señalado que las interacciones con el medio ambiente, se encuentran transformadas y reemplazadas por las propias transformaciones del mundo actual. Las migraciones, las tecnologías, la industria, la contaminación, etc., que han provocado la importación de valores y prácticas que por cierto han entrado a menudo en conflicto con los valores, ideas, de las personas mayores. Pero afortunadamente los cambios no son uniformes, ya que cada persona mayor tiene su propia experiencia, su propia adaptación y resistencia. Y esto lo hemos visto en el trabajo con las personas ancianas, donde hemos observado diversas manifestaciones de preocupación, incertidumbre, miedo, por lo que se espera para las futuras generaciones tanto en condiciones ambientales, como para ellos en cuanto a procesos de adaptación a nuevos entornos y condiciones físicas en su vejez. Si bien, en muchos de ellos hay una gran satisfacción, emoción y conectividad con el medio ambiente que les rodea, pues les permite generar inercias y agencias en la forma en que se vive la vejez en su lugar de origen, son innumerables sus recuerdos y vivencias, de muchos cambios de cómo se vivía, se disfrutaba, antes con respecto ahora, lo cual les permite significar su entorno.

Un desafío pendiente que tenemos en esta interacción vejez/entorno es cómo trabajar la incorporación de estos cambios en el entorno en la vejez, estas relaciones entre los discursos locales y los globales; cómo manejar el énfasis que las personas mayores quieren que tenga el manejo del entorno; cómo manejar las distintas lógicas ambientales y sociales que determinan nuestra vejez, creo que aquí se encuentran aportaciones que nos invitan a una nueva consideración sobre la interacción vejez/medio ambiente que va más allá de lo que nuestra disciplina puede dar.

Referencias

Ortiz Espejel, B. y Velasco Samperio, C. (coords) (2012). *La percepción social del cambio climático. Estudios y orientaciones para la educación ambiental en México*. Universidad Iberoamericana Puebla. México

Rodríguez-rodríguez, de paso V. (eds.). *Environmental Gerontology in Latin America and Europe. Policies and perspectives on environment and aging*. New York: Springer, 2016, p. 175-200.

Sánchez-González, Diego, Vicente Rodríguez-Rodríguez y Lydia Marcela Adame-Rivera (2016). “Entorno natural cotidiano y envejecimiento activo y saludable en el lugar” Ponencia presentada en: *VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios de Población, Foz do Iguacu (Paraná / Brasil), octubre*.

Vázquez Palacios, Felipe Roboam. 2016 “La percepción de los sucesos climáticos en una localidad rural en el golfo de México.” *Revista: Pueblos y Fronteras Digital*. Núm. 21. Vol. 11, pp. 114-143. UNAM. *Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur*. Disponible en internet: <http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/v11n21/FlipBook/index.html#p=190>

Barbour, H. G., & Hammett, F. S. (1939). Heavy water and longevity. *Science* (Washington), 90, 538-539.

Chalam, K. V., Khetpal, V., Rusovici, R., & Balaiya, S. (2011). A review: role of ultraviolet radiation in age-related macular degeneration. *Eye & contact lens*, 37(4), 225-232.

Chulliat, A., S. Macmillan, P. Alken, C. Beggan, M. Nair, B. Hamilton, A. Woods, V. Ridley, S. Maus and A. Thomson, 2015, *The US/UK World Magnetic Model for 2015-2020: Technical Report*, USA: National Geophysical Data Center, NOAA. Doi: 10.7289/V5TB14V7

Fanjul, M. (2013). *Neurobiología ecológica*. México: Siglo XXI.

García, E. (2004). *Modificaciones al sistema climático de Köppen*. México: Instituto de Geografía UNAM.

Hobson, K. A., Soto, D. X., Paulson, D. R., Wassenaar, L. I., & Matthews, J. H. (2012). A dragonfly ($\delta^2\text{H}$) isoscape for North America: a new tool for determining natal origins of migratory aquatic emergent insects. *Methods in Ecology and Evolution*, 3(4), 766-772.

Ignatov, I., Mosin, O. V., Velikov, B., & Bauer, E. (2014). Influence of isotopic composition of water with varying deuterium content in composition with mountain water of Bulgaria on human longevity. *Journal of Medicine, Physiology and Biophysics*, 7, 46-78.

Kroeber, Alfred [1952] (1993). "Los determinantes de la cultura". En *Antropología. Lecturas*. Paul Bohannan y Mark Glazer, eds. México: McGraw-Hill.

Kushner, D. J., Baker, A., & Dunstall, T. G. (1999). Pharmacological uses and perspectives of heavy water and deuterated compounds. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 77(2), 79-88.

Meyer-Rochow, V. B. (2000). Risks, especially for the eye, emanating from the rise of solar UV-radiation in the Arctic and Antarctic regions. *International Journal of Circumpolar Health*, 59(1), 38-51.

OMS. (2016). *Radiaciones ionizantes: efectos en la salud y medidas de protección*. 29 de abril de 2016. Ginebra: World Health Organization.

Rappaport, Roy (1975). "Naturaleza, cultura y antropología ecológica". En *Hombre, cultura y sociedad*. Shapiro, ed. México: F.C.E.

Shchepinov, M. S. (2007). Reactive oxygen species, isotope effect, essential nutrients, and enhanced longevity. *Rejuvenation Research*, 10(1), 47-60.

Shlermeler, Q. (2005). "Solar wind hammers the ozone layer". *News Nature*, doi: 10.1038/news050228-12

Skjærvø, G. R., Fossøy, F., & Røskaft, E. (2015). "Solar activity at birth predicted infant survival and women's fertility in historical Norway". *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 282(1801), 20142032.

Valdés-Barrón, M., Bonifaz-Alfonzo, R., Riveros-Rosas, D., Velasco-Herreora, V., Estévez-Pérez, H., & Peláez-Chávez, J. C. (2013). UVB solar radiation climatology for Mexico. *Geofísica internacional*, 52(1), 31-42.

Valentin, J. (2007). *The 2007 recommendations of the international commission on radiological protection* (pp. 1-333). Oxford: Elsevier.

White, Leslie [1949] (1993b). "La energía y la evolución de la cultura". En *Antropología. Lecturas*. Paul Bohannan y Mark Glazer, eds. México.

LOS ASPECTOS URBANOS Y SOCIALES PRESENTES EN LA EXPERIENCIA ESPACIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Martha Beatriz Cortés Topete

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Resumen

El envejecimiento urbano desencadena implicaciones en la salud y bienestar desde la escala vecindario, por lo que es necesario atender las barreras físicas y sociales que ponen en constante tensión las actividades en la vida cotidiana. La investigación, muestra las perspectivas en la comprensión del comportamiento del adulto mayor, en el entorno inmediato a su vivienda y la estrategia del envejecimiento en el lugar como medio para mantener la salud e independencia por el mayor tiempo posible. Se destaca el rol del trabajo interdisciplinario, que transforma la visión de la vida urbana en soledad y marginada, a una más esperanzadora en donde la experiencia espacial satisfactoria puede fomentar relaciones sociales en los espacios públicos y detonar oportunidades para envejecer exitosamente.

Palabras claves

Adultos Mayores, Espacio Público, Geografía del Envejecimiento, Gerontología Ambiental.

Introducción

El escenario contemporáneo del envejecimiento demográfico y la concentración de población en las ciudades, desencadena una serie de cambios en las prioridades de las políticas públicas, propuestas urbano-arquitectónicas y la ejecución de diversas estrategias que, en distintas líneas de acción, atiendan las implicaciones del entorno construido y los ámbitos sociales presentes en la salud urbana de la vida tardía.

Las ciudades experimentarán hechos sin precedentes en toda la historia del hombre, pues el aumento cuantitativo de los adultos mayores que envejecen en zonas urbanas no sólo se observará en las gráficas de evolución demográfica; sino que marcará consecuencias para atender la promoción de la salud del habitante urbano, ya que, el hecho de que el número de personas mayores haya aumentado, así como la esperanza de vida, no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. Entre las principales amenazas, la emisión de contaminantes, riesgo de inundaciones, deslaves, disponibilidad de agua potable, inaccesibilidad, vulnerabilidad ante el impacto de nuevos virus, de respuesta ante islas de calor/frío, etc. En suma, la búsqueda de la habitabilidad urbana, la satisfacción de las necesidades antrópicas y las condiciones óptimas para la supervivencia del humano.

Si bien, para el trabajador fuerte y sin ninguna limitante física, el transporte público pueda ser un factor decisivo en su acceso a distintos servicios y una mejor calidad de su vida diaria, para los niños, el acceso a parques y actividad física es fundamental para el desarrollo de destrezas generales como la coordinación, equilibrio, locomotoras, de vinculación emocional, de expresión, o descubrimiento del medio natural y cultural. Por su parte, para las personas adultas mayores el acceso a espacios de socialización, como mercados, plazas, jardines, cafés, ha resultado en ser un incentivador del bienestar en la vida tardía, de disminución de estados depresivos o reducción en el riesgo de incidencia de demencia (Kweon et al., 1998; Sugisawa et al., 2002; Scarmeas et al., 2001). *“En particular, el entorno urbano físico es de gran importancia para las personas de edad, debido a que, sustenta su potencial de calidad de vida y es importante recordar que la edad per se no es un tema aislado, ya que, si la ciudad funciona para ellos, de igual forma funcionará para otros grupos de edad (Phillips et al., 2004:147)”*.

Este escenario demográfico no tiene precedentes en la historia, para el año 2050 se estima que el número de adultos mayores aumente de 600 millones a casi 2,000 millones, el porcentaje se duplicará del 10% a un 21%. En el contexto latinoamericano, las proyecciones son aún más alarmantes, ya que, se estima que para el año 2050 la población mayor se multiplique por cuatro (UN, 2002), es decir, por primera vez en la humanidad habrá más personas mayores que niños.

Por lo tanto, es primordial, determinar los factores que fomentan el envejecimiento exitoso, aprender de las lecciones que han dejado los descuidos de los planificadores y de los nuevos retos que enfrentamos con el confinamiento dentro de la vivienda para prevenir la transmisión de virus. Sobre todo, por las desigualdades que se han incrementado desde finales del siglo pasado, por ejemplo en; acceso a la educación, a un empleo decente, a la representación política, de oportunidades, espacios de ocio, participación en la toma de decisiones, de acceso a servicios básicos de salud, educación, etc., También, estas inequidades están presentes en el espacio urbano, por ejemplo; con la construcción de fronteras invisibles que dividen zonas; las del centro, de la periferia, las de este, oeste, de abajo, etc., que desde su frontera física se convierten en barreras sociales, culturales y de exclusión económica.

En este sentido, Lawrence, R. J. (1996) defiende que la planeación urbana ha traído mejoras en las condiciones de habitabilidad. Sin embargo, que no todas las ciudades y vecindarios se han beneficiado en el mismo grado y en la misma línea, no todas las políticas urbanas han sido consideradas con la especificidad de su gente; niños, adultos mayores, y personas con discapacidad, es decir, ignoran la diversidad de su población y diseñan todas las intervenciones en base a una población promedio imaginaria. Además, de carecer de una evaluación en términos ecológicos, de salud, de las implicaciones económicas y la realidad de la situación actual con requerimientos de distanciamiento, con barreras arquitectónicas en banquetas, luminarias en mal estado, ausencia de bancas, sanitarios públicos, el bajo mantenimiento de parques, la inseguridad ciudadana y los estigmas negativos sobre la vejez.

“Para que un espacio sea habitable necesita reunir las condiciones que permitan habitarlo, las cuales se establecen en función del factor social y del momento histórico correspondiente; es, en este contexto en donde el concepto sustentable se presenta como parte de una de estas condiciones, con el fin de promover el uso eficiente de los recursos y poder disfrutar de un medio ambiente y un microclima que tengan la capacidad de satisfacer las necesidades humanas en cualquier escala territorial (Valladares et al., 2008:13)”.

Es por ello, que se hace hincapié en el estudio integral del entorno físico y del entorno social, ya que, ambos están presentes en la experiencia espacial de los adultos mayores y son necesarios para la comprensión de los retos y oportunidades que los ámbitos antrópicos requieren para contrarrestar las pérdidas en la vejez y mejorar las condiciones de habitabilidad en la escala vecindario. Por lo tanto, la familiaridad con el entorno, es decir, los lugares en donde desarrollan sus geografías de vida cotidiana, cobran importancia en la búsqueda de las mejores condiciones de habitabilidad en el vecindario, ya sea para realizar actividades utilitarias, como ir de compras, al banco, a la farmacia, etc., o para disfrutar de actividades recreativas, platicar en parques públicos, asistir a talleres

ocupacionales, practicar yoga, tai chi, o permitir actividades de aprendizaje y con esto fomentar una integración intergeneracional.

Para esto, se requiere determinar las condiciones físicas y sociales óptimas para la inclusión de la población adulta mayor, ya que, el tipo de planeamiento urbano aplicado, el tipo de calles y espacios públicos que diseñamos, pueden tener efectos directos en aspectos que afectan directamente a la salud de las personas, que median las experiencias, las oportunidades de envejecer exitosamente y que pueden afectar la calidad de vida de las personas mayores (Beltrán Rodríguez 2016; Vitman et al., 2014).

Además, el desafío de responder al incremento en la esperanza de vida de la población en mejores experiencias que permitan disfrutar de más años vividos con calidad supone la consideración de que el paisaje urbano genera constantes tensiones en la vida cotidiana de las personas mayores, asociadas a las limitaciones y a la pérdida de capacidades en la vida tardía y vulnerabilidades urbanas (Phillips, 2017). Los desafíos serán aún más complejos, nuevas epidemias, la creciente diversidad adultos mayores (género, socioeconómicas, raza, etnia, discapacidad, morbilidad, salud mental) también sumarán a las complejidades del contexto geográfico, en todas las escalas territoriales (Rosenberg y Wilson, 2017).

Por lo tanto, a medida que se produzca este cambio demográfico, las sociedades deberán adaptarse y proporcionar oportunidades para mantener poblaciones mayores que están libres de exceso de enfermedad y carga de atención médica. En este sentido, el conocimiento de las mejores condiciones de habitabilidad para la vida tardía debe basarse en la comprensión de conceptos guía, como desarrollo urbano sustentable, envejecimiento exitoso, en el lugar y salud urbana.

La literatura nos menciona que el mantenimiento de la independencia está relacionado con el cuidado de la salud y que éste último será el principal desafío que enfrentará la sociedad adulta mayor (Wang y Lee, 2010). Por lo tanto, el trabajo interdisciplinario, que vela por un objetivo común, tiene la capacidad de transformar la visión de la vida urbana en soledad y marginada que se vive actualmente a una más esperanzadora, en donde, la actividad física pueda ser desarrollada armoniosamente en la infraestructura urbana próxima a la vivienda, con horarios y planes por zonas, con programas flexibles que puedan adaptarse a distintas escalas, y así prevenir la transmisión o aparición de enfermedades, por virus, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, discapacidades y la depresión, ya que, se ha encontrado que las actividades físicas contribuyen a oportunidades sociales que mejoran el bienestar psicológico, la auto aceptación y el apego al lugar (Alves y Sugiyama 2006; Wang y Lee 2010; Yung, et al., 2016).

En este sentido, una perspectiva potencialmente positiva, es la iniciativa global de “ciudades amigables con la edad” de la Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2007). Esta iniciativa se basa en una red de 500 ciudades y 37 países alrededor del mundo para el intercambio de experiencias y conocimiento entre distintas ciudades y principalmente apoyar a las comunidades para encontrar estrategias de mejoramiento, adecuadas al contexto y sobre todo soluciones basadas en evidencias (contrastadas) (OMS, 2017). El proyecto de ciudades amigables con la edad comienza en 2006 y bajo el concepto de envejecimiento activo y exitoso, promueve procesos para optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad (Plouffe y Kalache, 2010), es decir, para mejorar las condiciones de las actividades de compras, cuidado a la salud, en el hogar, ocio, voluntariado, recreación y actividades sociales que son requisitos previos para el envejecimiento (Golant, 2017). Estas dimensiones incluyen apoyo comunitario y servicios de salud, espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información (ver Figura 1).

Figura 1. Áreas temáticas de las ciudades amigables con los mayores.



Fuente: Guía para las ciudades amigables con el Adulto Mayor (2007)..

Esta iniciativa es paralela a la política pública del desarrollo sostenible y ciudades armoniosas (UN-Hábitat, 2008), ya que enfatizan los valores; tolerancia, equidad, justicia social y el buen gobierno como principios esenciales de la planificación urbana.

Llegados a este punto, es importante mencionar que la evolución de las perspectivas en la comprensión de las necesidades de las personas adultas mayores en el entorno urbano, tiene su origen en la gerontología ambiental, la cual, centra sus investigaciones en comprender, explicar y optimizar la interacción entre las personas adultas mayores y su entorno, es decir, integra una visión holística en el entorno físico-social de la vida cotidiana en la vejez y considera que existen conexiones cognitivas y afectivas con el entorno físico que pueden condicionar la salud y bienestar (Wahl y Gitlin, 2007). Desde su creación, hace medio siglo, la gerontología ambiental se ha ocupado de las diferentes instalaciones en donde interactúan los adultos mayores, desde las adecuaciones de adaptabilidad para la vivienda, la gama de instalaciones para la atención institucional, el papel del vecindario, los entornos comunitarios y contextos socio-físicos rurales y urbanos (Wahl y Weisman 2003). Su desarrollo, tiene raíces en estudios sobre el individuo que anteriormente eran elaborados por la antropología, psicología y sociología.

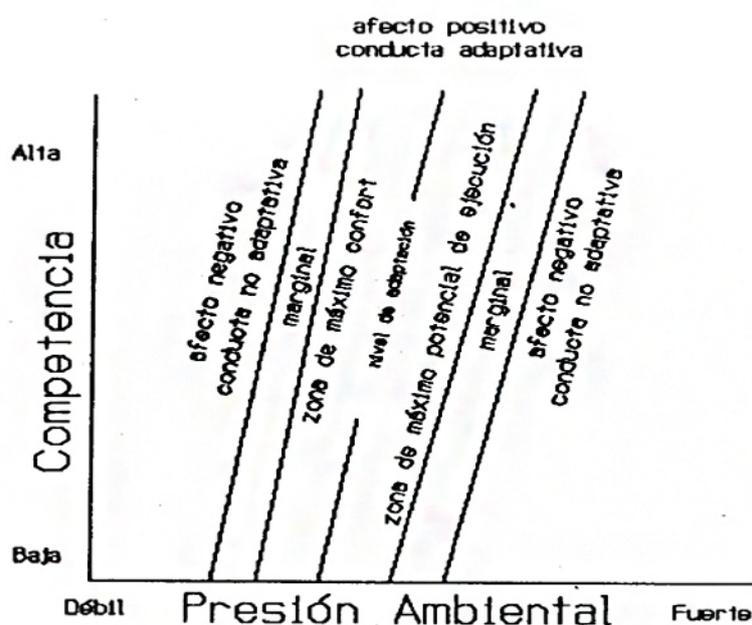
Gerontología Ambiental

La construcción teórica más representativa en el campo de la gerontología ambiental, el modelo ecológico de la competencia de Lawton y Nahemow (1973), se basa en la teoría del campo de Kurt Lewin (1935), una de las primeras propuestas teóricas y metodológicas basada en el concepto de investigación-acción para conocer los problemas de la vida cotidiana y considerar al investigador como un agente de cambio. Esta teoría, proponía que una persona interactúa con una “vida espacial” que incluye no sólo a la interacción entre una persona y el espacio físico, sino también con el espacio psicológico (Cvitkovich y Wister, 2001). Además, afirma que la conducta de la persona está determinada por la tensión entre las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y del ambiente psicológico en el que se sitúa, es decir, afirma que es imposible conocer el comportamiento humano fuera de su entorno. Lo importante de la teoría del campo, es la consideración de la situación global, es decir, encuentra útil, analizar conjuntamente todos los elementos y aspectos que conforman el comportamiento de las personas, por un lado, las interacciones entre pensamientos, emociones y por otro, el ambiente en el que la persona percibe y actúa (Wahl y Weisman, 2003). Asimismo, la perspectiva ambiental de esta línea de investigación, permitió el desarrollo y evolución del concepto rector de la gerontología ambiental; el modelo ecológico de la competencia (Lawton y Nahemow 1973; Lawton 1975; 1977).

Para el modelo ecológico de la competencia los autores consideraron que el principio central de la teoría, sería la congruencia que existe entre las capacidades del individuo y las demandas-recursos disponibles en el entorno. Así, la teoría ecológica de la competencia sugiere que el entorno pone un cierto grado de presión o estrés en los individuos (Lawton, 1977), ya que, a medida que la salud física disminuye, las personas adultas mayores son menos capaces de realizar sus

actividades y, por lo tanto, son más vulnerables a las fuerzas dentro del entorno (Engel et al., 2016). La presentación inicial del Modelo Ecológico de la Competencia parecía simple. El eje x del modelo representa la fuerza con la que el medio ambiente exige una respuesta de parte de la persona, -criterios objetivos y observables externamente- y en el eje y se representa la competencia -la demanda percibida por la persona- El valor de los incrementos de la presión ambiental varían de menor a mayor a medida que uno se mueve en el eje hacia la derecha. Por lo tanto, el ambiente más favorable sería aquel cuyo nivel de presión ambiental se situará en el límite del máximo nivel de competencia (Izal y Ballesteros, 1990). (Ver Figura 2).

Figura 2. Modelo de la interacción competencia-presión ambiental



Fuente: Elaboración propia con base en Valdés, Bonifaz, Riveros et al. (2013).

Un aspecto importante de la teoría ecológica del envejecimiento es la hipótesis de la docilidad (Lawton 1986), según la cual, se puede lograr un equilibrio entre la capacidad de la persona y la presión ambiental cambiando uno u otro componente, o ambos. Por lo tanto, incluso si la capacidad funcional de la persona se deteriora, la capacidad de actividad (es decir, una faceta del comportamiento) se puede mejorar reduciendo las demandas del entorno. Además, añade que tener una menor competencia personal, conduce a un mayor control de los factores ambientales al propio comportamiento o estado subjetivo de la persona adulta mayor. Esto se expresó de manera similar por Rowles, (1978) “Las barreras ambientales se vuelven más significativas, al enfrentarse con una disminución del estado fisiológico y de salud” (citado en Smith, 2009).

Para el año 1999 el propio autor Lawton amplió su modelo y desarrolló la hipótesis de la proactividad medioambiental, después de las críticas al modelo ecológico de la competencia, ya que, se consideraba prestaba mucha atención al medio ambiente y, por lo tanto, no contaban con la consideración de la agencia individual. En este sentido, se añadió la noción de que las personas pueden adoptar comportamientos proactivos para mantener el equilibrio adecuado entre las presiones ambientales y sus competencias en declive (Schwarz B, 2012).

Por otra parte, en la última parte del siglo XX, se desarrolla el modelo complementario de la congruencia (Carp, 1987) el cual, atribuye que las personas que tienen características de personalidad congruentes con los rasgos sociales y físicos del entorno donde envejecen pueden adaptarse mucho mejor a un entorno dado.

“Como Gubrium (1972) señaló las personas se sienten más satisfechas con ellas mismas y sus condiciones de vida cuando hay congruencia entre lo que otros esperan de ellos y lo que pueden esperar de ellos mismos” (citado en Fernández-Ballesteros, 2001).

Simultáneamente, la gerontología ambiental se vio influenciada por la crítica teórica de la geografía y la antropología. Por ejemplo Rubinstein y de Medeiros mencionan que los modelos existentes, arraigados en la base de la psicología ambiental, pasan por alto el importante papel que desempeña la cultura en la experiencia humana, es decir, destacan que el rol de la cultura, es decir, el lenguaje, narración, expectativas de uno mismo y los demás y las experiencias del pasado de un individuo (estatus social y similares) pueden servir como un marco de referencia, para conocer cómo se interpreta la experiencia humana en el espacio (Rubinstein y De Medeiros, 2004).

Tal perspectiva sugiere que la experiencia ambiental, es socialmente construida, informada por varios lentes culturales, y se basan en el concepto del “lugar”. Desde la gerontología, Gubrium (1978), define el lugar: “Por lugar, quiero decir ubicaciones geográficas, que se da por sentado tienen ciertos significados en ocasiones particulares cuando se reúnen personas específicas” (Gubrium, 1978).

Esta conciencia y atención generaron el planteamiento del marco ecológico del lugar / (EFP) Ecological Framework of Place (Díaz Moore, 2014), el cual define al “lugar”, con los tres criterios de Wahl y Lang, como un medio físico-social que involucra a la gente, entorno físico y el programa del lugar, todo catalizado por la actividad humana situada y reconociendo que pueden cambiar con el tiempo. En este sentido, Díaz Moore propone que el concepto del lugar debe ser visto como Canter (1986) mencionaba “los lugares son aspectos compartidos de la experiencia”, ya que, el lugar proporciona oportunidades para analizar a profundidad el papel que los lugares tienen en términos de identidad, de agencia y de sentido del uno mismo sobre el curso de la vida. “El marco ecológico del lugar

sostiene que no sólo el comportamiento está incrustado en los lugares en un sólo sentido, sino que también los lugares son formados a través de la co-actividad humana” (Díaz Moore, 2017).

En conjunto, el desarrollo de investigaciones en la interacción ambiental-adulto mayor, fomentan el estudio de las variedades de entornos que usan las personas mayores; en términos de composición del hogar (de las modificaciones de diseño, el estándar de vivienda, satisfacción residencial), del papel de los vecindarios (oportunidades y limitaciones para sus residentes), de la perspectiva de comunidad desde una perspectiva política y social más amplia , así como de la exploración del papel de los contextos físico-sociales en la macro escala, (el límite rural-urbano). En este sentido, Schwarz (2012) menciona que actualmente distintas disciplinas (psicólogos, sociólogos, geógrafos, trabajadores sociales, profesionales de la salud, arquitectos, diseñadores de interiores, planificadores comunitarios y responsables de políticas sociales) están interesadas en comprender los cambios en curso en la relación de las personas adultas mayores y sus entornos físico-sociales. Sin embargo, el pluralismo dentro de los enfoques teóricos confronta la investigación empírica y su aplicación. Además, a pesar de que, en las etapas iniciales de la evolución del campo, el núcleo del enfoque fue impulsado por la investigación aplicada, a lo largo de los años la orientación del campo se ha desplazado a una investigación teórica con enfoque positivista que centran los estudios en procesos predictivos independientes del contexto, a pesar de su propio reconocimiento de que el contexto del entorno físico-social es el corazón del campo, su esencia fundamental.

“La gerontología ambiental está impulsada por la búsqueda de soluciones y debe enfocarse en la actividad práctica generada en base a las prácticas cotidianas ligadas al contexto. Esto requiere metodologías holísticas de estudio de caso, de precedentes y ejemplos relacionados necesariamente y directamente con sus contextos locales reales. Por lo tanto, si la teoría científica, es por definición, independiente del contexto, la teoría está prohibida en una disciplina dependiente del contexto” (Schwarz, 2012:16).

También, este autor menciona que la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, la complejidad del entorno físico-social y las constantes interacciones dinámicas entre éstos, reduce la capacidad de producir una teoría acumulativa y productiva. Es por ello, que la contradicción entre las propiedades esenciales de la teoría científica y la naturaleza fundamental del campo compromete las aspiraciones de convertir a la gerontología ambiental en una ciencia normal.

Gerontología Geográfica

Las cuestiones de la vinculación de la investigación y la práctica han sido un desafío fundamental para los estudios de comportamiento ambiental. El problema ya ha

sido anunciado con anterioridad (Parmalee y Lawton, 1990; Sommer, 1997; Schwarz, 2012), argumentando que el campo estaba en una encrucijada y que su dirección futura dependerá de cómo se integra la teoría y la práctica. El problema principal, concuerdan, es la separación institucionalizada de la investigación y la práctica, ya que, comúnmente la posición positivista de que “la búsqueda de la teoría general precede a la aplicación” (Fishman, 1999), ha sido el factor más significativo entre las diferencias epistemológicas entre generadores de conocimiento y usuarios del conocimiento. Además, Friedman (2001) explicó que la ciencia positivista produce teorías que son demasiado complejas para que los practicantes las utilicen debido a requerimientos de precisión, control, objetividad y enfoque en los medios más que en los fines.

En este sentido, cobra relevancia la perspectiva propuesta de Schneekloth (1987) sobre retomar la estrategia basada en los principios de investigación-acción, el cual, fue acuñado hace más de 70 años por Kurt Lewin (1946), uno de los fundadores de la psicología social, y defensor de la construcción del conocimiento de manera colaborativa entre clientes, profesionales, consultores e investigadores, cuyo objetivo es producir conocimientos prácticos útiles para la vida cotidiana de las personas (Senge y Scharmer, 2001). "La investigación que no produce más que libros no es suficiente" (Lewin, 1946)".

Asimismo, hay argumentos desde el campo de la gerontología geográfica que establecen nuevas direcciones para enfatizar el valor de las investigaciones sobre los lugares y su relación con la experiencia humana en la vida tardía y la subjetividad. Esta perspectiva considera que los paisajes son objetivamente observables y creativamente imaginados, enfatizan el valor de la realización de la experiencia humana a través de “lugares”, postulan que los éstos pueden evocar una amplia gama de emociones, que van desde lo básico a lo complejo y de lo positivo a lo negativo (Kearns y Coleman, 2017), (Andrews, et al., 2017).

Además, los investigadores geográficos del campo, enfatizan que cada aspecto de cada persona mayor siempre debe entenderse situado en lugares dinámicos que son socialmente construidos. Es por ello, que los temas más importantes desde este campo de investigación son el apego al lugar y el sentido del lugar, ya que, se basan en la idea de que los adultos mayores con buenas conexiones con el lugar, pueden sentirse más seguros y bajo control, además de tener un sentido positivo de sí mismos, lo que deriva en estados mejores de bienestar y de envejecimiento (Rowles 1986; Rowles y Ohta 1983; Rowles y Ravdal 2002; Rubinstein 1989; Wiles 2017). (Figura 3).

Figura 3. Actividades culturales con tradición e inclusión. Baile típico la Jarana Yucateca, ejecutado por el club del adulto mayor en el espacio público de Mérida, 2019.

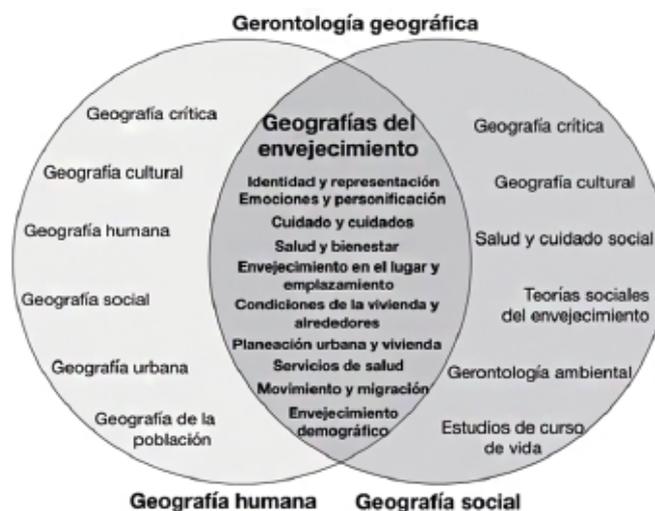


Fuente: Fotografía propia.

El enfoque de esta perspectiva contemporánea, permite acercamientos sobre la experiencia humana, incluyendo todo lo relacionado con el envejecimiento, ya que, el envejecimiento ocurre en un contexto, con cierta geografía, ya sea que se le considere como lugares, espacios, el paisaje y el territorio. En este sentido, la escala territorial es la base de futuros desarrollos en el campo. De hecho, los constructos geográficos han sido defendidos durante más de cuarenta años por geógrafos líderes como Stephen Golant, Glenda Laws, David Phillips, Graham Rowles y Anthony Warnes, así como gerontólogos líderes como Sarah Harper, Sheila Peace y Judith Phillips, y desde la psicología (Scheidt y Schartz 2013; Whal y Weisman 2003)

Así, el planteamiento propuesto por el campo, contempla investigar sobre los patrones espaciales del envejecimiento demográfico, el movimiento y la migración de poblaciones de mayor edad, los servicios de atención médica, sobre las condiciones de la vivienda y entorno urbano, experiencias de envejecimiento en el lugar, salud, cuidado y bienestar, sobre las emociones, identidad y representaciones de tales experiencias, (ver Figura 4) (Skinner et al., 2017).

Figura 4. Alcance de la gerontología geográfica



Fuente: Skinner et al., (2017) adaptado de Skinner et al., (2015). Traducción propia

El argumento central de la perspectiva geográfica permitirá nuevos acercamientos que ayuden a comprender los entornos, elementos del barrio y su vivienda, que apoyan al mantenimiento de su bienestar, de mejores experiencias, satisfacción y conexión en las diferentes etapas de la vida tardía.

Es importante mencionar que el desarrollo científico se basa en dos preocupaciones, la primera atiende la concentración y distribución de personas adultas mayores, a lo largo del tiempo, en el espacio, en donde no sólo se colocan y mapean las personas adultas mayores, sino también sus características cuantificables (estado de salud, esperanza de vida, etc.), la segunda es sobre las características distributivas de los servicios prestados para las personas mayores y los servicios generales que utilizan en el espacio (Skinner et al., 2017). También, la comunidad en este campo de investigación utilizan una serie de métodos no tradicionales para la evaluación del impacto del medio ambiente en el bienestar como; foto voz, sistema de posicionamiento global GPS, acelerómetros, sensores ambientales y mapeos tridimensionales con información cualitativa en el contexto específico en el que se levantan los datos de percepción y uso del entorno público (Stewart 2003; Kwan 2004; Davies 2015; Phillips 2017), con el objetivo de determinar los aciertos que son elementos claves para lograr el envejecimiento exitoso, los que apoyan la autonomía, la independencia y fomentan mejores percepciones individuales que el propio contexto en el que se vive, así como la producción de visualización de toda esta información para que los principales responsables de la toma de decisiones, el diseño espacial, los sistemas de asistencia social y salud puedan recoger esta información y proyecten líneas de acción para atender con prioridad los desafíos actuales y futuras necesidades de las personas adultas mayores (Andrews et al., 2017).

Por otro lado, la perspectiva de los gerontólogos geográficos, defiende que en el contexto del vecindario, referida a nuestras conexiones dentro y fuera de los lugares donde vivimos (Lovell, 2017), se desarrollan dinámicas en que los actores entrelazan la familiaridad con sentimientos de apego al lugar e identidad, los cuales, pueden interferir positivamente en su bienestar y sentido de continuidad, ya que, en los vecindarios se dan forma a las realidades conductuales y afectivas de los residentes, esto de acuerdo a referencias históricas o basadas en tradición y costumbres regionales (Bittencourt et al., 2015). En este sentido Rowles, (2017) añade, que el apego sensorial y los beneficios de un espacio físico familiar puede compensar déficits individuales y señala que el desafío es reconocer y reforzar, tanto como sea posible, la identificación personal con el lugar de las personas adultas mayores.

En consonancia, el concepto del envejecimiento en el lugar busca minimizar la pérdida de sentido de identidad, de seguridad y de apego a su comunidad. Su perspectiva se basa en generar todas las facilidades para envejecer en la vivienda y el vecindario en donde se vivió toda la vida, ya que, si se envejece en el hogar, los entornos familiares, llenos de apego, contactos sociales y recipientes de recuerdos, pueden desempeñar el papel de mantenimiento de la identidad, seguridad, de apropiación a un espacio y de la participación significativa en la sociedad (Nancye, 2004); (Cortés-Topete, 2013).

Además, el envejecimiento en el lugar, es la estrategia preferida de muchos gobiernos porque facilita los objetivos sociales y políticas del sector público, pues argumentan que los servicios de salud son menos costosos que si se les proporcionará servicios en algunas instalaciones de cuidado a largo plazo (Golant, 2017). En la misma línea, Davies (2011) menciona que el concepto tiene objetivos económicos, sociales, pero también de soporte físico, ya que, se requiere modificar y optimizar la relación existente entre el diseño del entorno físico-social de sus casas y del entorno público abierto de sus barrios, para así permitir la permanencia de las personas adultas mayores en su vecindario por el mayor tiempo posible.

Según, Alves y Sugiyama (2006) durante el proceso de envejecimiento existe una pérdida gradual de roles sociales, atribuido a la muerte de amigos y familiares, por lo que defienden que es de gran importancia crear estrategias para la interacción social y se puedan crear nuevos roles sociales que ayuden en el mantenimiento positivo de su bienestar. Por ejemplo, en un estudio a gran escala en Japón y Estados Unidos, se demostró que las personas mayores con mayor número de contactos sociales reportaron menos síntomas depresivos (Sugisawa et al., 2002).

Similarmente, la investigación de Kong et al., (1996) encontró que ser conocido y conocer a otros, es un medio por el cual las personas adultas mayores acumulan crédito social, lo que fortalece aún más su vinculación a su lugar. Por su parte, Bjornsdottir, (2012) constata el papel de la familiaridad, como un facilitador de la

vida en un barrio, ya que, menciona que vivir en un entorno conocido y con conocidos, promueve la concepción positiva de autoeficacia y autoestima.

Dado que en esta etapa de la vida se suele pasar más tiempo en casa, el envejecimiento en el lugar tiene la capacidad de fomentar mejores estados de salud, de proveer entornos públicos diseño inclusivo; con buenas banquetas, cruces señalizados, disponibilidad de bancos y sanitarios, etc. También puede impulsar actividades físicas como la caminabilidad, ya que, al tener una variedad próxima y atractiva a destinos populares como restaurantes, bancos, tiendas de comestibles, parques, mercados, etc., las personas son influenciadas a caminar (Giles-Corti et al., 2005; Van Cauwenberg et al., 2016) y así combatir el confinamiento en las viviendas, el sedentarismo y el combate al estigma sobre la visión de la vejez como una etapa en decadencia.

Un estudio en Irlanda demostró que las personas que viven en barrios de uso mixto, orientados a los peatones, ofrecen más opciones para caminar y una mayor oportunidad para que los vecinos se reúnan al aire libre, tienden a conocer mejor a los vecinos y participar en actividades sociales con más frecuencia que los que viven en barrios dependientes del automóvil (Leyden, 2003) (ver Figura 6).

Figura 6. Zona comercial en planta baja de departamentos impulsa la caminabilidad e interacciones Turín, Italia.



Fuente: Fotografía propia

En la misma línea, Kweon et al., (1988) mostró que en los espacios abiertos al aire libre juegan un papel importante para mantener y ampliar las redes sociales entre los miembros de la comunidad, ya que, en parques, áreas verdes, mercados, zonas turísticas, etc., se presentan oportunidades para que los adultos mayores puedan

interactuar entre personas pertenecientes a distintas generaciones y grupos sociales lo que proyectaría mayor cohesión social, mitigar tensiones, mejorar percepciones de seguridad, disposición de ayuda en caso de emergencia y un cambio en el estigma sobre la vejez, ya que también, las actitudes negativas hacia las personas adultas mayores son una barrera para salir al aire libre (Phillips et al., 2013).

Si bien, la importancia del envejecimiento en el lugar para las personas adultas mayores radica en las oportunidades para generar conexiones sociales, así como la apreciación por el entorno físico (Wiles et al., 2011; Golant 2017), la realidad es que para que ellos cumplan su deseo de envejecer en su propia comunidad y obtengan el sentido personal de “estar en su lugar” o “interioridad” (Rowles, 1993), se requiere de prácticas, que potencien la movilidad en el entorno urbano (Wiles, 2017) que trabaje para incrementar el tamaño del mundo social de las personas mayores y así las conexiones emocionales ya sea por una historia ligada al lugar, por espiritualidad o identidad propias de un entorno familiar.

Conviene subrayar, que la perspectiva de los gerontólogos ambientales y gerontólogos geográficos recomiendan la participación de los residentes de mayor edad como coinvestigadores en la exploración de sus conocimientos y habilidades para estimular el desarrollo de iniciativas adaptadas a la edad (Buffel y Phillipson, 2017). “En todas las escalas, la participación de las personas adultas mayores es necesaria para diseñar servicios apropiados y reconocer cómo las comunidades pueden ser accesibles e inclusivas en las diferentes etapas de la vida (Lovell, 2017)”.

Por otra parte, entre las perspectivas para las acciones que deben seguir las sociedades que envejecen, destaca la OCDE (2015) con sus recomendaciones para tener una visión a largo plazo para sus habitantes, con base en la acción de gobernanza entre los distintos actores y niveles de gobierno, que trabajen más allá de los tiempos fragmentados que son impuestos por tiempos políticos para desarrollar indicadores para medir en envejecimiento urbano para que las ciudades puedan entender qué punto del camino se encuentran, construir una integración intergeneracional, rediseñar el área urbana para aumentar el atractivo, la transitabilidad, el bienestar y en consecuencia, revitalizar la economía (Phillips, 2017).

Espacios Públicos

También, la perspectiva de la Nueva Agenda Urbana (2016) pretende un ideal común, un futuro mejor, con igualdad de derechos, de acceso a los beneficios y oportunidades presentes en las ciudades. Este ideal se refiere a la igualdad de uso y disfrute de las ciudades, en el plan de aplicación de Quito para la Nueva Agenda Urbana 2030, resalta el objetivo 11, que busca que las ciudades y los asentamientos

humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. Esta agenda, integra el concepto de equidad de manera clara y pretende promover la inclusividad y garantizar que todos los habitantes, tanto de las generaciones presentes como futuras, sin discriminación de ningún tipo, puedan contar con calidad de vida en las ciudades, bajo los fundamentos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados internacionales de derechos humanos, la Declaración del Milenio y el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005.

Entre sus objetivos, se comparte el ideal de promover la creación de espacios públicos seguros, inclusivos, accesibles, incluyendo calles, banquetas, ciclovías, plazas, malecones, parques, etc, de calidad, accesibles para todos, libres de delincuencia y violencia, para que sean zonas para la interacción e inclusión social, la salud y el bienestar humano, es decir, para garantizar el desarrollo humano, sociedades participativas promotoras de la inclusión social (UN-Habitat, 2016)”.

De igual modo, la importancia del acceso a los espacios públicos cobra relevancia en la vida tardía, debido a que, el mantenimiento de la vida independiente, está asociado a llevar una vida activa, al acceso a alimentos de calidad y al equilibrio entre el medio natural y ambiente social de las personas mayores. Concretamente, la Asociación de la enfermedad de Alzheimer de Hong Kong (2015), resalta que una de las prevenciones más efectivas de la demencia es mantenerse activo y tener una interacción fuerte con otras personas. Asimismo, Sugiyama y Thomson (2008) demostraron que la actividad física genera efectos positivos en el funcionamiento cognitivo de las personas adultas mayores (Yung, 2016). Por su parte, la OMS (2002) refiere que el concepto de envejecimiento activo depende de una variedad de relaciones entre la salud física, determinantes conductuales, personales, sociales, económicos y las características del entorno, persiguiendo la finalidad de disminuir la vulnerabilidad de desarrollar un envejecimiento patológico.

“En estos lugares públicos la familiaridad brinda el sentido de identidad con el lugar y ésta se ve reforzada por la interacción de diferentes generaciones que, a través de actividades intergeneracionales, proporcionan a los adultos mayores experiencias compartidas en su comunidad” (Thang y Kaplan, 2013).

En la misma línea, la experiencia espacial de envejecer en el lugar tiene la capacidad de restringir o apoyar la independencia en la vida tardía y por tanto, la importancia de la planificación urbana a nivel vecindario es crucial para la atención de las necesidades cambiantes a lo largo de todas las etapas de la vida, con uso efectivo de los recursos limitados y de empoderamiento a los habitantes mayores, para que ellos, superen las barreras ambientales del deterioro urbano y puedan marcar la diferencia en su calidad de vida, ante desigualdades y pobreza con espacios seguros e inclusivos que generen bienestar.

Sobre todo, porque en general a las personas adultas mayores les resulta cada vez

más difícil absorber, organizar la información y enfrentar los estímulos medioambientales, lo que conlleva a restricciones con efectos psicológicos. Por ejemplo, el aumento de inseguridad ante la pérdida de capacidad física y psicológica puede reducir su espacio vital cotidiano, aunado el aislamiento social y la pérdida de roles sociales aumentan pueden limitar el aventurarse a ir más lejos (Kong et al., 1996).

De manera que, para compensar las restricciones ambientales y los efectos psicológicos que pueden restringir la oportunidad de envejecer exitosamente y así mantener su independencia, se requiere comprender las actitudes, necesidades y capacidad de la escala vecindario para garantizar oportunidades equitativas en el acceso libre de barreras a los entornos públicos. El reto será compensar las pérdidas naturales propias de la vejez, fomentar la integración intergeneracional y aprender de las adaptaciones exitosas a los entornos públicos a través del tiempo.

Aquí conviene subrayar, que la asociación entre la independencia (la capacidad de vivir en el vecindario sin ayuda de otras personas) y la autonomía (la habilidad de controlar, adaptarse y poder tomar decisiones personales sobre la vida cotidianamente, según sus preferencias y propias reglas), son los elementos claves para lograr un envejecimiento exitoso.

Como se ha dicho, el entorno físico es el escenario donde los individuos se desarrollan en sociedad, asociado a las conductas aprendidas y pensamientos característicos de grupos humanos, es la identidad cultural la que otorga vínculos y valores con el entorno que pueden ser significativos en el desarrollo pleno de la vejez.

En este sentido, no se puede analizar la experiencia espacial sin considerar por un lado las influencias de los atributos del entorno físico-construido, entre ellos; la existencia de barreras arquitectónicas, proximidad desde la casa a distintas amenidades, opciones de movilidad, cruces peatonales, iluminación adecuada, entornos limpios y agradables, acceso a la naturaleza, ambientes saludables asociado a contaminantes, señalización urbana legible, disponibilidad de sanitarios públicos, mobiliario urbano adecuado, calidad ambiental, etc. En estos campos encontramos los estudios de (Bittencourt 2012; Bjornsdottir et al., 2012; Borst et al., 2009; Burton y Mitchell 2006; Li et al., 2005; I'DGO 2010; Krause 2004; Iwarsson et al., 2013; Ståhl 2008; Takano 2002; Sugiyama y Thompson 2008, 2009; Moran, et al., 2014; Mitra et al., 2015; Van Cauwenberg et al., 2016).

En cuanto a las influencias de las funciones sociales engloban la distinción de los componentes presentes en un “lugar” y las necesidades sociales; edad, género, nivel de estudios, discapacidad, limitaciones funcionales, ocupación, estado civil, la percepción de salud, felicidad, seguridad, inclusión social, participación ciudadana, red de apoyo, sentido de apego al lugar, de identidad, motivación y

frecuencia de uso de los espacios, etc. En este campo (Rowles y Bernard 2013; Holland 2007; Falk 2010; Wennberg et al., 2009; Mollenkopf et al., 2006; Phillips 2013; Rubinstein y Medeiros y Corregidor 2005; Sánchez-González 2009; Peace et al., 2005, 2006, 2013; Thang y Kaplan 2013; Fadda, et al., 2010).

Conclusión

Por tanto, el papel de diseñadores urbanos, planeadores, arquitectos debería estar orientado a trabajar con las necesidades de las personas, en todas las etapas de la vida, particularmente en la escala vecindario, ya que, el rol democratizador del espacio público puede compensar la falta de disposición individual y motivar la actividad física (Jack y McCormack, 2014)

Por todo esto, los entornos públicos sin planeación tienen la capacidad de disuadir la caminabilidad, aumentar temores de delincuencia y con ello restringir la independencia. Por el contrario, los diseños del entorno público que son orientados a peatones, consideran la continuidad y calidad de las aceras, conectividad entre tiendas, farmacias, bancos, mercados, presencia de rampas, mobiliario urbano adecuado, la accesibilidad a paradas de autobús etc., facilitarían las actividades de la vida cotidiana en la vida tardía y promovería oportunidades para el envejecer exitosamente.

Referencias

- Andrews, G. J., Cutchin M. P. y Skinner M. W. (2017). Space and Place in Geographical Gerontology: Theoretical Traditions, Formations of Hope. En *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches* 42-71.
- Alves, S., y Sugiyama, T. (2006). Inclusive design for getting outdoors: findings for other researchers.
- Beltrán Rodríguez, M. (2016). La importancia de la vitalidad urbana. The importance of urban vitality. *Ciudades*. Instituto Universitario de Urbanística. Universidad de Valladolid, 19(1), 217-235.
- Bittencourt, M. C., do Valle Pereira, V. L. D., y Pacheco Jr, W. (2012). The elderly in the shopping centers: The usability study of semipublic spaces as attractiveness generator. 41(1), 4163-4170.
- Bittencourt, M. C., do Valle Pereira, V. L. D., y Júnior, W. P. (2015). The Usability of Architectural Spaces: Objective and Subjective Qualities of Built Environment as Multidisciplinary Construction. *Procedia Manufacturing*, (3), 6429-6436.
- Bjornsdottir, G., Arnadottir, S. A., y Halldorsdottir, S. (2012). Facilitators of and barriers to physical activity in retirement communities: experiences of older women in urban areas. *Physical therapy*, 92(4), 551-562.
- Borst, H. C., de Vries S. I. J., Graham, M. A. van Dongen Jef E. F., Bakker I. y Miedema H.M. (2009). "Influence of Environmental Street Characteristics on Walking Route Choice of Elderly People". *Journal of Environmental Psychology* 29 (4): 477-484.
- Buffel, T., y Phillipson, C. (2017). Urban ageing: New agendas for geographical gerontology. En *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*; Skinner, MW, Andrews, GJ, Cutchin, MP, Eds, 123-135.
- Burton, E. y Mitchell L. (2006). *Inclusive Urban Design. Streets for Life*. Oxford: Architectural Press
- Canter, D. (1986). Putting situations in their place: Foundations for a bridge between social and environmental psychology. En A. Furnham (Ed.), *Social behaviour in context* 208-239.
- Carp, F. M. (1987). Environment and aging. In D. Stokols y I. Altman (Eds.) *En Handbook of environmental psychology* (1) 330-360

Cortés Topete, M. B. (2013). Entornos públicos atractivos y personas adultas mayores en la ciudad de Aguascalientes, México (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Cvitkovich, Y., y Wister, A. (2001). A common of four person-environment fit models applied to older adults. *Journal of Housing for the Elderly*, 14(1/2), 1-25.

Davies, A. J. (2011). Ageing in Place: Challenges, Opportunities and the Spatial Implications. En, *Geographies of Ageing. Social Processes and the Spatial Unevenness of Population Ageing* 11-125

Davies, J. (2015). The virtual and the physical. NESTA, web log post, 22 October 2015. Available from: www.nesta.org.uk/blog/virtual-and-physical. Consultado 04 abril 2019

Diaz Moore, K. (2014). An ecological framework of place: Situating environmental gerontology within a life course perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*, 79(3),183-209

Diaz Moore K. (2017). Environment and ageing. En *Geographical Gerontology* 7 158-175.

Engel, L., Chudyk, A. M., Ashe, M. C., McKay, H. A., Whitehurst, D. G. T., y Bryan, S. (2016). Older adults' quality of life – Exploring the role of the built environment and social cohesion in community-dwelling seniors on low income. *Social Science and Medicine*, (164) 1-11.

Fadda, G., Cortés, A., Olivi, A., y Tovar, M. (2010). The perception of the values of urban space by senior citizens of Valparaiso. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 344-357.

Falk, Hanna. 2010. *There Is No Escape from Getting Old. Older Persons. Experiences of Environmental Change in Residential Care*. Gotemburgo: University of Gothenburg

Fishman, D. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York: New York University Press

Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13(1), 40-49

Friedman, V. (2001). Action science: Creating communities of inquiry in communities of practice. In P. Reason y H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice* (pp. 159-170). Newbury Park, CA: Sage

Giles-Corti, B., Broomhall M., Knuiman M., Collins C., Douglak., Ng K., Lange A., y Donovan R. (2005). "Increasing Walking – How Important is Distance to, Attractiveness, and Size of Public Open Space?". *American Journal of Preventive Medicine* 28 (2): 169-176

Golant, S. M. (2017). Explaining the ageing in place realities of older adults. En *Geographical Gerontology* 189-202

Gubrium, J.F. (1972): Toward a socio-environmental theory of aging. *Gerontologist*, (12), 281-357.

Gubrium, J. (1978). Notes on the social organization of senility. *Urban Life*, 7(1), 23-44.

Holland, C., Clark, A., Katz, J., y Peace, S. (2007). Social interactions in urban public places. En *The Open University* (12).

Inclusive Design for Getting Outdoors (I'DGO). 2010. *A Built Environment for All Ages*. Coventry: The University of Warwick.

Iwarsson, S., Ståhl A. y Löfqvist C. (2013). "Mobility in Outdoor Environments in Old Age". En *Environmental Gerontology. Making Meaningful Places in Old Age*, editado por Graham D. Rowles y Miriam Bernard, 175-198.

Izal, M., y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(2), 181-198.

Jack, E., y McCormack, G. R. (2014). The associations between objectively-determined and self-reported urban form characteristics and neighborhood-based walking in adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 1-11.

Kearns R. y Coleman T.M. (2017) 22 Ageing landscapes Real and imagined. En *Geographical Gerontology* 481-501.

Kong, L., Yeoh, B., y Teo, P. (1996). Singapore and the experience of place in old age. *Geographical Review*, 529-549.

Krause, Neal. 2004. "Neighborhoods, Health, and Well-Being in Late Life". En Focus on Aging in Context: Socio-Physical Environments. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, editado por Hans-Werner Wahl, Rick J. Scheidt y Paul G. Windley, 223-249.

Kweon, B. S., Sullivan, W. C., y Wiley, A. R. (1998). Green common spaces and the social integration of inner-city older adults. *Environment and behavior*, 30(6), 832-858.

Kwan, M-P. (2004). GIS methods in time-geographic research: Geo computational and geo visualization of human activity patterns. *Geografiska Annaler: Human Geography*, 86(4), 267-280.

Lawence, R. J. (1996). Wanted: designs for health in the urban environment. *World Health Forum*. 17. (4) 363-366.

Lawton, M.P., y Nahemow L. (1973). Ecology and the aging process. In *The psychology of adult development and aging*, ed. C. Eisdorfer and M.P. Lawton, 619-674.

Lawton, M.P. (1975). Competence, environmental press and adaptation. En P. G.

Windley, T.O. Byerts y G. Ernst (Eds.): *Theory development in environment and aging*. Gerontological Society

Lawton, M.P. (1977). The impact of the environment on aging behavior. En L.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold.

Lawton, M. P. (1986). *Environment and aging*. Albany, NY: Center for the Study of Aging

Leyden K M, (2003), "Social capital and the built environment: The importance of walkable neighborhoods" *American Journal of Public Health* (93) 1546-1551

Lewin, K. (1935): *A dynamic theory of personality*. New York, McGraw Hill.

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, (1), 34-46.

Li, F., Fisher, K. J., Brownson, R. C., y Bosworth, M. (2005). Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 59(7), 558-564.

- Lovell, S. A. (2017). Ageing communities. En *Geographical Gerontology* 149-161
- Mitra, R., Siva, H., y Kehler, M. (2015). Walk-friendly suburbs for older adults? Exploring the enablers and barriers to walking in a large suburban municipality in Canada. (35) 10-19.
- Mollenkopf, H., Baas, S., y Kaspar, R. (2006). Outdoor Mobility in Late Life: Persons. *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age*, 33-45.
- Moran, M., Van Cauwenberg, J., Hercky-Linnewiel, R., Cerin, E., Deforche, B., y Plaut, P. (2014). Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 79.
- Nancye, H. B. (2004). Healthy ageing in the community. En D. R. Gavin J. Andrews, *Ageing and Place. Perspectives, Policy, Practice* 98- 109.
- OMS. (2007). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores. Una guía*. Suiza: WHO Press, World Health Organization.
- OMS (2017). Organización Mundial de la Salud. Adhesión a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores (GNAFCC).
- Parmalee, P., y Lawton, M.P. (1990). The design of special environments for the aged. In J. Birren y W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 464-488). San Diego, CA
- Peace S., Holland C. (2006). *Environment and Identity in Later Life*. London: Open University Press.
- Peace, S. (2013). Social interactions in public spaces and places: A conceptual overview. En *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*, ed. G.D. Rowles and M. Bernard, 25-49. New York: Springer Publishing Company
- Peace, S., Holland C. y Kellaheer L. (2005). The Influence of Neighborhood and Community on Well-Being and Identity in Later Life: An English Perspective. En H. C. Graham D. Rowles, *Home and Identity in Late Life* (págs. 297-315). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Phillips, D. R., y SIU, O. L. (2004). Ageing and the urban environment. En *Ageing and place: Perspectives, policy, practice* Routledge Taylor y Francis. (pp. 147-163).
- Phillips, J. (2013). "Older People's Use of Unfamiliar Space". En *Environmental Gerontology. Making Meaningful Places in Old Age*, editado por Graham D. Rowles y Miriam Bernard, 199-223. Nueva York: Springer.

Phillips, J. E. (2017). 6 Planning and design of ageing communities. *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*.

Plouffe, L., y Kalache, A. (2010). Towards global Age-Friendly cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*, 87(5), 733–739

Rosenberg, M. W., y Wilson, K. (2017). 5 Population geographies of older people. *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*.

Rowles, G.D. (1978). *Prisoners of space? Exploring the geographical experience of older people*. Boulder: Westview Press.

Rowles, G. D., y Ohta, R. J. (1983). Emergent themes and new directions: Reflection on aging and milieu research. In *Aging and milieu* 231–239

Rowles, G. (1986). The geography of ageing and the aged: Towards an integrated perspective. *Progress in Human Geography*, 10(4), 511–539.

Rowles, G. D. (1993). Evolving images of place in aging and ‘aging in place’. *Generations*, 17(2), 65–70.

Rowles, G. D., y Ravdal, H. (2002). Aging, place, and meaning in the face of changing circumstances. *Challenges of the third age: Meaning and purpose in later life*, 81–114.

Rowles, G. D., y Bernard, M. A. (Eds.). (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. Springer Publishing Company.

Rowles, G. D., Skinner, M., Andrews, G., y Cutchin, M. (2017). Being in place, identity and place attachment in late life. *Geographical Gerontology: Concepts and Approaches*. New York, NY: Routledge, 203–215.

Rubinstein, R. L. (1989). The home environments of older people: A description of the psychosocial processes linking person to place. *Journal of Gerontology*, 44(2), S45–S53.

Rubinstein, R.L. and De Medeiros, K. (2004) Ecology and the aging self in H.W. Wahl, R.J. Scheidt and P.G. Windley (eds) *Aging in Context: Socio-physical environments*, (23) 59–84

Rubinstein, R.L., and K. Medeiros. (2005). Home, self and identity. In *Home and identity in late life: International perspectives*, ed. G.D. Rowles and H. Chaudhury, 47–62. New York: Springer Publishing

- Sánchez-González, D. (2009). Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: El caso de Granada. *Papeles de Población*, 15(60), 175–213
- Scarmeas, N.; Levy, G.; Tang, M. X.; Manly, J. y Stern, Y. (2001): Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, vol. 57 (12). 2236-2242.
- Scheidt, R. J., y Schwarz, B. (Eds.). (2013). *Environmental Gerontology: What Now?* Routledge
- Schneekloth, L. (1987). Advances in practice in environment, behavior, and design. In E. Zube y G. Moore (Eds.), *Advances in environment, behavior, and design* (1), 307-334
- Schwarz, B. 2012. Environmental gerontology: What now? *Journal of Housing for the Elderly* 26(1-3)
- Senge, P., y Scharmer, O. (2001). Community action research: Learning as a community of practitioners, consultants, and researchers. En P. Reason y H. Bradbury Eds., *Handbook of action research: Participative inquiry and practice* 238-249
- Skinner, M. W., Cloutier, D. and Andrews, G. J. (2015). Geographies of ageing: Progress and possibilities after two decades of change. *Progress in Human Geography*, 39(6), 776–799.
- Skinner, M. W., Andrews, G. J., y Cutchin, M. P. (Eds.). (2017). *Geographical gerontology: Perspectives, concepts, approaches*.
- Smith, A. (2009). Ageing in Urban Neighborhoods: place attachment and social exclusion. 242.
- Sommer, R. (1997). Utilization issues in environment-behavior research. In G. Moore y R. Marans (Eds.), *Advances in environment, behavior, and design: Toward the integration of theory, methods, research, and utilization* (Vol. 4, pp. 347-368). New York: Plenum Press.
- Ståhl, A., Carlsson, G., Hovbrandt, P., y Ivarsson, S. (2008). “Let's go for a walk!": identification and prioritization of accessibility and safety measures involving elderly people in a residential area. *European Journal of Ageing*, 5(3), 265-273
- Stewart, JE., 2003, “Geographic Information Systems in Community-Based Gerontological Research and Practice”, in *Journal of Applied Gerontology*, 22 (1).

Sugisawa H., Shibata H., Hougham G. W., Sugihara Y., Liang J. (2002) "The impact of social ties on depressive symptoms in U.S. and Japanese elderly" (58) 785-804
Sugiyama, T. y Thompson C. W. (2008). "Associations between Characteristics of Neighbourhood Open Space and Older People's Walking". *Urban Forestry y Urban Greening* 7 (1): 41-51.

Sugiyama, T., Thompson, C. W., y Alves, S. (2009). Associations between neighborhood open spaces attributes and quality of life for older people in Britain. *Environment and Behavior*, 41, 3-21.

Takano, T., Nakamura K. y Watanabe M. 2002. "Urban Residential Environments and Senior Citizens' Longevity in Mega City Areas: The Importance of Walkable Green Spaces" 56 (12): 913-918.

Thang, Leng y Matthew S. Kaplan. 2013. "Inter- generational Pathways for Building Relational Spaces and Places". En *Environmental Gerontology. Making Meaningful Places in Old Age*, editado por Graham D. Rowles y Miriam Bernard, 225-251.

UN. (2002). *United Nations Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* Madrid: Editorial, New York. <https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>
UN-Habitat. (2008). *State of the World's Cities Report 2008/2009 – Harmonious Cities*, Earthscan, London.

UN-Habitat. (2016). *Nueva Agenda Urbana*. In *Hábitat III. Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible*. <https://doi.org/ISBN:978-92-1-132736-6>

Valladares, R., CHÁVEZ, M. E., & MORENO, S. (2008). *Elementos de la habitabilidad urbana*. Seminario Internacional de Arquitectura y Vivienda. México, UADY

Van Cauwenberg, J., De Bourdeaudhuij, I., Clarys, P., Nasar, J., Salmon, J., Goubert, L., y Deforche, B. (2016). Street characteristics preferred for transportation walking among older adults: A choice-based conjoint analysis with manipulated photographs. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 1-17.

SVitman, A., Iecovich, E., y Alfasi, N. (2014). Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. *Gerontologist*, 54(2), 177-189.

Wahl, H.W., y L.N. Gitlin. 2007. Environmental gerontology. In *Encyclopedia of gerontology*, ed. J.E. Birren, 494-502.

Wahl, H. W., y Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millenium: Reflection on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43(5), 616–627.

Wang, Z. y Lee, C. (2010). Site and neighborhood environments for walking among older adults. *Health Place* 16 (6), 1268–1279

Wennberg, H., Ståhl A. y Hydén C. (2009). “Older Pedestrians Perceptios of the Outdoor Environment in a Year-Round Perspective”. *European Journal of Ageing* 6 (4): 277-290.

Wiles, J.L., A. Leibing, N. Gubernan, y J. Reeve. (2011). The meaning of “Aging in Place”. *The Gerontologist* 52(3): 357–366

Wiles J. (2017). 4 Health geographies of ageing. *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*.

Yung, E. H. K., Conejos, S., y Chan, E. H. W. (2016). Public open spaces planning for the elderly: The case of dense urban renewal districts in Hong Kong. *Land Use Policy*, 59, 1–11.

III. DIMENSIÓN EN VIOLENCIA

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES MAYORES EN BRASIL

Janaína Rigo Santin

Universidade de Caxias do Sul y Universidade de Passo Fundo

Resumen

Pensar en la familia contemporánea también significa discutir las relaciones familiares violentas, ya que esta violencia generalmente recae en la mujer, un factor agravado cuando es de mayor edad. La investigación analiza, a través del método histórico-deductivo, la evolución de la violencia contra las mujeres mayores en Brasil, con un enfoque en las relaciones de poder y los conflictos de género y generaciones. Se pretende estudiar, de manera crítica e histórica, cómo la Ley trata estos temas.

Palabras claves

Relaciones familiares, Violencia Doméstica, Envejecimiento Humano, Discriminación de Género.

Introducción

La transición de una población joven a una envejecida fue originalmente en Europa, un proceso que comenzó a fines del siglo XX y que continúa en este siglo, como resultado de los avances tecnológicos y las bajas tasas de natalidad. Desafortunadamente, vivir más no necesariamente significa vivir mejor o con más dignidad. A menudo es todo lo contrario, cuando hay una devaluación significativa de los adultos mayores, lo que se considera un signo de decadencia fisiológica, económica e intelectual. Estos factores se agravan aún más en los casos de personas mayores enfermas, que con el cansancio del cuidador pueden provocar violencia con el tiempo.

En un estudio realizado en Niterói, Río de Janeiro, se entrevistó a 322 personas mayores en 2006, seleccionadas mediante muestreo aleatorio de seis equipos de salud familiar. Para detectar la violencia física contra los adultos mayores, se utilizó la versión portuguesa de Conflict Tactics Scales (CTS1). El 10.1% (95% IC: 6.7; 13.4) de los entrevistados reportó violencia física de cualquier gravedad, ese 7.9% (IC 95%: 4.9; 10.8) informaron haber sido víctimas de violencia física severa en el año anterior a las entrevistas. Se observó que las víctimas mayores de violencia, en su mayoría, son mujeres, casadas y negras. Hay un predominio de violencia física grave y no grave en los diferentes subgrupos, cometidos, por regla general, por los miembros más jóvenes de la familia, en familias donde los adultos mayores vivían con un mayor número de personas. (Moraes et al., 2008).

Asimismo, según los datos presentados por el Tribunal de Justicia del Distrito Federal, las mujeres son las principales víctimas de la violencia contra los adultos mayores, y los mayores agresores son los niños. La triste realidad fue verificada por una encuesta realizada por la Central Judicial de adultos mayores - CJI, que resultó en el Mapa de Violencia contra los adultos mayores en el Distrito Federal. El mapa se construyó a partir de la compilación de datos de diferentes fuentes, en el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2012, que reúne principalmente las llamadas realizadas por la Central Judicial do Idoso; el Dial de Derechos Humanos de la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República, Dial 100; y por el Núcleo de Estudios y Programas de Atención y Vigilancia en Violencia - NEPAV, del Departamento de Salud del Distrito Federal. De los adultos mayores que sufrieron algún tipo de violencia, el 63.82% eran mujeres. Los grupos de edad con el mayor número de casos (para hombres y mujeres) tienen entre 60 y 70 años, con 666 casos de 1,810 visitas, y entre 71 y 80 años, con 663 casos. Los tipos de violencia más comunes son psicológicos, con 31.81% de los casos, seguidos de negligencia, con 24.97%, violencia financiera, con 16.27%, y violencia física, con 14.71%. La encuesta también mostró que el 64,64% de los agresores eran sus propios hijos e hijas y que, en sólo el 1% de los casos, el cuidador fue el que atacó a la persona mayor. (Tribunal de Justicia del Distrito Federal y Territorios, 2003).

Esta misma realidad se verificó en una encuesta realizada en Espírito Santo, en la cual durante el año 2010 a 2011, se registraron un total de 271 informes policiales, registrados en la Estación de Policía de Asistencia y Protección para Personas Mayores, en la región metropolitana. Las mujeres representan el 64,39% de las víctimas en Vitória. Y los hijos / hijas, el 23.48% de los perpetradores de violencia, de los cuales el 61.29% son hombres. Esto es algo que diferencia las tasas de violencia contra las mujeres mayores de las mujeres a una edad más temprana. Los hijos / hijas aparecen más como agresores que como cónyuges. Se cree que esta diferencia se explica por el hecho de que, en promedio, los hombres viven menos que las mujeres. Estas mujeres, con la muerte del esposo, viven solas o con sus hijos y / o nietas, lo que también muestra un contexto de mayor ocurrencia de conflictos y violencia. (Silveira, 2013).

En Viçosa, Minas Gerais, los datos son similares. Específicamente, la violencia contra las mujeres mayores tiende a ocurrir en el entorno familiar, por parte del esposo y el hijo, motivada tanto por los celos, el alcoholismo y la vulnerabilidad, como por la violencia contra la propiedad. Sin embargo, todavía hay muchos casos que no se denuncian y permanecen en silencio por miedo o por falta de conocimiento de los derechos. (Pereira et.al., 2014).

En Rio Grande do Sul la realidad se repite⁶. En 2009, se realizó una encuesta en la comisaría de adultos mayores de Porto Alegre, con el fin de analizar el perfil sociodemográfico de las víctimas de violencia de edad avanzada. Se verificaron 904 notificaciones, de las cuales 836 se consideraron válidas. Hubo una mayor incidencia de víctimas de violencia en los adultos mayores blancos (85.1% de las 778 víctimas), pertenecientes al grupo de edad de 70 a 79 años (486 casos / 100,000 personas), casados (46%), con educación primaria (54,4%) y femenina (69,3%). La violencia psicológica fue la más común, seguida de la violencia financiera y física. Hubo un predominio de "miembros no familiares" como autores de la agresión (57.4%), seguido de "miembros de la familia" (42.6%), siendo el hogar el lugar más común para la práctica de la violencia (61.4% contra

⁶Passo Fundo es el segundo municipio en el estado de Rio Grande do Sul en términos de casos registrados de violencia contra las mujeres en relación con el número de habitantes en el estado, detrás de Erechim. En 2012 y 2013, se registraron casi 1,500 casos de lesiones corporales contra mujeres. Las amenazas, por otro lado, ascienden a más de 2.500 ocurrencias en el período. Además, 60 mujeres fueron víctimas de violación y 3 fueron asesinadas, según datos de la División de Estadísticas Penales del Departamento de Gestión de la Estrategia Operativa de la Secretaría de Seguridad Pública de RS. De estos datos, aunque no hay cifras oficiales, se encuentran muchas mujeres de edad avanzada. Hay una estación de policía en Passo Fundo especializada en ayudar a las mujeres, pero carece de una estructura mejorada, ya que no funciona las 24 horas, un período que estadísticamente informa el mayor número de casos. Atento a este problema, la Universidad de Passo Fundo tiene varios proyectos de extensión, en particular proyecto mujer, que desde 2004 ha brindado orientación y monitoreo legal y procesal en áreas civiles y criminales de aquellos que han sufrido violencia y buscan reiniciar sus vidas. En 2013, se trataron 194 casos. El proyecto de extensión también brinda atención preventiva en vecindarios y escuelas y ha sido miembro del Consejo Municipal por los Derechos de la Mujer desde 2014, además de tener una asociación con Cáritas Arquidiocesana, de la Iglesia Católica. En el área psicológica, la Universidad de Passo Fundo mantiene el proyecto CEPAVI (Centro de Estudios, Prevención y Asistencia a la Violencia), que incluye grupos de apoyo para mujeres maltratadas, asistencia individual y evaluaciones psicológicas, debates en las escuelas y cursos cortos sobre el tema de la violencia. El Centro de Estudios, Prevención y Asistencia a la Violencia, mantiene una asociación con la Casa de Apoyo para Mujeres Víctimas de Violencia de la Secretaría Municipal de Asistencia Social, que existe desde 2008, trabajando con mujeres y niños que son acogidos temporalmente allí, ofreciendo comida, ropa y referencias legales, médicos y psicológicos, entre otros. Solo en los meses de enero a mayo de 2014, la Cámara ya recibió a 102 personas, con 39 mujeres y 63 niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica. Finalmente, específicamente para las personas mayores, la Universidad de Passo Fundo desarrolla el proyecto Balcon del adulto mayor, que recibe denuncias de violaciones de los derechos fundamentales de las personas mayores y proporciona las referencias necesarias, según cada caso. Datos tomados del informe (Universidad de Passo Fundo, 2014).

38.6%) % practicado en un entorno extrafamiliar), (Peruhype et. al., 2011). En palabras de Minayo, la violencia contra los adultos mayores no sólo ocurre en Brasil, es parte de la violencia social en general y constituye un fenómeno universal. La mayoría de las veces está oculta en los usos, costumbres y relaciones entre las personas. Tanto en Brasil como en el mundo, la violencia contra los adultos mayores se expresa en las formas de relaciones entre ricos y pobres, entre géneros, razas y grupos de edad en las diversas esferas del poder político, institucional y familiar (Minayo, 2020).

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo analizar el tratamiento histórico dado por el sistema legal brasileño frente a la violencia contra las mujeres. Por lo tanto, será necesario relacionar dos categorías diferentes, que están conectadas cuando se observan desde la problemática de la violencia: conflictos de género y conflictos de generación. Para el primero, actualmente existe la Ley Maria da Penha. Los segundos están regulados por el Estatuto de adultos mayores.

El desempeño del sistema legal brasileño ante la violencia doméstica

El sistema legal brasileño, durante años, contribuyó a la diferencia en el trato entre géneros. Baste señalar que, en Brasil, las mujeres casadas fueron consideradas relativamente incapaces hasta la emisión del Estatuto de la Mujer Casada, Ley 4.121 / 1962, que abolió esta incapacidad injustificada. A su vez, la Constitución Federal de 1988 ha avanzado mucho en términos del principio de igualdad en el derecho de familia, estableciendo en su artículo 226, § 5, que "los derechos y deberes con respecto a la sociedad conyugal son ejercidos igualmente por hombres y mujeres". En este sentido, se reemplazó la expresión del antiguo Código Civil de 1916 "poder paterno", ya que el poder lo ejercía exclusivamente el padre, de modo que hoy tenemos el "poder familiar", un deber conjunto de los padres, en igualdad de condiciones.

Y en su artículo 226, párrafo 8, la Constitución Federal de 1988 establece que el Estado está obligado a crear mecanismos de protección para frenar la violencia en las relaciones familiares. El legislador ordinario, a su vez, busca cumplir con el mandato constitucional insertado por la Ley 10.886 / 04, párrafos 9 y 10 en el artículo 129 del Código Penal, creando la típica figura de violencia doméstica. Por lo tanto, el delito de lesiones corporales, si se practica "contra el ascendente, descendiente, hermano, cónyuge o pareja, o con quien vive o ha vivido, o incluso si prevalece el agente de relaciones domésticas, convivencia u hospitalidad", Tendrá una pena de prisión de 3 meses a 3 años, con la posibilidad de aumentar la sentencia en 1/3 si es una lesión corporal grave o seguida de una muerte cometida contra las víctimas de violencia doméstica.

Sin embargo, es difícil cambiar las relaciones de una cultura de violencia sólo a

través de disposiciones constitucionales e infra constitucionales. Cuando el sistema legal se interpreta de manera sistemática, especialmente con respecto a los mecanismos procesales para castigar la violencia doméstica, está claro que la realidad está muy lejos de los mandamientos constitucionales.

En el crimen doméstico con el mayor potencial ofensivo, como en los delitos sexuales, lo que históricamente se ha verificado es que el sistema penal no favoreció a las mujeres al informar, lo que una vez más será violado, ahora por el sistema institucional vigente, que deberá demostrar quién no facilitó la violencia, quién no quiso la violencia e incluso quién es digno de protección en el sistema penal. Hay una selectividad de víctimas, sólo las mujeres honestas son dignas de protección, con una inversión en el sistema de evidencia: en lugar de juzgar al autor del hecho, la víctima es juzgada, quien sufre una interferencia total en su intimidad, convirtiéndose en que se investigue su vida, su hogar y su familia, con el fin de desvelar su reputación para demostrar que no ha contribuido al crimen. Paradójicamente, es la víctima la que necesita demostrar si es o no digno de acusar al perpetrador ante el sistema penal (Andrade, 1996).

Y cuando el delito sexual se cometió en la familia, en caso de que la mujer fuera víctima de violación por parte de su esposo, se entendió que no habría delito. Fue una interpretación dada de lo previsto en el antiguo Código Civil de 1916, que enumeraba entre las obligaciones conyugales la conjunción carnal. Por lo tanto, la mujer casada no podía negarse a tener relaciones sexuales, independientemente de si eran violentas, si su esposo estaba bajo la influencia del alcohol o alucinógenos, o incluso cuando tales relaciones eran contrarias a su voluntad y dignidad, ya que las relaciones sexuales era parte de los deberes del matrimonio.

Con la promulgación de la Ley 9.099 / 95, que, al regular el artículo 98, artículo I, de la Constitución, creó los tribunales especiales civiles y penales, el debate sobre la violencia doméstica terminó centrado en el rito procesal, que enmarcaba la mayoría de los delitos de violencia doméstica como infracciones de potencial menos ofensivo, cuya conducta tipificada tuvo una pena máxima de no más de dos años (interpretación ampliada de la Ley 10.259 / 01)⁷. A partir de esto, tal como lo entendieron Campos y Carvalho, “se observó que, a excepción de los delitos de homicidio, lesiones corporales graves y abuso sexual, todas las demás conductas que caracterizan la rutina diaria de las lesiones contra las mujeres (por ejemplo, lesiones corporales leves, amenazas, crímenes contra el honor), y que constituyen la gran cantidad de casos de violencia doméstica, fueron cubiertos por el nuevo procedimiento ”(Campos y Carvalho, 2006, p. 412), permitiendo la aplicación de penas alternativas en sustitución de condena penal del agresor. En ese sentido,

⁷Para más detalles sobre la Ley 9.099 / 95 ver: (Santin, 2007).

La categoría dogmática "crimen de menor potencial ofensivo" no incorpora igualmente el deterioro emocional y psicológico y el daño moral que surge de una relación marcada por la violencia habitual, negando su uso como mecanismo de poder y control sobre las mujeres. [...] La Ley 9.099 / 95, al definir los delitos debidos al castigo castigado y no a la propiedad legal protegida, no entendía la naturaleza diferente de la violencia doméstica. Esta (in) comprensión legal tiene como consecuencia la trivialización de la violencia de género, tanto por el procedimiento inadecuado como por las condiciones impuestas en la composición civil y en la transacción criminal ", (Campos y Carvalho, 2006, p. 419).

Así, lo que se percibe es que, históricamente, el sistema penal fue y sigue siendo, en algunos aspectos, un claro ejemplo de dureza y estandarización en la solución de conflictos generados en el entorno familiar. Durante muchos años, la violencia doméstica fue tratada como algo privado, que ocurrió dentro de una casa y que no dependería de otros interferir. Con base en este razonamiento, el tratamiento que el sistema penal le dio a la violencia doméstica terminó facilitando el silencio de las víctimas, quienes no encontraron ningún tipo de protección por la violación de su dignidad humana. Al analizar la legislación penal brasileña históricamente, se puede ver que fue el receptor de la dominación cultural impuesta por el género masculino, caracterizando una gran parte de la violencia doméstica como un crimen con menos potencial ofensivo, en el que el dolor de la violencia doméstica, ya sea física o mental, fue cambiado por una sentencia alternativa para ser servida por el agresor. No generó condena penal ni incluyó al autor en la lista de culpables. En la mayoría de los casos, sólo resultó en el deber de pagar una canasta básica a una organización benéfica, un valor que a menudo faltaba en el presupuesto familiar, dañando aún más a esa familia en detrimento del agresor.

Incluso en la Ley 9.099 / 95, en el Artículo 76, ítem II, un dispositivo que evita que el mismo demandado use, dentro de 5 años, el mismo beneficio legal (penalidad alternativa), en la práctica esto permaneció ineficaz, ya que sin El registro integrado en los condados brasileños perdió el control de los actos del autor, que fueron coronados con impunidad, independientemente de la constancia de los crímenes. Por lo tanto, como si el desprecio no fuera suficiente, la víctima, privada de cualquier protección del sistema penal en estos delitos que se considera que tienen menos potencial ofensivo, no tuvo otra opción que regresar a su hogar y vivir con el sujeto que la atacó y / o amenazó, El odio y el sentimiento de venganza generados por la denuncia sin duda aumentaría considerablemente. Y el sistema penal que, en teoría, debería "promover la justicia" y la armonización social con la represión de la conducta criminal y la resocialización de los delincuentes, propuso una solución rápida al crimen, sin considerar las consecuencias que generaría el retorno del agresor a Vivir en familia. La impunidad y la trivialización de la violencia doméstica, tratada con la misma importancia que una "pelea de bar",

generó un sentimiento de omnipotencia para el agresor, quien regresó fuerte y apoyado por el sistema penal para "imponer respeto" dentro de su casa, utilizando significa que se considera eficiente.

A menudo, como medida de protección, las víctimas debían ser retiradas del entorno familiar, llevando a mujeres, adultos mayores y niños a refugios en busca de protección del agresor, en una inversión completa de valores y funciones declarados por el propio sistema penal. . Se llega directamente a la institución fundadora de la sociedad, que es la familia, la constitución del individuo y en la que se pretende vivir incluso en senilidad.

Para modificar esta realidad, la Ley 11.340, más conocida como la Ley Maria da Penha, se firmó el 7 de agosto de 2006, con el objetivo de frenar, prevenir y erradicar la violencia doméstica y familiar contra las mujeres. El nombre de la ley es un homenaje a: Maria da Penha Maia Fernandes de Ceará, de 60 años, madre de tres hijas y víctima emblemática de la violencia doméstica. En 1983, su ex marido intentó matarla dos veces. En el primer intento, le disparó con un arma de fuego, dejándola tetrapléjica. En el segundo, trató de electrocutarla, sin alcanzar su objetivo.

A pesar de ser uno de los innumerables casos de violencia doméstica, la batalla judicial de Maria da Penha ganó notoriedad internacional por ser dirigida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA). En diciembre de 1998, 15 años después de los intentos de asesinato, la Comisión de Derechos Humanos de la OEA inició una serie de investigaciones sobre el cuidado de las mujeres víctimas de violencia doméstica en Brasil.

En 2001, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe no. 54, responsabilizó a Brasil por negligencia, omisión y tolerancia en relación con la violencia doméstica, recomendando la finalización del proceso penal contra el agresor y la adopción de políticas públicas dirigidas a la prevención, castigo y erradicación de la violencia contra la mujer, entre otras medidas. La repercusión internacional del caso fue fundamental para la promulgación de la Ley 11.340 / 2006, que se llamó "Lei Maria da Penha", (Rodrigues et.al., 2020).

Es importante tener en cuenta que el cambio legislativo se produjo no por un cambio cultural interno, sino por una imposición de la OEA, una organización supranacional. El legislador brasileño se vio obligado a superar la cultura histórica de trivializar la violencia doméstica en el país, reflejada tanto por el sistema penal como por sus operadores y la sociedad en general.

El artículo 5 de la Ley 11.340 / 06 trató de establecer el concepto de violencia doméstica y familiar contra las mujeres y establecer su alcance. A partir de

entonces, la violencia doméstica y familiar contra las mujeres se considera "cualquier acción u omisión basada en el género que causa muerte, lesiones, sufrimiento físico, sexual o psicológico y daño moral o patrimonial", siempre que ocurra: "[.. .] I - dentro del alcance de la unidad doméstica, entendida como el espacio de vida permanente para las personas, con o sin lazos familiares, incluidos aquellos que se agregan esporádicamente; II - dentro de la familia, entendida como la comunidad formada por individuos que están o se consideran relacionados, unidos por lazos naturales, por afinidad o por voluntad expresa; III - en cualquier relación íntima de afecto, en la que el agresor vive o ha vivido con la víctima, independientemente de la convivencia. Párrafo único.

Las relaciones personales enumeradas en este artículo son independientes de la orientación sexual". Según el artículo 7 de la ley 11.340 / 2006, se enumeraron las formas de manifestación de violencia doméstica y familiar contra las mujeres. Son: violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y moral.

La Ley 11.340 / 2006 también introduce importantes innovaciones para mejorar los medios de combatir la violencia doméstica y familiar. Establece la creación de Tribunales especializados que pueden contar con un equipo de servicio multidisciplinario, integrado por profesionales especializados en las áreas psicosocial, legal y de salud (artículo 29) y la aplicación de medidas sin precedentes para proteger a las mujeres en situaciones de violencia, como la salida del agresor de su hogar y la posibilidad de arresto en el acto o detención preventiva del agresor en cualquier etapa de la investigación o proceso judicial (artículos 18 a 24). Para una mayor efectividad de estas disposiciones, la Ley 13.641 / 2018 insertó el artículo 24-A en la Ley Maria da Penha, estableciendo que para aquellos que no cumplan con una decisión judicial que otorga medidas de protección urgentes previstas en la Ley Maria da Penha, tendrán la pena de detención, de 3 (tres) meses a 2 (dos) años.

Finalmente, es necesario resaltar el importante avance presente en su artículo 17, que declara expresamente la prohibición de "la aplicación, en casos de violencia doméstica y familiar contra las mujeres, de sanciones básicas de canasta u otros beneficios en efectivo, así como la reemplazo de una multa que implica el pago aislado de una multa ". El mismo trato aparece en su artículo 41, donde la Ley buscaba enterrar largos y duros años de aplicación de la Ley de Tribunales Penales Especiales a las causas de la violencia doméstica, evitando por completo cualquier tipo de delito en el que la violencia doméstica contra mujeres, independientemente de su grupo de edad, para ser consideradas un "delito de menor potencial ofensivo". Así, el artículo 41 establece: "Para los delitos cometidos con violencia doméstica y familiar contra la mujer, independientemente de la pena prevista, no se aplica la Ley N ° 9.099 del 26 de septiembre de 1995".

Por lo tanto, el problema de la violencia contra las mujeres mayores pasa por la forma en que el sistema legal brasileño ha abordado históricamente la violencia

contra las mujeres. Las personas nacen y se crían dentro de la familia, aquí es donde se establecen y difunden sus valores. Es allí donde los sentimientos de amor / odio se muestran en sus manifestaciones más agudas.

La Ley 11.340 / 2006 también introduce importantes innovaciones para mejorar los medios de combatir la violencia doméstica y familiar. Establece la creación de Tribunales especializados que pueden contar con un equipo de servicio multidisciplinario, integrado por profesionales especializados en las áreas psicosocial, legal y de salud (artículo 29) y la aplicación de medidas sin precedentes para proteger a las mujeres en situaciones de violencia, como la salida del agresor de su hogar y la posibilidad de arresto en el acto o detención preventiva del agresor en cualquier etapa de la investigación o proceso judicial (artículos 18 a 24).

Para una mayor efectividad de estas disposiciones, la Ley 13.641 / 2018 insertó el artículo 24-A en la Ley Maria da Penha, estableciendo que para aquellos que no cumplan con una decisión judicial que otorga medidas de protección urgentes previstas en la Ley Maria da Penha, tendrán la pena de detención, de 3 (tres) meses a 2 (dos) años.

Finalmente, es necesario resaltar el importante avance presente en su artículo 17, que declara expresamente la prohibición de "la aplicación, en casos de violencia doméstica y familiar contra las mujeres, de sanciones básicas de canasta u otros beneficios en efectivo, así como la reemplazo de una multa que implica el pago aislado de una multa ". El mismo trato aparece en su artículo 41, donde la Ley buscaba enterrar largos y duros años de aplicación de la Ley de Tribunales Penales Especiales a las causas de la violencia doméstica, evitando por completo cualquier tipo de delito en el que la violencia doméstica contra mujeres, independientemente de su grupo de edad, para ser consideradas un "delito de menor potencial ofensivo". Así, el artículo 41 establece: "Para los delitos cometidos con violencia doméstica y familiar contra la mujer, independientemente de la pena prevista, no se aplica la Ley N ° 9.099 del 26 de septiembre de 1995".

Por lo tanto, el problema de la violencia contra las mujeres mayores pasa por la forma en que el sistema legal brasileño ha abordado históricamente la violencia contra las mujeres. Las personas nacen y se crían dentro de la familia, aquí es donde se establecen y difunden sus valores. Es allí donde los sentimientos de amor / odio se muestran en sus manifestaciones más agudas.

Las estadísticas muestran que las mujeres generalmente viven más que los hombres. Por lo tanto, cuando se analiza la violencia contra las personas mayores, ciertamente se identifica que las mujeres son más frecuentemente víctimas de violencia doméstica que los hombres. Por otro lado, los roles de género y las relaciones de poder construidas a lo largo de la vida tienden a crear una situación

más vulnerable para las mujeres mayores. El censo de 2010 confirmó que la cantidad de mujeres mayores es mayor que la de los hombres tanto en el país en su conjunto como en las zonas urbanas. (75 mujeres por 100 hombres). La Región Sur tiene la mayor diferencia entre los sexos. Hay 67 hombres de edad avanzada por cada 100 mujeres, seguidos por la región sureste (69 hombres por cada 100 mujeres). (Minayo, 2013).

Así como se espera que los lazos familiares entre esposo / esposa / hijos se desarrollen con amor, respeto y solidaridad, se espera que el envejecimiento también se pueda experimentar con sus seres queridos, con armonía, respeto, autonomía y dignidad en todas las etapas de la vida, su vida, independientemente de su sexo o edad.

El estatuto de las personas mayores y la violencia

El Estatuto de Adultos Mayores, luego de ser sometido al Congreso Nacional durante siete años, fue aprobado por la Ley no. 10.741, del 2 de octubre de 2003. En el acto de su sanción, el presidente Luiz Inácio Lula da Silva pronunció el siguiente discurso: "Desde este Día Internacional de los Adultos Mayores 2003, envejecer en este país es más que sobrevivir, es más que resistir, es más que sólo mirar la puerta esperando la visita que no llega. A partir de hoy, la dignidad de los Adultos Mayores se convierte en un compromiso civilizador del pueblo brasileño" (Hoja de São Paulo, 2003). A partir de la fecha de su vigencia, el Estatuto de Personas Mayores comenzó a garantizar derechos capaces de mejorar la calidad de vida de las personas mayores de sesenta años en Brasil y, entre las personas mayores, "se les da prioridad especial a los mayores de ochenta años, dado sus necesidades siempre son preferenciales en relación con otras personas mayores" (agregado por la Ley 13.466 / 2017). A lo largo de sus 118 artículos, trae consigo una legislación capaz de profundos cambios sociales, económicos, culturales y políticos, con el objetivo del bienestar de las personas mayores en Brasil.

Uno de los grandes motivos del Estatuto de los Adultos Mayores fue el tema de la violencia contra los Adultos Mayores. El artículo 4 de la Ley 10.741 / 03 establece: "Ninguna persona de edad avanzada será objeto de ningún tipo de negligencia, discriminación, violencia, crueldad u opresión, y cualquier intento de sus derechos, por acción u omisión, será castigado por la ley". Así,

La violencia contra las personas mayores es un fenómeno universal y representa un importante problema de salud pública y cuyo interés se ha hecho evidente sólo en las últimas décadas. Ninguna sociedad, por más o menos desarrollada que sea, es inmune a la violencia y el maltrato de las personas mayores. Lamentablemente, los numerosos abusos cometidos no se denuncian, lo que no revela la magnitud de este fenómeno. Simone de Beauvoir en el libro clásico *La Vejez*: afirma que

existe una "conspiración de silencio" contra la vejez, manifestada por algunos grupos sociales que perpetúan una imagen de la vejez como una fase temida y aterradora de la vida. La violencia contra los adultos mayores es parte de : Universidade de Caxias do Sul y Universidade de Passo Fundo esta conspiración. Los diversos abusos y malos tratos a las personas mayores representan un problema grave. Lamentablemente es un fenómeno poco reconocido y denunciado. Sus consecuencias son graves, especialmente la que conduce a la falta de reconocimiento del abuso. La sociedad y muchos de las personas mayores consideran que el comportamiento es normal para su edad. Hay resistencia y dificultad en las personas mayores, los profesionales y la sociedad para hablar sobre el tema y, en consecuencia, su negación. Debemos romper este silencio. La violencia contra las personas mayores es una violación de los derechos humanos y es una causa importante de lesiones, enfermedades, aislamiento y desesperanza. Enfrentar la violencia contra las personas mayores requiere un enfoque multidisciplinario, (Secretaría de Salud, 2007, p. 23-24).

Con base en las disposiciones del Estatuto de los adultos mayores, el autor Minayo (2020) identificó tres tipos de violencia contra los adultos mayores: estructural, institucional y familiar⁸. La violencia estructural es consecuencia de la desigualdad social y la escasez causada por la pobreza, la miseria y la discriminación. Los adultos mayores, junto con los niños, son el grupo más vulnerable a la violencia estructural, debido a las limitaciones impuestas por la edad, los problemas de salud y la dependencia, situaciones que empeoran en la vejez. En Brasil, sólo el 25% de las personas mayores jubiladas viven con tres salarios mínimos o más. Por lo tanto, la mayoría de ellos no pueden satisfacer sus necesidades básicas. (Minayo, 2020, p. 5) Para la violencia estructural, se identifican los siguientes artículos del estatuto de la tercera edad: 97 a 99 y algunas disposiciones del art. 110.

La violencia institucional, por otro lado, está presente en la provisión de servicios de salud, asistencia y seguridad social, cuyos servicios, en la mayoría de los casos, son realizados por una burocracia impersonal y discriminatoria, que puede causar un sufrimiento inmenso a los adultos mayores, especialmente a los pobres que no tienen capaz de optar por otros servicios. Como ejemplo, se puede citar la exposición a largas filas en los servicios de salud y asistencia social, la falta de comunicación y la ausencia de una relación personal integral. Otro modo de violencia institucional ocurre en las relaciones y formas de tratamiento que las

⁸Dichas prácticas de cobardía extrema son rechazadas por la sociedad y también por el Estatuto de los adultos mayores, que en su artículo 99 prevé como un delito de maltrato "Exponer la integridad y la salud, física o psicológica, de los adultos mayores al peligro, sometiéndolos a condiciones inhumano o degradante o privándolo de alimentos y cuidados esenciales, cuando se le obliga a hacerlo, o sometiéndolo a un trabajo excesivo o inadecuado". Pena: detención de 2 (dos) meses a 1 (un) año y una multa. Si el hecho resulta en lesiones corporales de naturaleza grave para los adultos mayores, la ley prevé en el primer párrafo del artículo anterior la aplicación de la pena de prisión de 1 (uno) a 4 (cuatro) años, y si la violencia contra los adultos mayores resulta en la muerte a La pena que se aplicará será prisión de 4 (cuatro) a 12 (doce) años, de acuerdo con las disposiciones del segundo párrafo

entidades a largo plazo (hogares de adultos mayores y clínicas) tienen con los adultos mayores⁹.

En muchas de estas instituciones, las personas son maltratadas, despersonalizadas, privadas de cualquier poder y voluntad, sin alimentos, higiene, atención médica adecuada y una relación personal que les dé afecto. La inspección de estas entidades por parte del poder público es precaria, siendo uno de los factores esenciales para la inhibición de tales actos discriminatorios que van en contra de todos los derechos y principios fundamentales del hombre (Minayo, 2020, p. 6). Las entidades reguladoras de servicios públicos y privados tienen los artículos 48 a 51 del Estatuto de la Tercera Edad. En cuanto a la inspección de estas entidades y la investigación administrativa y judicial de infracciones, hay artículos 52 a 68 del mismo diploma legal. Y, por último, aún sobre la violencia institucional, se identifican la mayoría de los tipos definidos en el Título VI, Capítulo II: delitos en especie, además del artículo 109, todos los Estatutos de las Personas Mayores.

Finalmente, hay violencia familiar, caracterizada como un problema mundial. Los abusos y la negligencia generalmente se reproducen por el choque de generaciones, por problemas de espacio físico y dificultades financieras, asumiendo un carácter más o menos explícito, agregando esto a una cultura prejuiciosa que excluye a los adultos mayores y los considera obsoletos y dependientes. En la familia, la violencia contra los adultos mayores toma muchas formas diferentes, lo que lleva a la investigación a palizas, abandono, negligencia, abuso psicológico, abuso financiero, maltrato, etc. Tales agresiones agravan las enfermedades existentes o provocan la aparición de otras, como depresión, sentimientos de culpa, negación, trastornos mentales, etc. Están tipificados en el Estatuto de los adultos mayores en los artículos 96 a 114. Por lo tanto,

Es necesario romper el velo de silencio que cubre el tema. La violencia contra las personas mayores ocurre principalmente en el contexto familiar, practicada por un miembro de la familia de la persona mayor. A menudo, en defensa del agresor (hijo, hija, nieto, nieta...) los adultos mayores permanecen en silencio, omiten y muchas veces, sólo la muerte cesará la cadena de abusos y malos tratos sufridos. Es muy difícil penetrar en la intimidad de la familia. Si para las mujeres en situaciones de violencia, en muchas situaciones, es difícil denunciar al marido abusivo, para los adultos mayores la dificultad se acentúa mucho más al denunciar o declarar que sus hijos son los agresores. Muchas personas mayores se culpan a sí mismas por la violencia que han sufrido o creen que es normal que su edad experimente violencia. (Secretaría de Salud, 2007, p. 23-24)

⁹Para más detalles sobre el tema, ver: (Santin y Borowski, 2007, p. 237-263)

En Brasil, más del 95% de las personas mayores de 60 años viven con sus familiares o en sus propios hogares. En el 26% de todas las familias brasileñas hay al menos una persona mayor de 60 años. La mayoría de las quejas presentadas por los adultos mayores se referían al maltrato cometido dentro de la familia por sus hijos, nietos o cónyuges, con abuso económico en primer lugar, agresión física en segundo lugar y negativa de los familiares a brindarles protección. La mayor parte de la violencia física cometida por niños (hombres) está asociada con el alcoholismo: de ellos mismos o de padres adultos mayores (Minayo, 2020, p. 6).

En Rio Grande do Sul, entre los delitos cometidos contra las personas mayores, la negligencia y el abuso financiero fueron los que más crecieron en los últimos años, con un salto del 99% y 92%, respectivamente, de 2012 a 2013. En 2013, Según un informe de la Secretaría de Derechos Humanos, dos tipos de violación representaron el 57.4% de las denuncias en el estado. Los hijos y los nietos encabezan la clasificación de posibles agresores, con los sospechosos nombrados, respectivamente, en el 51.4% y 8.2% de las quejas recibidas por Dial 100 (Secretaría de Derechos Humanos, 2014).

Según las conclusiones de Minayo, se puede resumir lo siguiente: en los hogares, las mujeres son más maltratadas que los hombres. En cuanto a los adultos mayores, los más vulnerables son los dependientes física o mentalmente, especialmente los adultos mayores que tienen problemas de Alzheimer, confusión mental, cambios en el sueño, incontinencia, dificultades de movilidad, que requieren una atención diaria intensa. En este caso, el abusador suele ser el hijo dependiente de las drogas. Las consecuencias del maltrato provocan que las personas mayores experimenten depresión, desesperanza, alienación, trastorno postraumático, sentimientos de culpa y negación de la situación abusiva. (Minayo, 2020, p. 6) Por lo tanto, la realidad mostrada en los datos enumerados anteriormente presenta un entorno familiar conflictivo, abusivo y peligroso, aunque el problema de los adultos mayores sigue siendo, en la mayoría de las sociedades, la responsabilidad de las familias y poco discutido en el Espacios públicos.

A su vez, Grossi y Souza (2003, p. 11), también identifican el abandono como violencia dentro de la familia, que consiste en no promover las necesidades básicas y la atención necesaria sin querer, principalmente en familias pobres y menos favorecidas. Muchas familias no cuidan de sus adultos mayores sin querer, pero debido a las condiciones financieras y estructurales, en las que a menudo el único ingreso familiar es la jubilación de los adultos mayores, lo que todos terminan disfrutando y, como consecuencia, el cuidado de los adultos mayores se ve comprometido. Y cuando la atención se subcontrata a una institución a largo plazo o un tercero, el abandono y el abandono de los adultos mayores en hospitales, hogares de salud, hogares de adultos mayores, hogares de adultos mayores, entre otros, también se considera negligencia, ya que este formulario también puede

exponer a los adultos mayores a formas de violencia. No visitar a las personas mayores en estas instituciones por un período prolongado se considera un delito, cuya pena puede aumentarse si la omisión resulta en lesiones corporales graves o la muerte, de acuerdo con los artículos 97 a 99 del Estatuto de los adultos mayores¹⁰.

Finalmente, el artículo 19 del Estatuto de los adultos mayores establece que;

Los casos de sospecha o confirmación de violencia contra los adultos mayores estarán sujetos a notificación obligatoria por parte de los servicios de salud públicos y privados a la autoridad de salud, así como a la notificación obligatoria de estos a cualquiera de los siguientes organismos: I - autoridad policial; II - Ministerio Público; III - Consejo municipal de adultos mayores; IV - Consejo de Estado para los Adultos Mayores; V - Consejo Nacional de Adultos Mayores.

Si es un profesional de la salud o responsable de un establecimiento de salud o institución a largo plazo que se da cuenta de los crímenes contra las personas mayores y no informa la violencia a la autoridad competente, se aplicará una multa de R \$ 500,00 (quinientos reales) a R \$ 3.000,00 (tres mil reales), aplicado dos veces en caso de reincidencia (artículo 57 del Estatuto de la Tercera Edad). Sin embargo, denunciar los malos tratos contra las personas mayores no es responsabilidad exclusiva de los profesionales de la salud, es un deber de todos.

Un ejemplo de esto es el primer párrafo del artículo 4 que informa: "Es deber de todos prevenir la amenaza o violación de los derechos de las personas mayores" Y la ley del artículo 6 también menciona que: "Todo ciudadano tiene el deber de comunicar a la autoridad competente cualquier forma de violación de esta Ley de la que ha sido testigo o está al tanto".

El Estatuto de los adultos mayores también modificó varias disposiciones del Código Penal, por ejemplo, cuando determina el cambio en la redacción del factor agravante general del artículo 61, punto II, letra "h", ordenando la agravación de la pena cuando el agente comete el delito contra niño, anciano, enfermo o mujer embarazada.

En el artículo 121 del Código Penal, se agrega una causa de aumento de la

¹⁰Artículo 97. No prestar asistencia a las personas mayores, cuando sea posible, sin riesgo personal, en situaciones de peligro inminente, o rechazando, retrasando u obstaculizando su atención médica, sin causa justificada, o sin pedir, en estos casos, ayuda autoridad pública: Pena: prisión de 6 (seis) meses a 1 (un) año y una multa. Párrafo único. La pena aumenta a la mitad, si la omisión resulta en una lesión corporal grave, y se triplica si se produce la muerte. Art. 98. Abandono de las personas mayores en hospitales, hogares de salud, entidades a largo plazo o similares, o no satisfacer sus necesidades básicas, cuando así lo requiera la ley o el mandato: Pena: detención de 6 (seis) meses a 3 (tres) años y bien. Art. 99. Exponer la integridad y la salud, física o mental, de las personas mayores al peligro, someterlos a condiciones inhumanas o degradantes o privarlos de alimentos y cuidados esenciales, cuando se les obliga a hacerlo, o someterlos a Trabajo excesivo o inadecuado: Pena: detención de 2 (dos) meses a 1 (un) año y una multa. § 1 Si el hecho es una lesión corporal grave: Pena - prisión de 1 (uno) a 4 (cuatro) años. 2.- Si la muerte resulta: Pena - prisión de 4 (cuatro) a 12 (doce) años.

pena cuando se comete un homicidio intencional contra una persona mayor, como es el caso del delito de abandono de los incapacitados (art. 133 del Código Penal), en crímenes contra el honor. (Art. 140, 3, y 141 del Código Penal), en secuestro y encarcelamiento privado (art. 148 del CP), en extorsión por secuestro (art. 159 del Código Penal). En cuanto a los delitos contra la propiedad cometidos contra las personas mayores, el artículo 95 del Estatuto de los adultos mayores determinó que la excusa absoluta prevista en el artículo 181 del Código Penal no se aplica, así como la representación prevista en el artículo 182 del Código Penal no es necesaria.

Por otro lado, en el abandono material (art. 244 del Código Penal), se convierte en un delito fallar, sin causa justificada, proporcionar la subsistencia de los mayores de 60 años o fracasar, sin causa justificada, ayudar a un paciente gravemente enfermo. Este tipo penal se complementa con el artículo Art. 99 del Estatuto de la tercera edad, que establece lo siguiente:

Exponer la integridad y la salud, física o mental, de las personas mayores al peligro, someterlos a condiciones inhumanas o degradantes o privarlos de alimentos y cuidados esenciales, cuando se les obliga a hacerlo, o someterlos a un trabajo excesivo o inadecuado: Pena - prisión de 2 (dos) meses a 1 (un) año y una multa. 1- Si el hecho es una lesión corporal grave: Pena - prisión de 1 (uno) a 4 (cuatro) años. 2- Si la muerte resulta: Pena - prisión de 4 (cuatro) a 12 (doce) años.

Art. 95 del Estatuto de los adultos mayores, por otro lado, establecieron que todos los crímenes contra las personas mayores están sujetos a acciones penales públicas incondicionales, eliminando la necesidad de que las personas representen contra sus agresores, generalmente sus familiares. Tal disposición es importante y evita que las personas mayores se sientan avergonzados o temerosos, lo que normalmente sucede. Por lo tanto, una vez que se ha producido el delito, y se ha puesto en conocimiento de la policía, la autoridad ministerial o judicial, el procedimiento debe iniciarse de manera automática y de oficio, sin necesidad de ninguna manifestación por parte de la víctima. Este es otro punto positivo del Estatuto de adultos mayores, sin ninguna duda.

Finalmente, debe señalarse que el Estatuto de las personas mayores confiere la protección de los derechos de las personas mayores por parte del Ministerio Público, tanto en la aplicación de medidas de protección en situaciones de violencia, abuso o abandono (art. 45) como en la inspección de entidades públicas y privadas de atención a largo plazo (art. 52), así como para supervisar, investigar y promover los procedimientos legales apropiados contra las irregularidades cometidas tanto por los profesionales de la salud como por los familiares de las personas mayores, las entidades de atención a personas mayores, las entidades a largo plazo, así como cualquier tema o persona jurídica frente a los derechos de las personas mayores (art. 74).

Conclusiones

La violencia doméstica fue y sigue siendo un problema grave y que perjudica la dignidad humana, independientemente del grupo de edad. Aunque la tecnología avanza en todos los segmentos y aumenta la esperanza de vida de las personas, esto no será suficiente para un mundo mejor. Es necesario fortalecer las relaciones humanas, con igualdad de derechos, respetando las diferencias y la dignidad de cada uno.

La violencia doméstica, especialmente la violencia contra las mujeres mayores, ya no puede verse como algo privado, que nadie debería "captar", sino más bien como un problema social grave que merece la atención del Estado y la sociedad. Mantener este estado de cosas es contrario a las disposiciones de la Constitución Federal de 1988, la Ley Maria da Penha y el Estatuto de los adultos mayores, que garantizan, sobre todo, su protección, ya sea por parte de la familia o del Estado. La legislación actual es clara: envejecer con dignidad y sin violencia es un derecho muy personal. Por lo tanto, la violencia contra la mujer, en cualquier etapa de su vida, debe ser combatida y castigada severamente, aplicando las disposiciones de la Ley Maria da Penha y el Estatuto de los adultos mayores.

La mayoría de las veces, la sociedad opina que las personas mayores valen lo que producen y cuánto ganan. Sin embargo, existe otra visión, que proviene de la coexistencia y el aprecio de las personas mayores por su historia, sabiduría y contribución a las familias y la sociedad. Sin embargo, las personas mayores a menudo producen la idea negativa de la vejez. Muchos no aceptan la pérdida de liderazgo, sienten que su propia identidad se desprende cuando se jubilan, excluyéndose en una soledad imaginaria. (Costa y Chaves, 2003) El proceso de envejecimiento natural favorece la marginación.

En general, las personas mayores viven con una sensación de pérdida y con la incertidumbre de la proximidad de su propio fin. La marginación de las personas mayores abarca el rápido ritmo de vida y las reglas de conducta impuestas por las sociedades contemporáneas. En cierto modo, la sociedad tolera este prejuicio contra las personas mayores, contribuyendo así a la difusión de una cultura de exclusión contra aquellos que no se ajustan a los estándares de belleza, dinero y consumo. Los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental en la exacerbación de estos valores: en los anuncios, las personas mayores raras veces aparecen, los bienes de consumo anunciados son apenas accesibles para ellos y los valores de la juventud se enfatizan constantemente.

Se han formado y se están formando grupos de personas mayores y de sensibilización de la población para tratar de incluir a las personas mayores en la sociedad. Su objetivo es ayudarlos a recuperar su identidad y autoestima, para que la sociedad interactúe con las personas mayores y los incluya en la vida cotidiana

de la familia y de toda la comunidad. Sin embargo, tales logros desafortunadamente afectan sólo a una parte de las personas mayores. La mayoría de ellos todavía están olvidados y marginados, sobreviven con una pequeña jubilación y son violados por las diversas formas de violencia caracterizadas aquí: estructural, institucional y familiar.

Es necesario desarrollar proyectos que favorezcan esta discusión, con miras a romper la cultura de violencia y discriminación aún arraigada en la sociedad brasileña. Incluso en las universidades hay poco debate sobre el problema de la violencia doméstica y la violencia contra las personas mayores. Por lo tanto, es urgente facilitar tal discusión, porque los maestros, psicólogos, delegados, fiscales, jueces y políticos surgirán de estos bancos escolares, temas fundamentales en la resolución de estos conflictos. Y aquí, también, se enfatiza la necesidad de que el gobierno elabore políticas dirigidas a esta porción de la población.

Lo que todos deben tener en cuenta es que el fenómeno del envejecimiento humano está progresando y que la violencia todavía está muy presente en los hogares brasileños. La tendencia es tener más y más personas mayores en el mundo y si no se crean programas y políticas públicas para servir a esta parte de la población y salvaguardar sus derechos y su integridad física, intelectual, moral y patrimonial, el problema social aumentará.

Todos envejecerán algún día, por lo que, si esta generación no quiere pasar por los mismos problemas que las personas mayores de hoy en día, hay que hacer algo. Primero, es necesario cambiar el prejuicio que existe entre los ciudadanos de que las personas mayores son improductivos, obsoletos y desechables. Es necesario cuidar el pasado, cuidar a las personas mayores y prevenir las diversas formas de violencia en esta etapa peculiar de la vida, para que tenga lugar de manera digna y, siempre que sea posible, dentro de la familia.

Agradeciendo a los padres, abuelos y bisabuelos por lo que hicieron mucho por cada uno y por toda la sociedad, no sólo porque esto se describe en la Constitución Federal, en la Ley María da Penha y en el Estatuto de los adultos mayores, sino por el afecto, el afecto, amor, respeto y gratitud, para que esta generación, en el futuro, también pueda disfrutar de todo esto de sus nietos y bisnietos.

Referencias

Andrade, V. (1996). Violência sexual e sistema penal: proteção ou duplicação da vitimação feminina? *Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos*, 17(33), 87-114. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>

Bettinelli, L. A., Portella, M. R., Erdmann, & Santin, J.R. (2014). Dignidade Humana: cuidado à saúde e humanização. In L. Pessini, L. Bertachini & C. Barchifontaine (Org.), *Bioética, Cuidado e Humanização: sobre o cuidado respeitoso* (pp. 349-361) Edições Loyola.

Campos, C., & Carvalho, S. (2006). Violência doméstica e Juizados Especiais Criminais: análise a partir do feminismo e do garantismo. *Revista Estudos Feministas*, 14(2), 409. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2006000200005>

Costa, P.L, & Chaves, P.G.S. (janeiro de 2003). Violência afetiva e violência doméstica contra idosos. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/5.

Folha de São Paulo (01 de outubro de 2003). Leia o discurso de Lula na comemoração ao Dia Internacional do Idoso. *Jornal Folha de São Paulo*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u53956.shtml>.

Grossi, P.K, & Souza, M.R. (2003) Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Virtual Textos e Contextos*, 2 (1), 1-14.

Herédia, V.B.M, & Casara, M.B. (2000) *Tempos vividos Identidade, memória e cultura do idoso*. Universidade de Caxias do Sul.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>.

Minayo. M.C.S. (2020). Eixo Temático: violência contra idosos. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_eixos/3.pdf.

Minayo, M. C. S. (2013). *Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CE-DI/ManualViolenciaIdosogovfedweb.pdf>.

Moraes, C. L., Apratto Júnior, P. C., & Reichenheim, M. E. (2008). Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2289-2300. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000010>

Morais, J.L.B. & Santin, J.R. (2010). Constituição e Direitos Humanos. Ou: só é possível dignidade na Constituição! In A. Almeida Filho & P. Melgaré. *Dignidade da Pessoa Humana: fundamentos e critérios interpretativos*. (pp. 422-447). Malheiros.

Palma, L.T.S., & Schons, C.R. (2000). *Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social*. Universidade de Passo Fundo.

Pereira, R.C.B.M.P et.al. (2014). Caracterização da Violência Doméstica contra a Mulher Idosa- Viçosa, MG. Disponível em: <http://www.ded.ufv.br/workshop/-docs/anais/2013/Rita%20-de%20%20C%C3%A1ssia%20Bhering%20Ramos%20Pereira%20-%20Tem%20%20A1tica%20Envelhecimento%20.pdf>.

Peruhype, R.C. & Hauser, L. (2011) Análise do perfil sociodemográfico de idosos vítimas de violência no município de Porto Alegre/RS/Brasil. *Revista de Geriatria & Gerontologia*. 5 (4): 220-225. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/ciclo-editorial/artigo07.pdf>.

Portella, M.R. (2004). *Grupos de Terceira Idade: a construção da utopia do envelhecer saudável*. Universidade de Passo Fundo.

Secretaria de Direitos Humanos (2014) Negligência e abuso financeiro são os crimes contra idosos que mais crescem no RS. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/07/negligencia-e-abuso-financeiro-sao-os-crimes-contra-idosos-que-mais-crescem-no-rs-4554653.html>.

Rodrigues, L.L. (2020) A Contribuição da lei 11.340/06 (lei Maria da Penha) para o combate da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/renata_pinto_coelho.pdf >. Acesso em: 29 fev. 2020.

Santin, J. R. (2005) A dignidade da pessoa humana e os direitos sociais do idoso no Brasil. In J.R. Santin et.al. *Envelhecimento Humano: saúde e dignidade*. (pp. 75-103). Passo Fundo: UPF Editora.

Santin, J. R., Guazzelli, M. P.; Campana, J. B., CAMPANA, L. B. (2002) Violência doméstica: como legislar o silêncio. *Estudo Interdisciplinar na Realidade Local. Justiça do Direito (UPF)*, 16 (1): 79-97.

Santin, J. R., Guazzelli, M. P.; Campana, J. B., CAMPANA, L. B. (2003) A violência doméstica e a ineficácia do direito penal na resolução dos conflitos. Revista da Faculdade de Direito (UFPR), 39 (1): p. 155-170.

Santin, J. R., Guazzelli, M. P.; Campana, J. B., CAMPANA, L. B. (2004) Violência e Família: a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no combate ao silêncio e à omissão. In C.M.B. Cenci, M. Piva, V.R.T. Ferreira (Orgs.) Relações Familiares: Uma Reflexão Contemporânea (pp. 277-302). Universidade de Passo Fundo.

Santin, J. R; Borowski, M. Z. (2007) Atuação do Ministério Público junto às Instituições de Longa Permanência para Idosos: resgate histórico. In J.R. Santin, L.A. Bettinelli & C.R. Benincá (Orgs.) Envelhecimento Humano: cuidado e cidadania. (pp. 237-263). Editora Universidade de Passo Fundo.

Santin, J. R. (2013) Princípio da Dignidade Humana e os Direitos dos Idosos no Brasil. In: D.V. Stepansky, W.M. Costa Filho, N.P. Muller (Orgs.). Estatuto do Idoso: dignidade humana como foco. (pp. 69-78). Secretaria de Direitos Humanos de Brasília.

Santin, J. R, Santos, D.S. & Fávero, A.A. (2008). A Educação e o Estatuto do Idoso. In: L.A. Bettinelli, M.R. Portella, A. Pasqualotti (Orgs.). Envelhecimento Humano: múltiplas abordagens. (pp. 26-37). Universidade de Passo Fundo.

Santin, J. R. (2007). O Estatuto do Idoso: inovações no reconhecimento da dignidade na velhice. Lex. Revista do Direito Brasileiro, 30: 54-69.

Santin, J. R, & Bettinelli, L. A. (2010) Bioética e Envelhecimento Humano: inquietudes e reflexões. Berthier.

Santin, J. R. (2007). Juizados Especiais Cíveis e Criminais: um estudo das leis 9.099/95 e 10.259/2001. Verbo Jurídico.

Secretaria da Saúde. (2007). Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CO-DEPPS. São Paulo. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/-caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf.

Silveira, L. (2013). Velhice e gênero: a violência familiar contra a mulher idosa em Vitória – ES. In: XXVII Simpósio Nacional de História: conhecimento histórico e diálogo social. Natal, Brasil. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371336400_ARQUIVO_trabalhoanpuhLucianaSilveira.pdf.

Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (2003). Mapa de Violência Revela que Mulheres Idosas São as Mais Agredidas. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/institucional/impressa/noticias/2013/junho/mapa-mostra-que-mulheres-idosas-sao-as-mais-agredidas>. Universidade de Passo Fundo (julho de 2014). Um Grito Silencioso. Revista da UPF, 7: 8-11.

MALTRATO Y RESILIENCIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES COLOMBIANAS

*Daysy Katherine Pabón Poches, Laura Juliana Barchelot Aceros,
Claudia Susana Silva Fernández*

Universidad de Investigación y Desarrollo

Resumen

Estudio correlacional que evaluó una muestra de 836 personas adultas mayores, mediante ficha sociodemográfica de la escala de riesgo de maltrato, escala geriátrica de maltrato al adulto mayor y escala de resiliencia de Wagnild y Young. Se identificó una prevalencia de maltrato de 46.1% (n=348), con mayor frecuencia de maltrato psicológico (82.5%), bajos niveles de resiliencia (51.1%), y una relación entre el maltrato por negligencia y el nivel de resiliencia ($\chi^2 0,048$). Se concluye que las personas adultas mayores maltratadas tienen baja resiliencia; sufrir maltrato por negligencia se relaciona con desarrollar niveles altos de resiliencia.

Palabras claves

Resiliencia, Maltrato, Persona Adulta Mayor, Negligencia, Vejez.

Introducción

El mundo está atravesando un incremento en la esperanza de vida, esto permite evidenciar el efecto de diferentes avances sociales, económicos, de tecnología y salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020); sin embargo, representa también múltiples retos (OMS, 2002), pues es responsabilidad de todos (gobiernos, familias, comunidades) garantizar un envejecimiento digno y con calidad a los adultos mayores (Agudelo-Cifuentes, Cardona-Arango, Segura-Cardona & Restrepo-Ochoa, 2020). Una persona es considerada como adulta mayor (PAM) a partir de los sesenta años de edad (Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2018).

Según la OMS, en la actualidad este grupo etario está en incremento, ya que en el año 2020 ha superado en número a los menores de cinco años; además, se prevé que para el año 2050 la población mundial de más de 60 años llegue a 2000 millones, lo que equivale a 2,2 más que en el 2015 (2020). Lo anterior, pone de manifiesto la relevancia de los estudios orientados a este grupo poblacional y las necesidades que entre ellos suscitan; al respecto, la OMS (2020) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), señalan la probabilidad que una de cada seis personas adultas mayores sufran algún tipo de maltrato; sin embargo, en el campo de estudio de los malos tratos se ha hecho énfasis en otros tipos como el maltrato infantil y la violencia de género, dejando de un lado a este grupo poblacional (Agudelo-Cifuentes et al. 2020; Kalache, 2005; Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016).

El maltrato hacia la persona adulta mayor es definido como cualquier acción u omisión que genera daño, vulnera la dignidad, la integridad personal y el ejercicio de los derechos de ésta (MINSALUD y MINEDUCACIÓN, 2018). Sin duda, el maltrato geriátrico representa un problema global que ha empezado a visibilizarse sólo de forma reciente (Giraldo, 2010; Kalache, 2005; OMS, 2020; Yussuf y Baiyewu, 2014) y la exposición a este tipo de situaciones, puede generar secuelas físicas, psicológicas y emocionales graves, tales como heridas, estrés, dolor, depresión, ansiedad, sentimientos de soledad, agravamiento de enfermedades, y pérdida de la dignidad, la confianza y la esperanza (ONU, 2015; OMS, 2015; OMS & OPS, 2016), e incluso cuadros psicóticos (Escalona-Aguilera, Rodríguez Ramírez y Pérez – Aguilera, 2009); lo que ha sido desatendidos por las entidades estatales (Giraldo, 2020).

A pesar del panorama que se ha descrito anteriormente, existe la denominada paradoja del bienestar en la vejez para referirse a la capacidad que presentan los adultos mayores para adaptarse y mantener su bienestar ante las exigencias diversas de la vida (Cosco, Wister, Brayne & Howse, 2018; Jiménez, 2011). En este sentido, se espera que exista un factor protector para las personas adultas mayores, permitiendo una trayectoria más positiva de envejecimiento, dicho

factor es la resiliencia (Cosco et al., 2018; Cuevas et al., 2020; Lázaro, 2009; Willrich, Guerreiro & Hegadoren, 2016).

La resiliencia es descrita como un proceso que implica diversos mecanismos psicosociales (personales y contextuales), los cuales se ponen en marcha ante situaciones adversas a las que el individuo se ve expuesto; esto le permite afrontar con éxito eventos estresantes o traumáticos al favorecer la adaptación y el equilibrio emocional, impactando positivamente en la protección de su salud integral (Caycho-Rodríguez et al., 2018; García, García, López-Sánchez & Díaz, 2016; Jiménez, 2011).

En este sentido, la resiliencia se define como una característica que puede ser aprendida, y por tanto, potenciada en el transcurso de la vida para favorecer el bienestar, la calidad de vida de los individuos y la probabilidad de llevar un envejecimiento exitoso; incluso se recomienda como un componente central en procesos de intervención con población que ha sido expuesta a situaciones estresantes o traumáticas (Cerquera, Pabón-Poches y Ruíz, 2017; Caycho-Rodríguez et al., 2018; Cosco et al., 2018; Hewitt et al., 2016). Se reconoce, además, que las personas adultas mayores pueden desarrollar formas adaptativas para enfrentar las situaciones adversas y disminuir las secuelas relacionadas (Cerquera et al., 2017; Meléndez, Delhom y Satorres, 2019).

Hasta el momento existe poca literatura que proponga relacionar la resiliencia y el maltrato en las personas adultas mayores, ya que como indica Díaz-Castillo et al. (2017), generalmente los estudios sobre resiliencia se han centrado en población infante juvenil; sin embargo, se ha determinado que las personas resilientes se han caracterizado hasta el momento por la presencia de unos mecanismos psicosociales que permiten un alto nivel de resistencia ante la adversidad, entre ellos se encuentran la inteligencia emocional (Meléndez et al., 2019), la satisfacción con la vida, el humor, el afrontamiento activo (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Manning & Buchard, 2020), el bienestar subjetivo, la competencia o actuar óptimo y un locus de control interno (García et al., 2016). Dichas características potencian la resiliencia y la probabilidad de lograr un envejecimiento saludable (Caycho-Rodríguez et al., 2018; García et al., 2016).

Por otro lado, dentro de las características del perfil de las personas adultas mayores maltratadas destaca el género femenino, la edad avanzada, la presencia de deterioro de la salud y/o discapacidad, la dependencia emocional y/o económica, la pobreza, el aislamiento social, entre otras (OMS, 2020; Pabón-Poches, 2019; Ministerio de Salud, 2015). Así mismo, Barchelot, Valencia, Poveda y González (2020) y Pabón-Poches y Delgado (2017) afirman que existen factores asociados al cuidador (p.e. la sobrecarga en el cuidado y la presencia de patologías o consumo de SPA, entre otros) y factores asociados a la sociedad (p.e. los estereotipos hacia las personas adultas mayores hallados en la cultura y

comunidad), que pueden favorecer la presencia de maltrato hacia las personas adultas mayores.

Por lo anterior, y en línea con el compromiso y el reto de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que adquieren profesionales de la salud, entidades estatales y gubernamentales, así como de la comunidad y de la familia (Agudelo-Cifuentes et al., 2020; Kalache, 2005), esta investigación planteó estudiar la dependencia que existe entre el tipo de maltrato (psicológico, físico, por negligencia, económico, sexual) y el nivel de resiliencia (alto, medio, bajo). De tal forma, se intenta reconocer la relevancia del problema del maltrato en las personas mayores, el papel de la resiliencia para enfrentar situaciones adversas como la del maltrato y su efecto positivo para el envejecimiento saludable.

Metodología

Investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional y corte transversal con alcance correlacional, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre el nivel de resiliencia y el tipo de maltrato. Se parte de la hipótesis de que las personas adultas mayores a pesar de la exposición al maltrato, presentan niveles medios o altos de resiliencia, y que sufrir maltrato psicológico o por negligencia está relacionado con bajos niveles de resiliencia; mientras que, sufrir maltrato físico, sexual o económico se relaciona con altos niveles de resiliencia.

El estudio tomó como población a las personas adultas mayores de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Inicialmente se constituyó una muestra de 836 personas adultas mayores, a partir de un muestreo no probabilístico intencionado y por bola de nieve. Los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: no estar institucionalizado y tener una edad mínima de 60 años. Como criterios de exclusión se utilizaron: la presencia de discapacidad auditiva o visual que dificultara el diligenciamiento de los instrumentos, y evidenciar dificultades cognitivas en la atención, la memoria, el lenguaje o el procesamiento general de la información. Además, sólo se aplicaron los instrumentos a las personas adultas mayores que autorizaron su participación mediante un consentimiento informado. Tras la aplicación de la Escala geriátrica de maltrato se seleccionaron únicamente los mayores con presencia de maltrato, obteniendo una muestra final de 348 personas adultas mayores.

Para la evaluación de la muestra se implementó una Ficha de Datos sociodemográficos, tomada de la Escala sobre Riesgo de Maltrato de Pabón-Poches (2019), la cual permite indagar variables como el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y el estrato socioeconómico de las personas adultas mayores maltratadas. La prevalencia y los tipos de maltrato se midieron con la aplicación de la Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor, diseñada por Giraldo-Rodríguez y Rosas-Carrasco (2013) en la ciudad de México.

Esta escala está conformada por 22 ítems que indagan sobre cinco tipos de maltrato: físico, psicológico, negligencia, económico y sexual. Adicionalmente, permite obtener datos de frecuencia, duración, responsable de la agresión y el género del agresor.

Por su parte, la resiliencia se evaluó utilizando la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Su versión original fue desarrollada en 1993 y ha sido ampliamente utilizada en Latinoamérica en su versión en español (Castilla et al., 2013; Novella, 2002). Este instrumento se compone de 25 ítems que representan afirmaciones ante las que el evaluado indica su nivel de acuerdo según escala tipo Likert con puntuación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Su puntuación máxima es 175 y la mínima de 25. Reporta alta fiabilidad con un Alpha de Cronbach de 0.90 (Castilla et al., 2013).

La conformación del protocolo de evaluación fue realizada por docentes del Grupo de Investigación UDIPSI junto con el Semillero de investigación Weisert Geist, ambos pertenecientes al Programa de Psicología de la Universidad de Investigación y Desarrollo- UDI. Tras la definición del protocolo, se dio paso a la capacitación de los estudiantes del semillero de investigación; posteriormente, se realizó la recolección de datos en Bucaramanga y su área metropolitana. El proceso de búsqueda de la muestra se inició estableciendo contacto con centros día para personas adultas mayores de la zona, y el uso de voz a voz para ampliar la muestra captada. La aplicación de las pruebas se inició con la presentación del consentimiento informado, su respectiva firma y la verificación del estado cognitivo del adulto mayor. Lo anterior se efectuó teniendo a consideración el cumplimiento de los principios éticos en investigación, especialmente relacionados al respeto, el bienestar y la dignidad de los participantes; para lo cual, se acogieron los lineamientos de la Ley 1090 de 2006 de Colombia, específicamente el numeral 9 del artículo 2 y el artículo 50.

La aplicación de los instrumentos se hizo de manera individual y por el investigador (heteroaplicación) para optimizar el tiempo y evitar errores, en un promedio de 48 minutos. Así mismo, se implementaron recursos visuales para facilitar la comprensión de la escala de puntuación de 1 al 7 del instrumento que medía resiliencia. La tabulación de los datos fue ejecutada por los integrantes del semillero, y revisada por los docentes investigadores, quienes se encargaron del análisis estadístico de los datos recolectados mediante el software estadístico SPSS .21. En primera instancia, se realizó el análisis estadístico de la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, la cual reportó una p de 0.000, evidenciando que la muestra no posee una distribución normal; posteriormente se hizo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y de variabilidad para los datos con medida de tipo escala, y técnicas de frecuencias para datos de tipo nominal y ordinal. Finalmente, se aplicó la técnica correlacional no paramétrica del Chi cuadrado de Pearson (X^2), con la finalidad de hallar la dependencia entre las variables nivel de resiliencia y maltrato.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en el estudio, partiendo de los datos descriptivos generales, hasta finalizar con la correlación entre resiliencia y maltrato. En este orden, se identificó que la prevalencia de maltrato en la muestra fue de 41,6%; las personas adultas mayores víctimas de maltrato se caracterizaron por encontrarse en una edad media de 70,1 años ($\pm 7,3$), siendo en su mayoría mujeres (58,3%), personas adultas mayores con estado civil de casado (39,7%) y con grado de escolaridad de primaria completa (32,8%). Por otro lado, más de la mitad de la muestra (64,1%) cuenta con un cuidador, que en la mayoría de los casos es un(a) hijo(a) (35,1%).

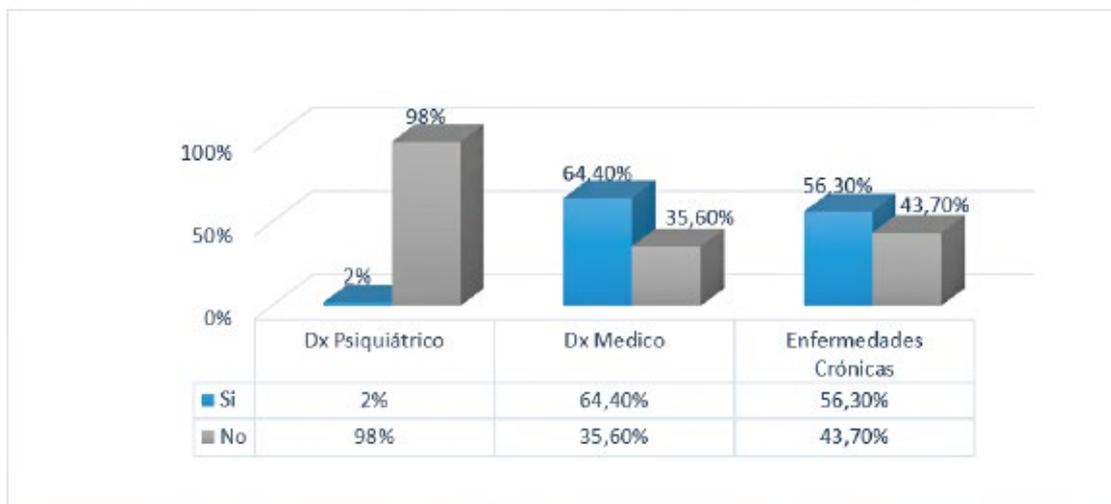
Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de personas adultas mayores

	\bar{x}	σ
Edad	70,1	7,3
Sexo	F	%
Femenino	203	58,3%
Masculino	145	41,7%
	\bar{x}	Σ
Estrato	2,4	1,0
Estado civil	F	%
Casado	138	39,7%
Viudo	87	25%
Separado	33	9,5%
Soltero	75	21,6%
Otro	15	4,3%
Escolaridad	F	%
Sin escolaridad	20	5,7%
Primaria incompleta	92	26,4%
Primaria	114	32,8%
Secundaria incompleta	43	12,4%
Secundaria	56	16,1%
Técnico/ tecnológico	8	2,3%
Pregrado	14	4,0%
Cuidador	F	%
Si	223	64,1%
No	125	35,9%
Parentesco del cuidador	F	%
Hijo (a)	122	35,1%
Esposo (a)	41	11,8%
Hermano (a)	13	3,7%
Nieto (a)	13	3,7%
Otro	26	7,5%

Nota: Para las variables de escala se reportan media (\bar{x}) y desviación estándar (σ), y para las variables ordinales frecuencias (F) y porcentajes (%). n: 348

Respecto a los antecedentes médico- psiquiátricos de las personas adultas mayores víctimas de algún tipo de maltrato, se encontró que un 98% no tenían antecedentes psiquiátricos, pero sí presentaban algún diagnóstico médico (64,4%); así mismo, 56,3% mantenía alguna patología cobijada por este grupo de enfermedades crónicas.

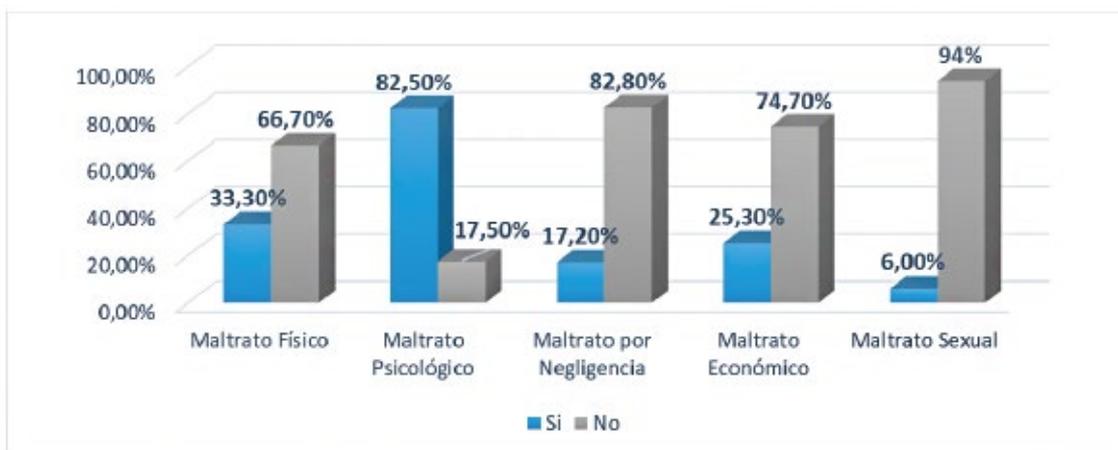
Gráfica 1. Antecedentes Médico-Psiquiátricos de las Personas Adultas Mayores



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los tipos de maltrato que vivencia este grupo poblacional, se halló que el tipo de maltrato que con mayor frecuencia se presenta es el psicológico (82,5%), seguido del físico (33,3%), económico (25,3%), por negligencia (17,2) y en una mínima proporción el maltrato sexual (6,0%).

Gráfica 2. Tipos de Maltrato en personas adultas mayores



Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, se halló que las personas adultas mayores experimentan en promedio $1,64 \pm 0,88$ tipos de maltrato, prevaleciendo en la muestra un sólo tipo de maltrato (56%), seguido de dos tipos de maltratos (29%). Cabe resaltar, que en un 1,7% de los participantes se identificó la presencia de los cinco (5) tipos de maltrato.

Tabla 2. Ocurrencia tipos de maltrato

Ocurrencia tipos de maltrato \bar{x} (σ)	$1,64 \pm 0,88$	$1,64 \pm 0,88$
Cantidad de tipos de maltrato experimentado F (%)		
- 1		195 (56%)
- 2		101 (29%)
- 3		39 (11,2%)
- 4		7 (2%)
- 5		6 (1,7%)

Nota: Para las variables de escala se reportan media (\bar{x}) y desviación estándar (σ), y para las variables ordinales frecuencias (F) y porcentajes (%). n: 348

Por otro lado, se encontró que las personas adultas mayores víctimas manifestaron conductas y actitudes de agresión provenientes tanto de hombres y mujeres (34,8%), aunque mayores reportes en los que el agresor es de sexo masculino (37,6%). En línea con lo anterior, se encontró que con mayor frecuencia la agresión se genera de parte de varios familiares (25,3%), de personas no familiares (21,6%) y de los hijos (19,3%).

Tabla 3. Características del agresor

Sexo del Agresor	F	%
Femenino	79	22,7%
Masculino	131	37,6%
Ambos	121	34,8
Total	348	100%
Sexo del Agresor		
Esposo (a)	25	7,2%
Hijo (a)	67	19,3%
Nuero (a)	4	1,1%
Nietos (a)	5	1,4%
Familiares varios	88	25,3%
No familiar	75	21,6%
Familiares y no familiares	65	18,7%

Nota: Para las variables de escala se reportan media (\bar{x}) y desviación estándar (σ), y para las variables ordinales frecuencias (F) y porcentajes (%), n: 348 ; n:348.

Con respecto a los niveles de resiliencia, la muestra de estudio obtuvo una media de 141,3 con una dispersión de los datos de 21,3. Lo anterior llevó a ubicar a la mayor proporción de los participantes en un rango bajo en niveles de resiliencia (51,1%) y dividiendo al restante de la muestra en nivel medio (25,6%) y alto (23,3%).

Tabla 4. Niveles de resiliencia de la muestra de estudio

Resiliencia $\bar{x}(\sigma)$	141,3 \pm 21,3
Distribución según niveles de resiliencia F (%)	
- Bajo	178 (51,1%)
- Medio	89 (25,6%)
- Alto	81 (23,3%)

Nota: para las variables de escala se reportan media (\bar{x}) y desviación estándar (σ) y para las variables ordinales frecuencias (F) y porcentajes (%), n: 348.

Ya para finalizar, se analizó mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson el grado de dependencia entre la resiliencia y el tipo de maltrato, encontrándose así, que sólo el maltrato por negligencia tiene una relación de dependencia estadísticamente significativa con la resiliencia (χ^2 0,048). Esto quiere decir, que las personas adultas mayores víctimas de maltrato por negligencia tienen mayor probabilidad de reflejar altos niveles de resiliencia (22,2%) en comparación con aquellos que no vivencian este tipo de maltrato, pero sí demarcan una representatividad con resiliencia baja (87,6%).

Tabla 5. Correlación entre resiliencia y tipos de maltrato

	Bajo n:178	Medio n:89	Alto n:81	χ^2
M. Físico				
- Si	69 (38,8%)	25 (28,1%)	22 (27,2%)	0,088
- No	109 (61,2%)	64 (71,9%)	59 (72,8%)	
M. Psicológico				
- Si	143 (80,3%)	76 (85,4%)	68 (84%)	0,546
- No	35 (19,7%)	13 (14,6%)	13 (16%)	
M. Negligencia				
- Si	22 (12,4%)	20 (22,5%)	18 (22,2%)	*0,048
- No	156 (87,6%)	69 (77,5%)	63 (77,8%)	
M. Económico				
- Si	45 (25,3%)	25 (28,1%)	18 (22,2%)	0,680
- No	133 (74,7%)	64 (71,9%)	63 (77,8%)	
M. Sexual				
- Si	9 (5,1%)	6 (6,7%)	6 (7,4%)	0,723
- No	169 (94,9%)	83 (93,3%)	75 (92,6%)	

Nota: Para las variables de escala se reportan media (\bar{x}) y desviación estándar (σ), y para las variables ordinales frecuencias (F) y porcentajes (%), n: 348 ; n:348.

Otros datos relevantes refieren a que la muestra de personas adultas mayores víctimas que reportan maltrato físico reportó también baja resiliencia con 38,8% frente al 27,2% con alta resiliencia. Por otro lado, se encontró que el tipo de maltrato con una mayor frecuencia de personas adultas mayores con puntuaciones bajas de resiliencia, fue el psicológico (80,3%).

Discusión

Las cifras sobre la prevalencia del maltrato de este estudio (41.6%) como la de otras investigaciones con reportes similares (Giraldo, 2020; Flores & Taméz, 2017; Pabón-Poches, 2019), hacen evidente que el maltrato hacia las personas adultas mayores representa un problema de salud pública (OMS, 2020). Según Giraldo (2020) éste fenómeno asciende de la mano del incremento de la esperanza de vida y el fenómeno del envejecimiento poblacional; así mismo, se da en relación con el estado de dependencia y desigualdad que estas personas pueden atravesar (Flores y Taméz, 2017; Martínez-Moreno & Bermúdez-Pérez, 2016; Ortega, 2018).

Algunas condiciones de desigualdad evidentes en el perfil sociodemográfico encontrado en la muestra de este estudio fueron: el hecho de ser mujeres, con un promedio de edad de 69,5 años, casadas y con estudios primarios completos e incompletos. Estos hallazgos son similares a las características de personas adultas mayores maltratadas identificadas en otros estudios, entre ellas que son personas con tendencia a tener una edad avanzada, a pertenecer a estratos bajos, con dificultades económicas y una baja escolaridad (OMS & OPS, 2016; Pabón-Poches y Delgado-Meza, 2017; Ministerio de Salud, 2015), lo que para Ortega (2018), evidencia la relación entre situaciones de desigualdad y la vejez.

Al analizar las razones por las que se presenta el maltrato en la vejez, se encuentran la presencia de desconocimiento, mitos y estereotipos sobre esta etapa del ciclo vital (Agudelo-Cifuentes et al., 2020; Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016), presentados incluso por parte de los familiares que se hacen cargo de su cuidado (Pabón-Poches, Flórez & Sanabria, 2019). Dichas creencias están influenciadas por el entorno sociocultural y los juicios de valor que asigna la sociedad en torno a la vejez (Agudelo-Cifuentes et al., 2020), lo que conlleva a su vez, a actitudes discriminatorias pues incluyen falta de respeto, un trato en el que se les hace sentir inútiles y sin función (Albala et al., 2015; Freitas et al., 2017).

El desconocimiento no se presenta únicamente en la comunidad o dentro de sus hogares; también, se presenta en profesionales de la salud, los cuales carecen de medidas, protocolos y estrategias para identificar y abordar casos de malos tratos a las personas adultas mayores, además se acompaña de la falta de apoyo de entidades formales y la falta de estrategias interdisciplinarias que favorezcan la detección y el abordaje del maltrato (Barchelot et al., 2020; Oliveira et al., 2018).

Esto evidencia la necesidad de la formación y capacitación de los profesionales de atención primaria, para prevenir las situaciones de malos tratos a las personas adultas mayores (Freitas et al., 2017; Kalache, 2005).

Otro componente que permite comprender la prevalencia de maltrato está relacionado con el fenómeno síndrome de la carga del cuidador. Al respecto, en este estudio la mayoría de evaluados indicó tener cuidador (64.1%), quien resulta ser, con mayor frecuencia, un (a) hijo (a) (35.1%); esta circunstancia puede conllevar a mayor riesgo de sobrecarga generadora de estrés, y con ella de conductas y actitudes agresivas. De manera complementaria, el agresor que reportan con mayor frecuencia fue “familiares varios” (20.3%), y dentro de los familiares el que más reporte obtuvo fue hijo(a) (19.3%); estos hallazgos sugieren lo ya descrito por otros estudios, que el maltrato se da dentro del hogar principalmente por parte de los hijos, quienes vienen asumiendo a su vez, el rol del cuidador principal (Escalona-Aguilera et al.2009; Flores y Taméz, 2017; OMS, 2020; Pabón-Poches, 2019).

Así es que el maltrato hacia las personas adultas mayores dentro del hogar se comprende mejor reconociendo la transformación que existe dentro de las familias y la aparición cada vez más frecuente del cuidador informal (Cerquera et al., 2017; Giraldo, 2020; Pabón-Poches et al., 2019; Flores y Taméz, 2017). El maltrato puede darse en el marco del cuidado de los adultos mayores dependientes, a causa del desgaste de los cuidadores, generalmente hijos, quienes suelen sentirse sobrecargados (OMS, 2015; Flores y Taméz, 2017; Pabón-Poches, 2019).

Además de los aspectos expuestos hasta el momento para comprender el maltrato de las personas adultas mayores, los hallazgos de este estudio sobre la presencia de diagnósticos médicos (64,40%) y de enfermedades crónicas (56.30%), se relacionan con la propuesta de Pabón-Poches & Delgado-Meza (2017) sobre el modelo patológico y la teoría de dependencia/discapacidad, el cual refiere que la presencia de enfermedades que afectan la funcionalidad y autonomía de las personas adultas mayores, son factores asociados al maltrato; lo que la OMS (2020) confirma al identificar que las personas adultas mayores con estas condiciones tienden a ser más maltratados.

Por su parte, llama la atención la falta de reporte de diagnóstico psiquiátrico (2%), el cual puede relacionarse con que el mayor no sabe que existe o no ha sido evaluado por un profesional; por tanto, se evidencia lo que Giraldo (2020) afirma, las personas adultas mayores se exponen a una falta de atención en salud por parte del estado, los profesionales y las familias. También, esto puede explicarse desde

la teoría del aislamiento y la teoría del aprendizaje social o violencia transgeneracional que emplean Pabón-Poches & Delgado-Meza (2017) para explicar que estas conductas se aprenden mediante la socialización y transmisión generacional, conllevando a una tendencia generalizada a olvidar las necesidades de las personas mayores y aislarlos ya que se perciben como inútiles o improductivos.

Respecto al tipo de maltrato con mayor prevalencia, este estudio identifica el maltrato psicológico, coincidente con los hallazgos de otras investigaciones (Giraldo, 2020; Flores y Taméz, 2017; Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016; Ortega, 2018; Pabón-Poches, 2019). Lo que puede explicarse por el hecho de que para las personas adultas mayores el uso de palabras ofensivas representa un mayor agravio que incluso los mismos golpes, sintiéndose más afectados por aspectos emocionales y psicológicos que por los físicos (OMS y OPS, 2016). De manera explícita, Escalona-Aguilera et al., (2009) afirman que el maltrato psicológico existe en casi todos los hogares, e incluye humillaciones, ignorar, desvalorizar, amenazar, intimidar, atemorizar o someter al adulto mayor, la prohibición de participación en determinadas actividades o la limitación de contacto con otros. Este se expresa también, con formas de aislamiento que genera sensación de soledad en los mayores, sentimientos de minusvalía e inutilidad que conduce al incremento del riesgo para alteraciones en el estado de ánimo, entre otras (Barchelot et al., 2020; Ortega, 2018)

En cuanto a la prevalencia de otros tipos de maltrato, se reflexiona sobre la posibilidad de sub-reporte, dadas las representaciones que suelen tener los individuos de lo que es el maltrato, y la evidente normalización que existe sobre las conductas violentas (Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016); también puede darse por la incomodidad y negación que tienden a presentar las personas adultas mayores, dificultando la identificación y el reporte de situaciones de maltrato, especialmente el físico (OMS, 2002). Esto se sustenta en que las personas adultas mayores temen represalias, quieren evitarle problemas a su maltratador, sienten vergüenza o han perdido sus facultades mentales necesarias para denunciar (OMS & OPS, 2016).

Por otro lado, el análisis de la resiliencia en la población adulta mayor de este estudio permitió identificar una alta frecuencia de evaluados con niveles bajos (51.1%), a pesar de que el perfil sociodemográfico es muy similar al de otros estudios con muestras de PAM que puntuaron altos niveles de resiliencia (Meléndez et al., 2019); lo anterior, lleva a reconocer, tal como han admitido Willrich et al. (2016), que ser resiliente es independiente del sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad o el nivel de ingresos. Sin embargo, la exposición a situaciones de maltrato sí se ha relacionado con bajos niveles de resiliencia (Cuevas et al., 2020), lo que explica por qué la mayoría de personas adultas mayores maltratados evaluados en este estudio, expuestos incluso a más de un tipo de maltrato (46%), presentan baja capacidad resiliente. De esta manera, se afirma que es frecuente en

las personas adultas mayores maltratadas la presencia de características individuales relacionadas con la falta de resiliencia, entre ellas: vulnerabilidad, afrontamiento negativo, poca inteligencia emocional, malestar subjetivo, locus de control externo y falta de competencia personal, así como deficiencia en la regulación de las emociones y dificultades para resolver problemas de forma exitosa (García et al., 2016; Hewitt et al., 2016; Manning & Buchard, 2020; Meléndez et al., 2019).

Hasta el momento se ha considerado a la resiliencia como una característica que se favorece con la longevidad positiva (Díaz-Castillo et al., 2017; Meléndez et al., 2016); así mismo, se ha demostrado que las personas adultas mayores afrontan con resiliencia situaciones estresantes como enfermedad crónica, duelo por muerte de un ser significativo, violencia social e incluso desastres naturales (Díaz-Castillo et al., 2017); sin embargo, a partir de los hallazgos de este estudio, se puede afirmar que las personas adultas mayores al estar expuestas a maltrato, principalmente psicológico, dentro del hogar, y por parte de sus hijos, los niveles de resiliencia tienden a ser bajos.

Respecto al análisis de la relación entre el maltrato y la resiliencia en las personas mayores, este estudio logró determinar de manera específica que se encuentra una dependencia entre el nivel de resiliencia y el maltrato por negligencia rechazando la hipótesis de investigación. La negligencia implica inasistencia, incumplimiento o fracaso en acciones de cuidado que satisfacen las necesidades vitales de los mayores (vestuario, higiene, alimentación, administración de medicamentos, cuidados médicos) (Ortega, 2018; Pabón-Poches, 2019); lo que se puede evidenciar fácilmente por su apariencia descuidada, la falta de higiene o las malas condiciones de salud que presenten los gerontes (Yussuf y Baiyewu, 2014).

En este sentido, la relación establecida entre resiliencia y maltrato por negligencia, puede explicarse por la forma en que se presenta esta respecto a los otros tipos de maltrato; en el maltrato físico, psicológico, sexual y económico, se realizan acciones que afectan y generan daño al mayor, mientras que en el maltrato por negligencia se da la ausencia de acciones o incumplimiento de acciones de cuidado, que si bien es cierto, también generan daño (Giraldo, 2020; OMS, 2020; Pabón-Poches y Delgado-Meza, 2017), parecen abrir la posibilidad de que el mayor actúe de manera activa y autónoma, poniendo en marcha estrategias de afrontamiento adaptativo (Agunbiane, 2019).

Así que las personas mayores que han sufrido negligencia pueden ser resilientes siempre que posean salud mental; es decir, que no presenten trastornos neurológicos o psicológicos que le impidan hallar una vida con sentido (Uriarte, 2014). Si bien es cierto, situaciones como la presencia de problemas económicos por parte del mayor o de su cuidador, la falta de educación formal, la ausencia de un conyugue y un mal estado de salud de la personas adultas mayores (Yussuf y

Baiyewu, 2014), así como el desconocimiento o falta de habilidad por parte del cuidador (Giraldo, 2020), son factores que incrementan la probabilidad de que un personas adultas mayores sufra negligencia, pero ninguna de estas condiciones es determinante en la capacidad resiliente.

Lo anterior lleva a interpretar que, ante la negligencia del entorno familiar, generalmente por sus cuidadores (Flóres y Taméz), y/o la negligencia causada por la comunidad y el estado al desatender su responsabilidad frente al cuidado y la protección de los mayores (Agunbiade, 2019; Flores & Taméz, 2016), las personas adultas mayores la transforman en una posibilidad de aprender, proponer y construir sobre la falta de recursos (Agunbiade, 2019). Mientras que, las personas expuestas a otros tipos de maltrato van a tener mayores obstáculos y daños, que desatan la afectación, el deterioro, e incluso la pérdida sus recursos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y materiales (Escalona-Aguilera et al., 2009; Giraldo, 2020; ONU, 2015; OMS, 2015; OMS & OPS, 2016).

En definitiva, el maltrato hacía las personas mayores debe tener un mejor abordaje; para ello, este estudio plantea dar prioridad a estrategias de prevención del maltrato, pues las situaciones de maltrato disminuyen la capacidad de resistencia psicológica del adulto mayor. Además, hasta el momento las estrategias implementadas a nivel de salud pública dirigidas a las personas adultas mayores, han sido ineficaces (OMS, 2015); por lo que trabajando sobre la resiliencia, como estrategia psicosocial de prevención, se puede favorecer el proceso de envejecimiento saludable (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Cosco et al., 2018; ; Cuevas et al., 2020; García et al., 2016; Jiménez, 2011; Lázaro, 2014), ya que se puede conseguir que las personas adultas mayores con riesgo de maltrato o que ya han sido expuestas a situaciones de maltrato, pueden aprender a restaurar o compensar las consecuencias implicadas.

Conclusiones

La prevalencia del maltrato hacia las personas adultas mayores identificada en este estudio, alimenta la preocupación mundial que existe sobre este fenómeno, que, aunque sólo de forma recientemente ha sido reconocido como un problema de salud pública, se intensifica simultáneamente con el envejecimiento poblacional y con la precariedad y abandono socioeconómico de este grupo poblacional, haciéndose cada vez más visible.

La forma de maltrato que se reporta con mayor frecuencia es el de tipo psicológico; dado que los malos tratos provienen en general de familiares, especialmente hijos (quienes suelen estar a cargo de su cuidado), las personas adultas mayores valoran estas acciones como más graves. El maltrato psicológico y otras formas del maltrato se asocian principalmente al desconocimiento y la presencia de estereotipos, estos son ejes fundamentales para la prevención del maltrato. Por lo

tanto, es fundamental fortalecer la formación gerontológica y geriátrica en una sociedad envejecida, lo que lleva a requerir de capacitaciones para la familia, para los cuidadores y para los profesionales de la salud.

Otras características que reflejan la situación de desigualdad de las personas adultas mayores víctimas de maltrato, están relacionadas con su perfil demográfico ya que suelen ser mujeres, de baja escolaridad, de estratos bajos y casadas. Sin embargo, es necesario reconocer que, si bien es cierto, este tipo de característica hace vulnerable a la persona adulta mayores para el maltrato, no lo hace para la baja resiliencia, siendo posible ser resiliente en medio de la pobreza, e incluso ante el aislamiento.

En cuanto a los niveles bajos de resiliencia que se hallaron en las personas adultas mayores maltratadas, se reconoce un déficit de recursos psicológicos como competencia personal, inteligencia emocional, autoeficacia, y afrontamiento activo. Dichos recursos son importantes en la vejez, especialmente frente a situaciones adversas como las de los malos tratos; por lo que la ausencia de los mismos, suma obstáculos y denota dificultades para un proceso óptimo de envejecimiento.

Referencias

Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á. & Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 38(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>

Agunbiade, O. M. (2019). Explanations around physical abuse, neglect and preventive strategies among older Yoruba people (60+) in urban Ibadan Southwest Nigeria: A qualitative study. *Heliyon*. 5(11). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02888>

Albala, C., Lebrão, M. L., León-Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., Peláez, M. & Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 307-22. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/>

Barchelot, L., Valencia, L., Poveda, S., González, E. (2020). Diferencias en las perspectivas discursivas sobre la vejez y la muerte en adultos mayores pertenecientes a dos instituciones geriátricas de Bucaramanga. *I+D Revista de Investigaciones*, 15(2), 52-62. DOI: <https://doi.org/10.33304/revinv.v15n2-2020006>

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., Valdivia, A. & Torres-Calderón, M.F. (2013). Análisis exploratorio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en una muestra de adolescentes, jóvenes y adultos universitarios de lima metropolitana. *Revista Psicológica de Arequipa*. 4(1), 80-93.

Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C. H., Tomás, J. M., Domínguez-Vergara, J., Daniel, L. & Arias-Gallegos, W. L. (2018). Evidencias psicométricas de una medida breve de resiliencia en adultos mayores peruanos no institucionalizados. *Psychosocial Intervention*, 27, 73-79. <https://doi.org/10.5093/pi2018a6>

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón-Poches, D. K., & Ruíz, A. L. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.ipip>

Cosco, T., Wister, A., Brayne, C. & Howse, K. (2018). Psychosocial aspects of successful ageing and resilience: critique, integration and implications. *Studies in Psychology*. 39(2-3), 248-266. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1493843>

Cuevas, P., Urgel, E.L., De la Cruz, D.C., Minoza, K.J. & Constantino, R.D. (2020). Elder abuse's correlation to health and resilience of older adults. *Educational Gerontology*. 46(6), 331-338. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1748813>

Díaz-Castillo, R., González-Escobar, S., González-Arratia, N., López-Fuentes, M. & Montero-López, L. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama, Revista electrónica de Psicogerontología*, 4(2), 22-29. Recuperado de <http://46.29.49.21/~creanete/neu/articulos/8/articulo3.pdf>

Escalona Aguilera, J., Rodríguez Ramírez, R. & Pérez Aguilera, R. (2009). La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicología para América Latina*, (18) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200006&lng=pt&tlng=es.

Flores, R. & Taméz, B. (2017). El papel de la familia ante la dependencia en la vejez y la manifestación de violencia. *Políticas sociales sectoriales*. (3),3, 417-431. Recuperado de <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>

García, J., García, A., López-Sánchez, C. & Díaz, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 16(1), 59-68. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54245/1/2016_Garcia-del-Castillo_etal_H%26A.pdf

Giraldo, L. (2010). Maltrato de personas mayores. *El residente*, 5(2), 85-91. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102f.pdf>

Giraldo, L. (2020). Maltrato en la vejez: caracterización y prevalencia en la población mexicana. *Notas de población* (109), 119-146. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45082>

Giraldo-Rodríguez, M. & Rosas-Carrasco, C. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics and gerontology International*, 12, 466-474. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>

Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>

Jiménez, M.G. (2011). La resiliencia, el tesoro de PAM. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 59-60. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.002>

Kalache, A. (2005). Abuso y maltrato en el anciano: visión desde la OMS. *Medwave*, 5(2). <https://doi.org/10.5867/medwave.2005.02.659>

Lázaro, S. (2009) Resilience in children and adolescents: Theory review and implications for psycho-educational intervention in situations of abuse. *Studies in Psychology*. 30(1), 89-104. <https://doi.org/10.1174/021093909787536254>

Manning, L.K. & Bouchard, L. (2020). Encounters with adversity: A framework for understanding resilience in later life. *Aging and Mental Health*. 24(7,2), 1108-1115. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1594162>

Martínez-Moreno, e. & Bermúdez-Pérez, M. (2016). Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar. *Revista Especialidad Comunitaria de Salud*. 7(1), 143-153. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3161>

Meléndez, J.C., Delhom, I. & Satorres, E. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y estrés*. 25, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.001>

Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional. (2018). Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/cartilla-buen-trato-adultos-mayores.pdf>

Ministerio de Salud (2015). Estudio SABE COLOMBIA: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

Montero-Solano, G., Vega Chaves, J. & Hernández, G. (2017). Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. *Asociación Constarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines*, 34(1). Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00120.pdf>

Novella, A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Oliveira, K., Carvalho, F.P.B., Oliveira, L.C., Simpson, C.A., Silva, F.T.L., Martins, A.G.C. (2018). Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaúcha Enferm*, 39 (e57462), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). La protección de nuestros ancianos. <https://www.un.org/es/events/elderabuse/>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Especializada de Geriatria y Gerontología*, 37(6),319-331. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02748385>

Organización Mundial de la Salud (2014, 6 de noviembre). Envejecer bien, una prioridad mundial. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=712F1B3C3B56B066AC0625C164DEE25F?sequence=1

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud. (2016, 13 de junio). Maltrato a las personas mayores. El papel del sector sanitario en la prevención y la respuesta. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/elder_abuse/WHO_EA_SPANISH_2017-06-13.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2020, 15 de junio). Maltrato de las personas mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
Pabón-Poches, D.K.. (2019) Riesgo de maltrato en personas adultas mayores: validación de contenido de una escala. *Psicogente*, 22(41), 6-32. <https://dx.doi.org/10.17081/psico.22.41.3299>

Pabón-Poches, D.K. & Delgado-Meza, J.A. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 26(2), 245-267. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/122/12252818014.pdf>

Pabón-Poches, D.K., Flórez, L. & Sanabria, M. (2019). Estereotipos sobre la población adulta mayor en tres grupos etarios de cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Actualidades de Psicología*. 33(127), 63-80. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i127.34291>

Torres Prados, M.^a Teresa, & Estrella González, Isabel M.^a. (2015). Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300002>

Uriarte, J. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and education*, 4(2), 67-77. <https://doi.org/10.1989/ejih-pe.v4i2.54>

Viteri Chiriboga, E., Terranova, A.E. & Velis, L. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. UN estudio participativo comunitario. *Revista Lasallista de investigación*. 15(2), 300-314. <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178. Recuperado de <https://ucdavis.pure.elsevier.com/en/publications/development-and-psychometric-evaluation-of-the-resilience-scale>

Willrich, J.E., Guerreiro, D.M. & Hegadoren, K.M. (2016). Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 24(e2786), 2-9. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>

Yussuf, A.J., & Baiyewu, O. (2014). Elder abuse and neglect in Zaria northern Nigeria. *Niger Postgrad Medicine J.*, 21(2), 171-176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25126873/>

VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS MAYORES TRANS: CONSIDERACIONES SOBRE LA REALIDAD BRASILEÑA

Ana Gabriela Aguiar Trevia Salgado, Ludgleydson Fernandes de Araújo

Universidade Federal do Delta do Parnaíba

Resumen

Con el aumento de la esperanza de vida, la proporción de personas mayores en la población brasileña aumenta significativamente, lo que ilustra el fenómeno que ocurre en todo el mundo, el envejecimiento de la población. Por lo tanto, se espera que la población de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero (LGTB), esté experimentando mejores condiciones para llegar a la vejez. Sin embargo, la realidad que enfrentan los travestis y transexuales, especialmente en Brasil, está impregnada de dificultades, como la transfobia y la violencia que se revelan como obstáculos a lo largo del envejecimiento, a veces evitando que estas personas lleguen a la vejez. Para que la vejez LGBT, especialmente la vejez trans, se experimente sin problemas, es necesario desmitificar el género y la sexualidad y aclarar los estigmas sobre estos temas.

Palabras claves

Vejez LGBT, Travesti, Transexual, Transfobia.

Introducción

Desde la última década, la población mundial ha atravesado un proceso de transición demográfica provocado por una disminución de la tasa de natalidad y un aumento de la longevidad, cuyo resultado es el envejecimiento de la población de todos los países del mundo. Según las Naciones Unidas ([ONU], 2019), en el informe *Perspectivas de la población mundial 2019: Aspectos destacados* (World Population Prospects 2019: Highlights), el número de personas mayores ha crecido, aproximadamente, un 3% anual. La ONU estima que la población de adultos mayores, compuesta por personas de 60 años o más, debería duplicarse entre 2007 y 2050; y se espera que el número de personas mayores, de 80 años o más, se cuadruplique en este mismo período en todos los países excepto en el continente africano.

La población brasileña ha seguido esta tendencia mundial de envejecimiento poblacional. Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística ([IBGE], 2019) señalan que el 15,4% de la población brasileña tenía 60 años o más, a fines de 2018. Este fenómeno demográfico es posible debido a factores como la calidad de los alimentos, mejores estándares de higiene personal, acceso a servicios de saneamiento básico y salud.

Neri (2008) define el proceso de envejecimiento como una fase característica de cambios intensos en el organismo. Según el autor, estos cambios en el cuerpo humano provocan una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales y un aumento de la vulnerabilidad y la probabilidad de muerte. Esta fase del desarrollo humano es una experiencia individual, siendo vivida de manera diferente por cada persona, ya que vivir la vejez de manera sana y placentera está asociado a las elecciones y planes que cada individuo establece a lo largo de su curso de vida. (Neri, 2008; Schneider & Irigaray, 2008).

En compatibilidad con el total de la población adulta mayor, se asume que la población adulta mayor LGBT también aumentará en los próximos años (Kimmel, 2015). Sin embargo, el desconocimiento de esta población pone en riesgo el envejecimiento saludable de estas personas, cuyas necesidades y experiencias específicas siguen siendo en gran parte desconocidas. (Orel, 2014). En este sentido, a pesar de la expectativa de equivalencia en el crecimiento de la población LGBT, no es posible suponer que las personas LGBT tengan las mismas condiciones de envejecimiento en comparación con una persona cis y / o heterosexual. Lo mismo se puede observar cuando se hace una comparación entre grupos LGBT:

II. Invisibilidad y rechazo social

Los problemas antes mencionados se pueden ver en el nombre que se le da a la población. El término “transexual” comenzó a difundirse a fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, la difusión de su uso en Brasil fue impulsada por debates académicos y la atención de los medios se centró en la primera cirugía de transgénero conocida en el mundo. El médico responsable de la cirugía, Dr. Roberto Farina, fue detenido con motivo de un delito grave de lesiones corporales por el hecho (Barbosa, 2013; Bento, 2014; Leite Jr., 2008).

Otras instituciones sociales también promueven la invisibilidad trans y contribuyen para que no alcancen la esperanza de vida mínima de un brasileño. El contexto social, económico, la disfunción química y los problemas relacionados con la salud mental son elementos cruciales en la vida de un transexual. Cabe mencionar que la ausencia de una encuesta oficial sobre el número de asesinatos y suicidios en la población trans y el creciente sub registro de estos casos impide una aprehensión real de la dimensión de estos números, que pueden ser mucho mayores que los reportados. (Benevides & Nogueira, 2020).

El proceso de vida de esta población suele estar vinculado a cuestiones en las que se imponen solo porque expresan sus verdaderas identidades de género. La marginación del cuerpo trans es todavía una realidad por superar. El prejuicio atraviesa estos temas en los más variados ámbitos: familia, sociedad, religión, política, etc. (Jesus, Marchetto, y Denardin, 2019). La mayoría de los transexuales brasileños necesitan vivir sobre sus propios cuerpos para garantizar la supervivencia, aun así, la dificultad que enfrenta esta población para llegar a la vejez es aún tema de discusión.

Se sabe que el proceso de envejecimiento se constituye a lo largo de la vida, siendo un camino dinámico, progresivo e infalible, que resulta en cambios biopsicosociales en la vida del individuo. (Escobar, Favero, y Pissolato, 2017). Sin embargo, ¿cómo pensar en el envejecimiento de una población que ni siquiera alcanza la edad mínima para considerar la vejez? En este contexto, la invisibilidad y el rechazo social son elementos asociados que influyen en el proceso de envejecimiento de estas personas, especialmente en el ámbito científico, donde la vejez y la transexualidad rara vez se relacionan. (Lima, 2019).

Las personas trans son vistas y se ven a sí mismas como diferentes en todos los grupos de edad de la vida (Antunes, 2010). De esta manera, las experiencias trans son únicas y se refieren a formas y aspectos únicos del envejecimiento, incluso si se comparan con la propia población trans. Por tanto, los distintos travestis tienen sus propias concepciones de la vejez, y su significado también es heterogéneo.

Lima (2019) aún señala que vivir la transexualidad y la vejez puede ser aún más

arduo, ya que estas personas necesitan resistir los prejuicios y la discriminación; tanto la transexualidad como la vejez. Porque, incluso avanzando en las concepciones y entendimientos sobre la vejez y los procesos de envejecimiento, estos siguen arraigados en una visión negativa. (Silva & Araújo, 2020). De esta forma, la vejez trans puede ser vivida como un doble proceso de violencia y estigma. Las raíces de los prejuicios se pueden encontrar, y se han difundido durante mucho tiempo, en los discursos médico-psis. El arsenal modelado en torno a una patología, hizo que la población trans viviera durante décadas en situaciones degradantes. Teniendo la existencia como un error, o una desviación moral, la dignidad humana de estas personas había sido retirada incluso antes de su existencia (Pozzetti & Rocha, 2018). Tal afirmación puede ser verificada por la presencia de transexualidad en medio de la lista de enfermedades, atribuyéndose un Código Internacional de Enfermedades (CIE), visto como un trastorno de identidad sexual. (Grade, Gross, & Ubessis, 2019).

Lo que realmente se percibe es que el cuerpo trans provoca malestar, ya que hoy todavía vemos una sociedad que impone una cisgeneridad obligatoria. En otras palabras, incluso hoy la experiencia que escapa a los heterogéneos moldes cisgénero¹¹ del ser necesita ser formateada, cuando no aniquilada, para que se mantenga la hegemonía del binarismo de género.

Así, la forma de ser hombre o mujer, está controlada por reguladores, el conocimiento, la subjetividad, el patriarcado, entre otros ya mencionados que trabajan para garantizar un cierto "orden" (Bagagli, 2016; Grade, Gross, & Ubessis, 2019).

Transfobia

Además de toda la violencia, el rechazo, las dificultades o cualquier otro nombre en clave o conceptos negativos relacionados con la experiencia trans, todos caen en un concepto único que también forma parte del día a día de esta población: la transfobia. Para Podestá (2019), el término se utiliza para designar los distintos tipos de violencia contra las personas trans. Así, la transfobia puede ser considerada un tipo de castigo social -enraizado y naturalizado- con foco en la abyección y estigmatización del fenómeno de la transgénero, incluyéndose en ocasiones en el término homofobia.

Los fundamentos utilizados para referirse a las prácticas transfóbicas están mayoritariamente vinculados a actitudes guiadas por pensamientos patriarcales, prejuiciosos y sexistas, con el objetivo de controlar la libre expresión de las sexualidades (R. F. Lima, 2016). Para Silva, Bezerra e Queiroz (2015), la transfobia

¹¹ cisgénero, es un neologismo que define a los individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual, diferenciándolos, por oposición, de los individuos transgénero, se emplearan en el presente documento también los términos: personas cis, cisgeneridad.

se ve y se reproduce en tres áreas principales: en la familia, que excluye a la persona trans del entorno y de la vida familiar; la escuela, que se presenta como un caldo de cultivo para el prejuicio y la discriminación; y en la calle, donde la persona trans suele encontrar refugio, pero que añaden vulnerabilidades a esta experiencia.

Las consecuencias de esta carencia provocada por los apoyos sociales no terminan solo en la no aceptación. El rechazo familiar, por ejemplo, hace que muchas mujeres transgénero abandonen el hogar a una edad temprana y comiencen a trabajar con sus cuerpos alrededor de los 13 a 14 años. La falta de preparación sobre la diversidad en las escuelas hace que las personas trans abandonen temprano el entorno escolar, así como problemas que involucran el bullying (Santos & Silva, 2019).

Todo el contexto mencionado anteriormente también se refleja en las oportunidades profesionales de la persona transgénero. La falta de apoyo y visibilidad social hace que esta población obtenga una tasa ínfima de trabajos formales: el 4% de la población trans tiene un trabajo formal; El 6% tiene trabajos informales; El 90% trabaja con la prostitución. Este elevado número revela que la mayoría de la población trans sigue en la calle, viviendo sobre su propio cuerpo, y esto resulta ser una cuestión de salud y seguridad pública, ya que, en 2019, el 64% de los asesinatos de personas trans se lugar en las calles (Benevides & Nogueira, 2020).

La opresión laboral que vive la persona trans y que ofrece la transfobia tiene una relación muy estrecha con el contexto capitalista de producción. Al estar organizada en este modo de sistema económico, la sociedad actual tiende a seguir realizando divisiones segmentadas del trabajo, así como la división sexual. Así, a partir de los estereotipos de ser mujer y ser hombre, esta ideología conservadora se convierte en expresión de la cuestión social, que estigmatiza, atribuye inferioridad y define roles de género, en la vida y en el trabajo. Lo cual está justificado, dado que la producción capitalista se basa en la explotación de la desigualdad, especialmente en Brasil, donde todavía hay raíces de esclavitud (Prado & Rodrigues, 2019).

La transfobia es el odio en su más pura expresión y es el principal factor que impide que estas personas lleguen a la vejez. El asesinato o la muerte de personas trans es el extremo de la violencia vista, pero eso no significa que termine ahí. Se advierte que otras formas están tomando y reconfigurando las prácticas de la transfobia: aspectos simbólicos, psicológicos, estructurales e institucionales (Benevides & Nogueira, 2020).

La constancia del promedio de asesinatos de personas transgénero en Brasil muestra cómo la indiferencia hacia esta población aún se pospone. La transfobia en la edad adulta y la vejez de las personas trans ofrecen grandes obstáculos como el trabajo digno, la vivienda, el acceso a políticas y servicios públicos, además de la

creación y fortalecimiento de redes de apoyo social (Consejo Federal de Servicio Social [CFESS], 2016). Violación de derechos, violencia física, psicológica, discriminación, amenazas, hostigamiento, entre otras prácticas negativas dirigidas a la población trans caracterizan la transfobia, y fue la mayor motivación de los intentos de homicidio en 2018 en Brasil. (Antra y Ibte, 2019; Sobreira, Batorlazi, Lacerda, & Rangel, 2017).

Transconquista: el camino hacia un buen envejecimiento y la esperanza de la vejez

La realidad brasileña sigue siendo negativa cuando se analiza desde la perspectiva de la experiencia trans y las consecuencias negativas de la transfobia en la vida de estas personas. Además de ser el país que más travestis y transexuales mata en el mundo, Brasil aún no es un ejemplo en lo que respecta a los derechos de la población trans. La problematización de este campo es necesaria, ya que podría ser catalogado como un elemento crucial en la reducción de muertes de personas trans; así como garantizar la equidad entre los brasileños.

Para Pierini Neto (2019), La legislación brasileña ya tiene algunos avances que protegen el derecho de la persona trans. Uno de los más emblemáticos fue la decisión del Tribunal Supremo Federal (STF) en Acción Directa de Inconstitucionalidad 4.275, donde reconoció a personas trans sin necesidad de cirugía de transgenitalización, tratamientos hormonales o patológicos; otorgando el derecho a utilizar el nombre y el sexo deseados directamente en el registro civil. Ante este cambio, el proceso de rectificación de nombres para travestis y transexuales se había vuelto menos burocrático y humanizado.

Además del nombre social amparado por la ley, otros logros también son importantes y necesarios en relación con el aparato expuesto. Ejemplos de estos son la Carta de Derechos de los Usuarios de la Salud y la Ordenanza GM 1820/2009, ADI 4.275 mencionada anteriormente, y actualmente el Decreto Federal 8.727 / 2016, que garantiza el reconocimiento de la identidad de género de las personas trans en los entornos de la administración pública directa, fundacional y federal autárquico (Pedra, Souza, Rodrigues, & Silva, 2018).

Pedra et al. (2018) señalan que el Estado intenta, aunque sea a pasos cortos, adaptarse a la realidad de los grupos vulnerables. Para los autores, las políticas públicas implementadas y los avances legales aún no significan una experiencia igualitaria y / o pleno ejercicio de la ciudadanía por parte de esta población. Aún para los autores, tales políticas necesitan un mejor análisis, porque las regulaciones brasileñas aún están ligadas a conceptos atrasados y obsoletos, siendo necesario de-construirlas, reevaluarlas y reformularlas; así como instigar la movilización de la participación del Poder Legislativo y Judicial en asuntos directamente relacionados con la población trans.

El logro más reciente para la población trans fue la criminalización de la LGBT-fobia, donde los delitos dirigidos a esta población serán, de hecho, considerados delitos de racismo. Esta fue una respuesta de la Corte Suprema a la invisibilidad dada a los proyectos de ley que trataban este tema, dado que el asesinato de personas LGBT + en Brasil lo lleva a ocupar el primer lugar en el ranking de los países más violentos para esta población (Pezzoti, 2019). El Grupo Gay de Bahía señala que posiblemente equiparar la fobia LGBT con el racismo fue responsable de una tímida disminución en el número de muertes violentas entre 2018 y 2019 (Oliveira & Mott, 2020).

La criminalización mencionada es un elemento positivo notable para la reducción de casos fatales de transfobia y, en consecuencia, un agente facilitador para que estas personas lleguen a la vejez. Sin embargo, se necesitan estrategias más eficaces para combatir los prejuicios y la discriminación. Aunque existen dificultades para la implementación real, como cuestiones institucionales, personales o sociales; El esfuerzo de combate al oscurantismo dado hasta entonces es válido para plantear elementos sociales y llamarlos al debate (Benevides & Nogueira, 2020).

Comprender las necesidades de una población vulnerable es lo mínimo que se puede hacer en la lucha contra la marginación social. La realidad social sigue siendo un factor negativo para muchas personas trans, especialmente cuando esta social viene ligada a la segregación y la invisibilidad. Por tanto, se plantea la cuestión de la preparación y capacidad del Estado actual para ofrecer la posibilidad de vivir la vejez trans. Lo que aún se ve es la continuación del descuido, la demora, la desorientación de los poderes estatales, que los hacen invisibles, en lugar de ofrecer inclusión (Pedra et al., 2018).

Oliveira y Romanini (2020) Señalan que los escenarios de políticas públicas, especialmente los de salud, aún son poco transitados por la población trans. También según los autores, el resultado de este fenómeno no es beneficioso y el conocimiento debe estar al servicio de la producción de autonomía para esta población, especialmente en términos de ampliar, cuantitativa y cualitativamente, sus posibilidades de vida.

La dificultad de la visibilidad, así como la asistencia o incluso la comprensión, está impregnada de derechos que provienen de una élite heteronormativa. Actualmente, ser una persona trans significa tener dificultades en el mercado laboral, sufrir hostilidad, no poder acceder libremente a los derechos básicos, entre otros factores. Sin embargo, el derecho más fundamental y menos ofrecido y visto en la población trans es el derecho a la vida; el derecho a recuperarse, en términos biopsicosociales, a la vejez (Sobreira, Batorlazi, Lacerda, y Rangel, 2017).

Conclusiones

Este texto comenzó con el enfoque de las cifras relacionadas con el aumento de personas mayores en el mundo. ¿Cómo abordar la vejez de un grupo cuyos datos van en contra de la tendencia mundial? Si, por un lado, las personas en general hoy tienen más acceso a la salud, el saneamiento básico, la educación y mejores condiciones socioeconómicas en su conjunto, por otro lado las personas trans, especialmente las mujeres trans, sufren de estadísticas desalentadoras: abandono familiar, baja escolaridad, indigencia, uso de la prostitución y transfobia.

A pesar de la lucha creciente de travestis, mujeres trans y hombres trans, el camino a seguir en busca del envejecimiento exitoso y la esperanza de llegar a la vejez es largo y arduo. La experiencia de estas personas es única, pero el camino de cada uno está marcado por la violencia, en sus diversas manifestaciones. El resultado de esta violencia son vidas marcadas por la estigmatización, la vulnerabilidad, el olvido y la marginación.

Para que sea posible modificar este aterrador escenario, es necesario que el conocimiento científico y la sociedad presten atención a las necesidades y urgencias que estas personas merecen. La búsqueda de dignidad y aceptación de este grupo debe ser tomada en serio y adoptada por otros grupos de la sociedad.

Se espera que discusiones como la de este texto permitan reflexiones individuales e inspiren la realización de investigaciones que revelen la experiencia aún poco conocida y la vida trans en Brasil y en el mundo, abriendo espacios para que estas personas se inserten y acepten en sociedad.

Referencias

Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA & Instituto Brasileiro Trans de Educação – IBTE. (2019). Dossiê: Assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Recuperado de: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossiê-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>

Antunes, P. P. S. (2010). *Travestis envelhecem?* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12364>

Bagagli, B. P. (2016). A diferença trans no gênero para além da patologização. *Revista Periódicus*, 1(5), 87. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17178>

Barbosa, B. C. (2013) “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 14(2), 352-379. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/6860>

Benevides, B. G., & Nogueira, S. N. B. (2020). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019*. São Paulo: Expressão Popular/ANTRA/IBTE. Recuperado de <https://antrabrasil.org/assassinatos>

Bento, B. (2011). Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Revista Estudos Feministas*, 19 (2), 549-559. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2011000200016>

_____. (2014). *A reinvenção do corpo: gênero e sexualidade na experiência transexual*. 2.ed. Natal: EDUFRN, 2014.

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. (2016). *Assistente social no combate ao preconceito: transfobia*. Brasília: CFESS. Recuperado de: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno04-Transfobia-Site.pdf>

Escobar, E. M. A.; Favero, D.; Pissolato, J. F. (2017). Relato de experiência: oficinas sobre o envelhecimento ativo. *Rev. Ciênc. Ext.*, 13(4), 101-115. Recuperado de http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1464/1441

Grade, C., Gross, C., & Ubessi, L. (2019). Transsexuality pathologization from a integrative review. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(2), 435-451. <https://doi.org/10.15309/19psd200213>

Instituto Brasileiro de Estatística – IBGE. (2003). Estatísticas do Século XX. Recuperado de: https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm#sub_indicadores

_____. (2017). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf

_____. (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?edicao=25199&t=publicacoes> >

Jesus, D. M., Marchetto, G., & Denardin, S. (2019). Sentidos em torno do corpo transexual: o discurso médico-científico no livro *A Garota Dinamarquesa* de David Ebershoff. *Linguagem em Foco*, 11(2), 165-179.

Kimmel, D. C. (2015). Theories of aging applied to LGBT older adults and their families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Orgs.). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 73-90). Washington, DC: American Psychological Association.

Leite Jr., J. (2008). “Nossos corpos também mudam”: Sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/3992>

Lima, A. P. S. (2019). *Nossos corpos não são mais os mesmos: narrativas de mulheres trans e travestis sobre o processo de envelhecimento*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil. Recuperado de <https://ri.ufmt.br/handle/1/1965>

Lima, R. F. (2016). *LGBTfobia, (por que) é necessário criminalizar?!* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual da Paraíba, Guarabira, Paraíba, Brasil. Recuperado de: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11362/1/PDF%20-%20Raimundo%20Ferreira%20de%20Lima.pdf>

Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. 2.ed. Campinas: Alínea.

Oliveira, J. M. D., & Mott, L. (2020). *Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019: Relatório do Grupo Gay da Bahia*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia.

Oliveira, I., & Romanini, M. (2020). (Re) escrevendo roteiros (in) visíveis: A trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020170961>

Orel, N. A. (2014). Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: The use of qualitative and quantitative methodology. *Journal of homosexuality*, 61(1), 53-78. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835236>.

Organização das Nações Unidas – ONU. (2019). World Population Prospects 2019: Highlights. Recuperado de: <https://population.un.org/wpp/>

Pedra, C. B., Sousa, E. C., Rodrigues, R. V. A., & Silva, T. S. A. (2018). Políticas públicas para inserção social de travestis e transexuais: uma análise do programa “transcidadania”. *Revista de Ciências do Estado*, 3(1), 170-199. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revce/article/download/5091/3149/>

Pezzoti, R. (2019, maio). Campanha alerta para baixa expectativa de vida de pessoas trans: Só 35 anos [Blog]. Recuperado de <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2019/05/08/campanha-alerta-para-baixa-expectativa-de-vida-de-pessoas-trans.htm>

Pierini Neto, E. (2019). *Os programas de ações afirmativas em prol da população transsexual e travesti* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22829>

Podestà, L. L. (2019). Ensaio sobre o conceito de transfobia. *Periódicus*, 11(1), 363-380. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiódicus/article/viewFile/27873/19974>

Pozzetti, V. C., & Rocha, N. P. P. (2018). A patologização da identidade “trans”: uma violação aos direitos fundamentais. *Revista DIREITO UFMS*, 4(2), 175-185.

Prado, A. G. S. A., & Rodrigues, T. F. (2019, novembro). A transfobia enquanto expressão da questão social. *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília, DF, Brasil*. Recuperado de <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/download/81/72>

Santos, V. M. M., Lovison, R., & Casteleira, R. P. (2017). Entrecortes no cuidado em saúde no processo de envelhecimento das travestis. *Simpósio Internacional em Educação Sexual, Maringá, Paraná, Brasil*, 5. Recuperado de: <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3132.pdf>

Santos, D. S., & Silva, S. L. B. (2019). Resistência travesti e transexual: uma (r)existência política abjeta do capital. *Rev. Episteme Transversalis*, 10(1), 272-299. Recuperado de <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/download/1310/1046/>

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.(Campinas)*, 25(4), 585-593. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

Silva, H. S., & Araújo, L. F. (2020). Velhice LGBT: Apresentação de um panorama de estudos nacionais e internacionais. In L. F. Araújo & H. S. Silva (Orgs.), *Envelhecimento e velhice LGBT: Práticas e perspectivas biopsicossociais* (pp.15-43). Campinas: Alínea.

Silva, R. G. L. B; Bezerra, W. C; Queiroz, S. B. (2015). Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 26, n. 3, p. 364-372. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p364-372>

Sobreira, B. M., Batorlazi, K. G., Lacerda, M. A., & Rangel, T. L. V. (2017). Transfobia em pauta: a difícil realidade do gênero. *Revista Científica Interdisciplinar*, 2(2) 144-156.

IV. DIMENSIÓN EN RELACIONES AFECTIVAS

EMOCIONES POSITIVAS Y APOYO SOCIAL COMO PREDICTORES HACÍA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Martha Elba Salazar Barajas, Francisco Javier Tovar Nevares, Lidia Viridiana Silva López, Roxana Goytortua Contreras, Laura Hinojosa García, Tirso Duran Badillo

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

Las emociones positivas y el apoyo social brindan a las personas mayores satisfactores para un envejecimiento activo. Objetivos: evaluar los afectos positivos y negativos, determinar la relación de las emociones positivas y las dimensiones de apoyo social. Metodología: estudio descriptivo y correlacional en una muestra de 119 personas mayores. Fue utilizada la escala de afectos positivos y negativos y el cuestionario estudio de resultados médicos- encuesta de apoyo social. El análisis se realizó a través de estadística descriptiva y la correlación de Spearman. Resultados: las emociones positivas se reportaron en rangos medios. Existe correlación significativa entre emociones positivas con cada una de las dimensiones de apoyo social ($r_s = .374$, $p < .001$). Conclusiones: las emociones positivas y el apoyo social pudieran contribuir a un envejecimiento activo.

Palabras claves

Emociones, Apoyo Social, Persona Adulta Mayor.

Introducción

El aumento de las personas mayores de 65 años cada vez es mayor en todo el mundo, para el 2050 se espera que la proporción de éste grupo poblacional se duplique del 11% al 22%, es decir, el número de personas mayores pasarán de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de éste siglo (OMS, 2020). En América, se espera que una de cada cuatro personas tenga más de 60 años, mientras que, en otras partes del mundo, será una de cada cinco (OPS/OMS, 2015). En México esta misma población representó en el 2017, el 10.5%, y se estima que, en el 2030, 15 de cada 100 mexiquenses sean personas mayores (COESPO, 2016).

Uno de los problemas de la vejez es de carácter social, en la cual, se destacan las connotaciones negativas antes que las positivas, suponiendo lo que no deben hacer y lo que pueden hacer, por lo que la longevidad representa un reto no únicamente para la salud, sino para la familia y la sociedad (Salazar, 2018). El proceso de envejecimiento trae consigo cambios físicos y biológicos, entre ellos se destaca la disminución de la capacidad funcional, o probablemente la aparición de enfermedades crónicas, por lo que el envejecer bien, es conseguir mejores resultados y vivir de la mejor manera posible en forma independiente el mayor tiempo que se pueda, lo que en muchas ocasiones depende de la propia persona (Limon-Mendiezabal, 2018).

La perspectiva mencionada es congruente con lo que se denomina envejecimiento activo y saludable, el cual implica “optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p79); es decir esta connotación requiere participación individual y colectiva de las personas mayores.

Un compromiso activo con la vida a nivel personal, es poseer una buena actitud, es decir, emociones positivas. Según Rosenberg (1998), el afecto es parte de las emociones y se puede expresar a través de sentimientos, preferencias, humor, emociones y rasgos afectivos. Los afectos regulan los estados emocionales y se han identificado dos factores en las experiencias emocionales denominados afectos positivos y afectos negativos (Rosenberg, 1998).

La expresión de los afectos se da en función de las emociones positivas o negativas por lo que depende del afrontamiento de la persona, y cuando la emoción o afecto es positivo se representa como un factor protector, estas emociones positivas influyen en las reacciones psicológicas, fisiológicas del cuerpo y repercuten en sensaciones de bienestar que pueden influir en la salud, y posiblemente contribuir en los cambios emocionales de las personas mayores (Hernández et al., 2018).

En ese mismo orden de ideas, otra sensación de bienestar para las personas mayores es el apoyo social, el cual presenta resultados favorables en lo individual

y colectivo. El apoyo social es considerado un pilar básico del envejecimiento activo (OMS, 2002), entendido como un intercambio de relaciones entre las personas cercanas sean estas familiares o amistades y se caracterizan por afecto y compañerismo (Alfonso-Figueroa, Soto-Carballo & Santos-Fernández, 2016). Las relaciones de familiares y amistades representan un soporte para el bienestar emocional y las emociones o afectos positivos (Flores-Villavicencio et al., 2016).

Las emociones positivas y el apoyo social brindan a las personas mayores la oportunidad de bienestar y satisfacción con la vida, y la combinación de estas variables posiblemente puede llevar a las personas mayores a un envejecimiento activo. Hasta el momento, no se encontraron investigaciones similares, por lo que posiblemente esta investigación servirá de base en la continuidad de otros trabajos, y los resultados pueden tener relevancia clínica dada la estrecha relación con la salud y el bienestar de las personas mayores, y en consecuencia permitirá fundamentar acciones de salud que disminuyan los riesgos de deterioro funcional en esta población. Por lo anteriormente mencionado, se plantearon los siguientes objetivos: 1. Evaluar los afectos positivos y negativos de la persona mayor, 2. identificar el tamaño de la red social, 3. Determinar el nivel de apoyo social 4. Verificar la relación de las emociones positivas y las dimensiones de apoyo social.

Metodología

Estudio tipo descriptivo, transversal y correlacional en personas mayores de 60 años, pertenecientes a una zona suburbana. La muestra fue calculada mediante el programa NQuary Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2004) con los siguientes criterios: nivel de significancia de .05, tamaño de efecto entre mediano y grande de 0.12 (Cohen, 1998) y potencia de 90%, resultando en una muestra de 100 participantes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, el total de la muestra fue de 119 participantes de ambos sexos, con enfermedad o sin enfermedad y que acudieran a la consulta médica (octubre- diciembre, 2019) de un Centro de Salud urbano de la Secretaria de Salud de la Cd. de H. Matamoros, Tamaulipas.

Como criterios de inclusión, se estableció que fueran personas mayores de 60 años, que estuvieran ubicadas en tiempo, lugar y persona, que pertenecieran al centro de salud donde se llevó a cabo el estudio, además de que fueran capaces de escuchar la voz del entrevistador (para lo cual, se realizaron dos preguntas filtro: qué fecha es hoy; y cuál es su dirección, para verificar la orientación).

Para la obtención de los datos sociodemográficos, se utilizó una cédula de datos personales que incluyó datos de identificación como edad (años cumplidos), sexo (femenino y masculino), estado marital (con pareja y sin pareja), años de escolaridad y personas que viven con él/ella.

Para medir las emociones positivas fue utilizada la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988). El objetivo de esta escala es indagar la inestabilidad emocional y evaluar el estado de ánimo, consta de 20 ítems que se dividen en dos dimensiones: la primera afectos positivos (AP) que incluyen: atento, interesado, alerta, emocionado, entusiasta, inspirado, orgullosos, decidido, fuerte y activo; la segunda dimensión mide los afectos negativos (AN) como: avergonzado, culpable, miedoso, asustado, atemorizado, irritable, nervioso, disgustado, hostil y tenso. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones y según el grado en que se experimentan, la persona califica en una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 significa “nada”, 2 “algo”, 3 “moderadamente”, 4 “bastante” y 5 “mucho”. Los puntajes alcanzan un valor mínimo de 20 en ambas dimensiones y hasta un máximo de 100. Para facilitar el análisis estadístico los puntajes crudos fueron convertidos a índices de 0 a 100 con la finalidad de identificar medidas de tendencia central en los puntajes. En su versión original, los autores reportaron que el alfa de Cronbach osciló para los AP de 0.86 a 0.90 y para AN de 0.84 a 0.87 (González & Valdez, 2015).

El apoyo social se midió a través del cuestionario Estudio de resultados médicos-Encuesta de apoyo social “Medical Outcomes Study-Social Support Survey” (MOSSS) de Sherbourne y Stewart, 1991. Adaptado al español como Apoyo Social (De la Revilla et al., 2005). Se compone de 20 reactivos autoaplicables. El primer reactivo se refiere al tamaño de la red social, y los 19 ítems restantes están referidos a 4 dimensiones del apoyo social funcional: Índice global de apoyo social: todas las respuestas; Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19; Ayuda material: respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15; Relaciones sociales de ocio y distracción: respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18; Apoyo afectivo: ítems 6, 10 y 20. Las opciones de respuesta se miden por medio de una escala tipo Likert, puntuando del 1 “Nunca” al 5 “Siempre”, y se agrupan en cuatro factores: apoyo emocional, apoyo material/tangible, relaciones sociales de ocio y distracción/interacción afectiva positiva y apoyo afectivo) y un puntaje global. Para facilitar el análisis estadístico los puntajes crudos fueron convertidos a índices de 0 a 100 con la finalidad de identificar medidas de tendencia central en los puntajes.

Esta investigación se apegó a lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987), por lo que se contó con la autorización de las autoridades correspondientes para el trabajo de campo, se solicitó la firma del consentimiento informado y en todo momento se respetaron los derechos de la persona y se cuidó tanto su integridad física como emocional. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el Paquete Estadístico SPSS versión 22 para Windows, se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors y debido a que no se encontró distribución normal en las variables, se optó por emplear la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman, considerando significancia estadística cuando el valor de p fue igual o menor que .05.

Resultados

En relación a las características sociodemográficas de los 119 participantes que integraron la muestra, la edad de los mismos osciló entre 60 y 91 años de edad, con una media de 69 años (DE = 7.59, K-S = .139, $p = .01$). La escolaridad máxima fue de 7 años y mínima 1, con una media de 2.90 años (DE = 1.31, K-S = .209; $p = .01$). La mayoría de los participantes fueron mujeres (60.5%, $f = 72$) y el 59.7% ($f = 71$) señaló tener pareja. Ni la edad ni la escolaridad mostraron distribución normal ($p < .05$). El número de personas con las que señalaron vivir, presentaron una media de 2.25, (DE = .71), mínimo de 1 y máximo de 4; el número de hijos reportó una media de 3.97 (DE = 2.27) mínimo 0 y máximo 10.

En la tabla 1, se muestran los resultados de fiabilidad de los instrumentos PANAS de Watson y Apoyo Social, así como las sub escalas de Afectos positivos y Negativos.

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento PANAS y Apoyo social

<i>Nombre</i>	<i>No de reactivos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<i>Global</i>	20	.70
<i>Emociones positivas</i>	10	.90
<i>Emociones negativas</i>	10	.79
<i>Apoyo Social</i>	20	.77

Nota: n =119.

Las emociones o afectos positivos en cada una de las variables que la conforman, se reportó en los rangos medios (“algo”), la emoción más frecuente fue entusiasmo 38.7%, fuerte 35.3% y atento 33.6% y en las emociones negativas el mayor porcentaje se presentó en la opción de respuesta “nada” para la emoción culpable y asustado 86%, seguida de disgusto e irritado 76.5%. La tabla 2, muestra las medidas de tendencia central y las pruebas de distribución de frecuencias de las variables emociones positivas, negativas.

Tabla 2. Datos descriptivos de las variables emociones positivas y negativas, apoyo social y sus dimensiones

<i>VARIABLE</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DE</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>VALOR MÍNIMO</i>	<i>VALOR MÁXIMO</i>
<i>Emociones positivas</i>	59.45	21.00	59.00	15.00	100.00
<i>Emociones negativas</i>	10.37	11.56	7.50	0.00	65.00

Nota: DE = desviación estándar, n =119.

El Tamaño de la red social comprende las personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo, el 62.2% (f=74) de la muestra, reportó no tener amigos, el 22.7% (f=27) reportó al menos tener un familiar, mientras que el 37.8% (f=45) refirió tener dos familiares. En la tabla 3, se muestra los estadísticos descriptivos.

Tabla 3. Datos descriptivos de la variable red social de amigos y familiares de las personas mayores

<i>VARIABLE</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DE</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>VALOR MÍNIMO</i>	<i>VALOR MÁXIMO</i>
<i>Amigos</i>	.596	1.09	.000	.00	
<i>Familiares</i>	2.41	1.32	2.00	.00	8.00

Nota: DE = desviación estándar, n= 119.

El apoyo social global presentó una media alta y la dimensión mayor fue el apoyo emocional. Los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Datos descriptivos de las variables apoyo social y sus dimensiones

<i>VARIABLE</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DE</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>VALOR MÍNIMO</i>	<i>VALOR MÁXIMO</i>
<i>Apoyo social global</i>	78.76	17.53	78.75	27.50	
<i>Apoyo emocional</i>	34.19	7.86	34.00	18.00	86.00
<i>Apoyo afectivo</i>	12.54	2.30	12.40	4.00	15.00
<i>Interacción social</i>	16.65	4.12	16.50	7.00	46.00
<i>Apoyo Material</i>	17.20	3.86	17.00	5.00	44.00

Nota: DE = desviación estándar, n =119.

La tabla 5, muestra que existe correlación directa, y muy significativa entre las variables emociones positivas y apoyo social global ($r_s = .374$, $p < .001$). De igual manera, en cada una de las dimensiones de apoyo social la correlación es muy significativa, es decir a mayores emociones positivas, mayor apoyo social a nivel global y en cada una de las dimensiones.

Tabla 5. Correlación de Spearman entre las emociones positivas y las dimensiones de apoyo social

VARIABLE	Emociones positivas	
	r_s	p
Apoyo Emocional	.426	.001
Apoyo Material	.374	.001
Relaciones de ocio / Interacción	.385	.001
Apoyo afectivo	.395	.001
Apoyo social global	.374	.001

Nota = ** $p < .001$

Conclusión

Los esfuerzos a nivel mundial, están dirigidos no sólo a que las personas mayores vivan más, sino que también, en mejores condiciones físicas, sociales y mentales (OMS, 2020), por tal razón, uno de los objetivos de éste trabajo fue determinar la relación de las emociones positivas y las dimensiones de apoyo social.

Las emociones hacen referencia a el afecto, positivo y negativo son referentes personales de los estados de humor, los cuales reflejan experiencias de acontecimientos en el curso de la vida de las personas, en el caso de los afectos positivos reflejan la presencia de emociones placenteras y en esta muestra lograron una media un poco más de la mitad. Las mayores puntuaciones en las emociones de afecto positivo fueron para el entusiasmo, la fortaleza y el ser atento. Ramírez, Ortega y Martos, (2015) reportaron resultados de afectos positivos, fortaleza y entusiasmo en una población similar.

Otros estudios indican que las personas que presentan emociones positivas de una manera más frecuente experimentan mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés y relaciones sociales más saludables (DeWall, Lambert, Pond, Kashdan, y Fincham, 2012; Linley y Burns, 2010; Proctor, Maltby, y Linley, 2009). Resultados que concuerdan y se pueden apreciar en las relaciones presentadas entre las variables. Por otro lado, el apoyo social como variable ha mostrado relación evidencia empírica de su relación bidireccional con cada una de sus dimensiones: material, emocional, afectiva, de ocio e interacción y global.

El apoyo social ha sido investigado por otros autores, sin embargo, no se encontró uno que estudiara las emociones positivas y el apoyo social, sin embargo, los resultados confirman que la posibilidad de convivir con otras personas, manifestar cariño y empatía, dar y recibir amor, y poseer emociones positivas posiblemente puedan ser predictores para un envejecimiento activo.

Referencias

Consejo Estatal de Población [COESPO] Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 del CONAPO. https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores.

DeWall, C.N., Lambert, N.M., Pond, R.S., Kashdan, T.B., & Fincham, F.D. (2012). A grateful heart is a nonviolent heart: Cross-sectional, longitudinal, experience sampling, and experimental evidence. *Social Psychological and Personality Science*, 3, 232-240.

Figuerola, L. A., Soto, C. D., Santos, F. N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista Ciencias Médicas*, 20(1), 0-5.

González-Arratia, N. I. & Valdéz-Medina J. L. (2015). Validez de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) en niños. *Liberabit*, 21(1), 37-47. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100004&lng=es&tlng=es.

Hernández, V. V., Prada, N. R. & Hernández, S. C. A. (2018). Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 14(1), 243-262. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es.

Limon-Mendezabal, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54.

Linley, P.A., Burns, G.W. (2020). Strengthspotting. En G.H. Burns (Ed). *Happiness, Healing, enhancement: Your casebook collection for applying positive psychology in therapy* (p. 3-14). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo un marco político. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Datos interesantes acerca del envejecimiento. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es.

Proctor, C., Maltby, J., y Linley, P.A. (2009). Strengths use as a predictor of well-being and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 10, 583-630.

Ramirez, E., Ortega, A.R. & Martos, R. (2015). Las fortalezas en personas mayores como factor que aumenta el bienestar. *European j investiga*, 2(5),187-195.

Rosenberg, E. L. (1998). Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2(3), 247-270. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1037/1089-2680.2.3.247>.

Salazar-Barajas, M. E., Lillo-Crespo, M., Hernández-Cortéz, P. L., Villarreal-Reyna, M. A., Gallegos-Cabriales, E. C. Gómez-Meza, M. V. & Salazar-González, B. C. (2018). Factores contibuyentes al envejecimeinto activo de los adultos mayores, desde el marco de adaptación de Roy. *Investigación Educativa en Enfermería*, 36(2), e-08.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.

Villavicencio, M. E., Decenas-Hernández, K., Avalos-Latorres M. L., Colunga-Rodríguez, C. Vega-López, M. G. & Meza-Flores I. J. (2016). Apoyo Social Percibido y envejecimiento activo en hombres y mujeres de una comunidad rural. *Revista Psicología Iztacala*, 19(4), 1316-1321.

Watson D., Clark L. A., & Tellegen A. (1988). Development and validation of brief-measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES AFECTIVAS Y DE APOYO SOCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES

Livia Teresa Flores Garnelo, Yolanda de Jesús Hernández Delgado, Teresa Margarita Torres López

Universidad de Guadalajara

Resumen

En la vejez, la familia se vuelve parte central de la red de apoyo de la persona mayor, pero no el único. Por lo que el analizar la relación de apoyo entre la persona mayor y sus grupos sociales se vuelve importante. Esta investigación tiene un diseño cualitativo, el tipo de estudio es un análisis de caso. La muestra fue de tipo propositiva, compuesta por tres personas de una colonia en Zapopan, Jalisco. Se obtiene que la persona mayor se relaciona con su familia, amistades e instituciones formales. La compañía social se vuelve una necesidad para la persona mayor, esta se renueva en medida que las personas mayores tienen una posibilidad de mantener sus redes de apoyo con sus grupos sociales.

Palabras claves

Red de Apoyo Social, Persona Adulta Mayor, Grupo Sociales, Relaciones Afectivas.

Introducción

En México, se contabilizó en el último censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a 10.1 millones de personas adultas mayores, representando el 9% del total de la población. Siendo que en por lo menos uno de cada cuatro hogares se encuentra un adulto mayor (2014).

En el caso de Jalisco, el INEGI (2014) registra que el 25.2% de los hogares cuenta con un adulto mayor, dentro de los cuales el 10.7% viven en hogares unipersonales. Los patrones familiares han ido cambiando como consecuencia de la transición demográfica en México. La dinámica intrafamiliar también determina la forma de cómo se activa y opera la red de apoyo (INAPAM, 2010). Lo cual nos revela que las personas mayores están atravesando por cambios estructurales en la familia, su organización y sus relaciones.

Dentro de la gerontología, la familia es estudiada como parte central de la red de apoyo de la persona mayor, pero no es el único apoyo. Este grupo social es considerado parte de la red informal, siendo la familia, la que desempeña ciertas tareas con mayor eficacia que los sistemas formales de ayuda como la comunidad e instituciones privadas o públicas. Pese a ello, existen tareas donde los familiares no están debidamente preparados o se ven rebasados debido a que tienen a su cargo múltiples obligaciones, ocasionando niveles altos de tensión (Sánchez, 2000). Los estudios de redes y redes de apoyo en la última década examinan las dimensiones de redes y red de apoyo social asociadas con el beneficio en la salud física y mental (Golden, et al., 2009, Ye y Zhang, 2019); la importancia de la red social para las personas que viven solas (Medina y Santacruz, 2018; Garza-Sánchez y González-Tovar, 2018); con la satisfacción de los vínculos en sus redes (Polizzi y Arias, 2014); y la relación de la red formal como productora de un entorno que crea más relaciones (Vives, et al., 2015).

Estos estudios han concluido que la familia es uno de los principales grupos de apoyo para la persona mayor. Dichos estudios han imperado en las características que tienen estas redes sociales y su importancia en la salud física y mental. En la vejez, la red se contrae ya que sus vínculos se reducen por muerte, migración o debilitamiento de los miembros, las oportunidades o motivaciones para renovar la red disminuyen (Sluzki, 1998). La relación con los hijos y los miembros de la familia se han identificado como una forma de medir la satisfacción de vida en esta etapa. La ayuda intergeneracional genera redes de apoyo que conforman una modalidad diferente de sociabilidad familiar, lo cual implica intercambio en bienes y servicios. Convirtiéndose en un juego de expectativas mutuas entre padres e hijos donde operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales. Las personas mayores no solo reciben ayuda, sino que también realizan aportaciones de tipo material, económico y afectivo a la familia (Eguiluz, et al., 2003). Ante lo expuesto nos indica que el adulto mayor puede llegar a tener diferentes situaciones en sus

grupos sociales, lo cual complejiza su relación entre ellos. Por lo que el objetivo de esta investigación es analizar la relación de apoyo entre el adulto mayor y sus grupos sociales de un grupo de tres personas perteneciente a la comunidad de Lomas de Tabachines.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo, el tipo de estudio es un análisis de caso. La muestra fue de tres participantes y se levantó en los meses de septiembre a noviembre del 2014, en Zapopan, Jalisco, México. La muestra fue de tipo propositivo (Suri, 2011) debido a la facilidad de acceso para invitar a los participantes del grupo de adultos mayores del Voluntariado Estamos Contigo, A.C., en la comunidad de Lomas de Tabachines. Bajo los siguientes criterios de inclusión: mayor de 60 años y tener más de seis meses en el grupo.

Se recolectaron los datos con entrevistas semiestructuradas (Monje, 2011) y audio grabaciones (Vasilachis, 2006). Los documentos primarios se transcribieron, se revisaron, se dieron lectura y se codificaron con apoyo del software Atlas. Ti versión 7 (Flick, 2007). Se realizó un análisis temático, donde se identificaron y describieron temas, se determinaron los vínculos entre estos temas, se elaboró un esquema para una posterior integración a un modelo interpretativo (Boyatzis, 1998).

Las consideraciones éticas están basadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, los cuales indica que es una investigación de bajo riesgo y en la cual los participantes accedieron a firmar una carta de consentimiento (2013).

Resultados

Se entrevistaron a tres adultas mayores, dos viudas y una separada, con edad promedio de 73 años. Ninguna es originaria de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Proviene de otros municipios y ya tienen más de 30 años viviendo en Tabachines en el municipio de Zapopan. Ninguna trabaja y todas viven con hijos y nietos.

Tabla 1. Datos demográficos

Datos demográficos			
	E1	E2	E5
Edad	72	61	86
Origen	Venustiano Carranza, Michoacán.	Cd. Guzmán, Jalisco.	Ayotlán, Jalisco.

Años en GDL	42	42	33
Hijos	8	6	8
Edo civil	Viuda	Separada	Viuda
Ocupación actual	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Ocupación en	Aseo en casa	Trabajo en casa	Ama de casa
Con quien vive	Dos hijos y nieta	2 hijas y 2 nietos	Hija y yerno y 3 nietos

Fuente: Elaboración propia

Las cuatro categorías generadas a partir de los datos son los grupos de apoyo del adulto mayor, tipos de apoyo, aportaciones del adulto mayor y beneficios para el adulto mayor. Las cuales se explican a continuación:

Los grupos de apoyo con los que cuenta el adulto mayor

En este apartado se conformó por seis códigos conformados en tres subcategorías de análisis: amistades, instituciones y familia.

Figura 1. Grupos de apoyo



Fuente: Elaboración propia

El entorno de la persona mayor está compuesto por su familia, con quienes comparten la vivienda, usualmente con las hijas y su familia: *“Vivo con mi hija, su esposo y sus dos hijos”*, *“Con dos de mis hijas, una es soltera y la otra tiene dos hijos”*.

Refieren tener más hijos y familia, los cuales viven en la zona o en otras colonias, aunque su visita es poco frecuente: *“Los otros están casados, solo uno viene a verme”*.

La convivencia de la persona mayor se refiere al tipo de contacto que tiene en este caso con su familia, donde mencionan en general que no tienen mucha convivencia con sus familiares, *“Pues, así como, aunque este aquí esta hija y la madre soltera, si está aquí platicando y llego yo luego se va, no quiere convivir conmigo. Con estos nietos, pues, así como si fueran aquí míos, los de allá pues no porque no les puedo decir nada porque luego las mamás se enojan”*.

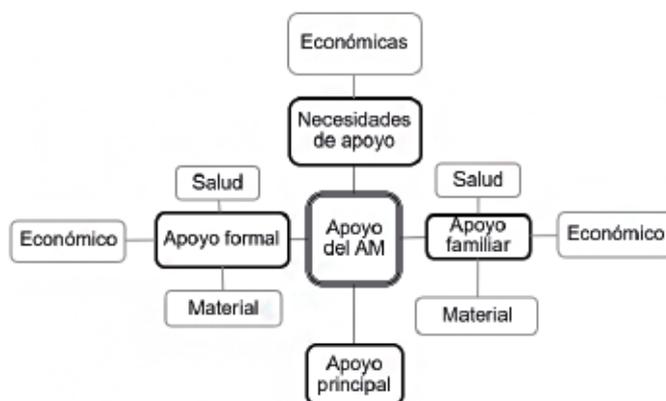
Se encontró el grupo de amistades, el cual son el grupo de personas que mantienen un vínculo de confianza. Donde los adultos mayores refieren tener alguna amiga: *“No, amigos muy amigos no. Últimamente con las del DIF, tengo una única amiga que vive por las Torres”*.

Las tres personas adultas mayores coincidieron en asistir al menos a una institución ya sea privada o gubernamental *“Nomás al centro de salud y en el templo de San Javier”*, *“Voy a las despensas, pero tengo años de ir al DIF”*.

Apoyo con los que cuenta la persona mayor

En este apartado está conformado por cuatro subcategorías; principal apoyo, necesidades de apoyo, apoyo formal y apoyo familiar. Dentro de las cuales se identificaron ocho códigos, los que se muestran a continuación.

Figura 2. Apoyos de la persona mayor.



Fuente: Elaboración propia

El principal apoyo se refiere al primer apoyo que tiene la persona mayor, con el que considera que cuenta. A esto refieren las personas adultas mayores que cuentan con sus hijas: *“Cuento nada más con esta (hija) y la maestra, la que fue ese día a verme cantar”*.

Las necesidades de apoyo se definen como los requerimientos que reporta la persona mayor, como en estos casos que son económicas *“Ya son mil pesos, pero no*

me ajusta porque pues les hecho para que almuercen y coman lonche y luego al venir pues la comida de todo el día y que ya pues se tiene uno que lavar, para el jabón, para el rolo, para todo y para mismo ellos”.

El apoyo formal, se refiere al apoyo por parte de las instituciones con el que cuenta la persona mayor ya sea de carácter económico: “Me dieron una pensión de mi marido, fue lo de... Pues dijeron que era de la afore o yo no sé qué es”, “Cuando cumplí los 70 fui yo, empecé a ir como en mayo, yo los cumplo en abril, en mayo. Cada dos meses me dan”. De tipo material y de salud: “Es que nos dan la medicina ahí, nos dan medicina el doctor, porque nosotros estamos yendo a los ejercicios y la puntualidad es la que vale y tengo el seguro”.

En cuanto al apoyo familiar, se refiere a la ayuda con la que cuentan por su familia, en este caso refieren principalmente apoyo de los hijos en distintos tipos como el de salud: “Todos se preocupan todos cuando pues algo que ocupo pues la más grande los hace que aflojen. Como una vez me compraron un deste para tomar presión y pues a todos...”.

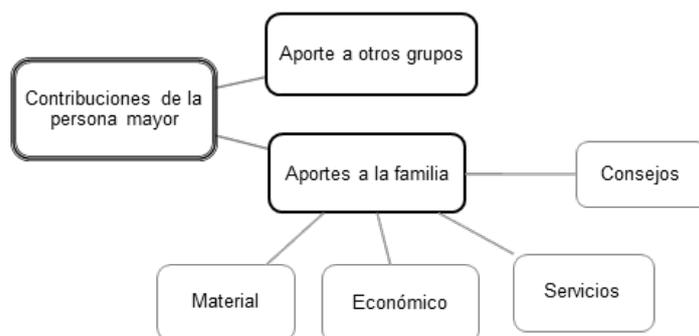
Así como de tipo económico, donde aportan de forma monetaria “Ellos si me dan, pero para mismo ellos, mi hija me da 500, la mitad de lo que gana. Y mi hijo también me da 500”.

También hacen aportación de tipo material “Las otras traen para comer ... traen todo pues todo traen, una trabaja en soriana, ella trae pues trae que rolo, que, para trapear, que jabón para lavar y pues todo arrima ella”.

Contribuciones de la persona mayor a sus grupos

Este apartado está conformado por dos subcategorías; Aporte a otros grupos y aporte a la familia. Esta última cuenta con cuatro códigos.

Figura 3. Contribuciones de la persona mayor



Fuente: Elaboración propia

Una de las contribuciones que hace el adulto mayor a su familia es a través de consejos, los cuales son una opinión que da el adulto mayor a manera de guía: *“A mi nuera cuando mi hijo estuvo muy grave, le dije mira no te hacen falta mis consejos, tu trata muy bien a mi hijo, pero, así como esta tienes que tener más paciencia”*.

Otra aportación que hacen es a través de servicios, las cuales son actividades como cuidados, cocinar, hacer el aseo que provee la persona mayor: *“En la mañana, pero venimos hasta las 3 y ya a las 3 vengo hacerles algo de comer a las que van a venir en la tarde”*, *“les hago la comida, les sirvo su lonche”*.

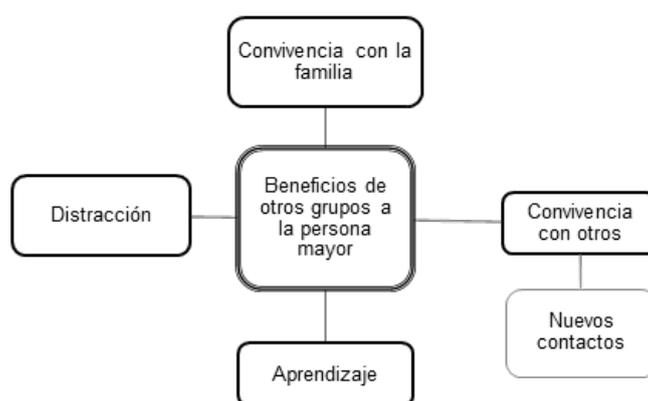
Así como también aportan de forma económica *“Ando poniendo a veces de lo que yo tengo...mira como el agua por eso no la pague por que tuve que compre el gas, porque ya cuando empieza a humar, ya no me dura...”*. O en otro caso material: *“Ayer puse el ultimo frijol de mi despensa que me dan en la iglesia”*, *“Cuando menos con gusto reciben lo que traigo en la despensa”*.

Por último, la contribución que hace el adulto mayor es con cierta participación, en esta ocasión un adulto menciona *“El taller me hizo ser artista, ahora canto, actuó.”*, otro refiere *“No participo, pero les cuento a mi familia lo que escucho”*.

Beneficios de convivir con otros grupos para la persona mayor

Este apartado se definió en cuatro subcategorías; distracción, aprendizaje, convivencia con la familia y convivencia con otros. Este último cuenta con un código el cual es nuevos contactos.

Figura 4. Beneficios de otros grupos a la persona mayor.



Fuente: Elaboración propia

La convivencia con otros, se refiere a que la persona mayor tiene oportunidades de convivencia con otras personas por estar en otros grupos: *“En los talleres que voy, me gusta más convivir con las personas. Hablo un poquito más con las personas. Cuando mi hijo estaba muy grave me consolaba mucho (la tallerista)”*

Esta convivencia da oportunidad de tener nuevos contactos, las personas mayores contactan a nuevas personas fuera de su círculo: *“De perdis conoce uno más amigas, más de compañeras que van ahí. Yo antes de no saludaba a nadie... Y ya ahora cualquiera me saluda...”*.

Uno de los beneficios de asistir al grupo es en la convivencia de la familia, donde hacen compartimientos de su grupo o taller: *“Luego que vengo y les cuento a mis hijos, bueno a los que están aquí; a veces están cenando y llego, así me pongo la silla ahí y están cenando y están comiendo y empiezo a platicar”, “No he hecho bien las tareas (que le dejan del taller) porque ellos (los nietos) son los que me ayudan a hacerla jajaja ellos me ayudan con gusto. Invito a mi familia cuando hay eventos y participo, ellos van”*.

También mencionan que el asistir a otros grupos les genera distracción *“Estoy pensando en lo que veo del taller y pienso si no tuviera ese ratito de distracción...”*, *“(los hijos) dicen a veces andas no más en la pura calle y les digo ¿Qué quieren? ¿Qué me este sentada nomás cabeceando? Me voy, me enseñó a hacer cosas y me distraigo no estoy encerrada”*

Así como lo ven, es una forma de aprendizaje, el cual lo definimos que adquiere otros conocimientos por el grupo: *“Ahora para uno que está empezando a vivir es como aprender algo, ¿eda? Es como si alguien va a la escuela, saber leer”*, *“Muchos consejos buenos que me ha sabido dar y que yo he sabido entenderá”*.

Discusiones

La dinámica familiar en las personas adultas mayores ha cambiado, observamos con los resultados que la familia atraviesa por cambios estructurales, de organización y relaciones. La red de apoyo para los adultos mayores opera principalmente a través de los principales grupos de relación que tienen. Las personas adultas mayores cuentan con una red de apoyo social reducida debido a las pocas oportunidades que tienen para hacerlo (Sluzki, 1998). La red formal se puede convertir en un amortiguador para su red principal, la familia.

Como lo menciona Sánchez (2000) la familia es un grupo central para el adulto mayor. La satisfacción de los vínculos con las redes es significativa (Polizzi y Arias, 2014), por lo que, al referir poca convivencia con la familia, la satisfacción se ve disminuida. La compañía social se vuelve una necesidad para la persona mayor y esta se renueva en medida que tienen una posibilidad de mantener las redes de apoyo, lo cual se crea a través de las redes formales como asociaciones civiles o instituciones de gobierno, siendo la red formal propiciadora de un entorno que crea más relaciones como indica Vives, et al (2015).

Sin embargo, dicha observación se hace en una muestra pequeña, sería interesante

ver la relación de apoyo de los adultos mayores con sus grupos en una muestra más grande e incluir la participación masculina para observar similitudes o distinciones.

A pesar de ello, esta investigación demuestra la importancia de los grupos con los que se relaciona el adulto mayor. Por ello es importante proponer mayores investigaciones sobre el tema, debido a la importancia que estas tienen como una forma de construcción de grupos de red de apoyo, las cuales pueden propiciar mayores y mejores relaciones para el adulto mayor.

Conclusiones

El apoyo social que perciben proviene en mayor medida de la familia e instituciones, son especialmente de tipo económico, de salud y material.

Los grupos de apoyo de los adultos mayores son escasos, el apoyo principal es el familiar. Su relación con amigos y vecinos es de poca confianza, centrándose en la familia específicamente en las hijas con las que viven, quienes son su principal apoyo.

Los hijos proporcionan apoyo de tipo material, económico de salud, pero para los adultos mayores son escasos esos apoyos debido a que en ocasiones ellos tienen que poner para el hogar u otras necesidades. Las adultas mayores apoyan a su familia con servicios, dinero y consejos. El apoyo que reciben no es suficiente para ellas, siendo una relación donde las mujeres mayores buscan mayor reciprocidad con la familia.

Así como también tienen la necesidad de otro tipo de apoyo como la compañía social. Por lo que al asistir a grupos cubren esa necesidad, donde con otros compañeros se acompañan y comparten experiencias. Al mencionar que son una distracción, refieren que les da un beneficio de compañía y además aprenden. En este último punto, es interesante cómo al decir que “me enseñó y me distraigo” están ligando el entretenimiento con el aprendizaje.

Por otra parte, destaca la participación de los adultos mayores en diferentes grupos de origen público y privado. Lo cuales se vuelven parte de su rutina. Así como un elemento propiciador para generar otros contactos, creando nuevas experiencias. Además, la asistencia a talleres motiva a la participación del adulto mayor, así como hace a sus familiares partícipes de sus actividades. Por lo que, al invitarlos a los eventos, al comentarles cómo les fue en el taller o al compartirles los aprendizajes genera nuevas formas de convivencia, haciendo cambios en la forma de relacionarse con ellos y con otros contactos.

Las relaciones de apoyo de las personas mayores entre grupos son satisfactorias en

medida que haya una reciprocidad. La relación de apoyo de la persona con sus grupos se da en lo económico, material y de salud, sin embargo, para él es importante la convivencia y la compañía. Por lo que el participar en grupos que generen nuevas formas de relacionarse con ellos y con su familia, le crea satisfacción por que le ayuda a cubrir esas necesidades. Para la persona mayor es importante su familia, pero siempre y cuando su relación sea satisfactoria para él.

Para finalizar, se observa la importancia de la asistencia a otros grupos, ya que tienen una influencia en la convivencia familiar, teniendo un impacto en sus relaciones. Propician formas de interacción entre la persona mayor, las redes de apoyo y la familia. Creando nuevas formas de relacionarse, proporcionándole a la persona mayor otras formas de acercamiento y de convivencia con sus grupos anteriormente conformados y nuevas relaciones.

Referencias

Boyatzis, R. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Sage Publications.

Eguiluz L., Robles, A., Rosales, J., Ibarra, Córdova, A., Gómez, J. y González-Celis, A. (2003). *Dinámica de la familia*. Editorial Pax México.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Garza-Sánchez, R. I., y González-Tovar, J. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias pro sexo en muestra del norte de México. *Interacciones*. 4(3), 191-198. <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/publicacion/el-apoyo-social-en-la-vejez-diferencias-por-sexo-en-una-muestra-del-norte-de-mexico/>

Golden, J., Conroy, R. M., y Lawlor, B. A. (2009). Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health y Medicine*. 14(3), 280-290. <https://doi.org/10.1080/13548500902730135>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Censo de población y vivienda. INEGI. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2010). Por una cultura del envejecimiento. INAPAM. http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf

Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Guía didáctica. Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Programa de Comunicación Social y Periodismo.

Medina, A. M., y Santacruz, C. (2018). Aproximación a la experiencia de personas viejas que viven solas en contextos precarios: Ciudad de Bolívar, Bogotá-Colombia. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 531-543. Doi: 10.1590/s0104-12902018170964.

Polizzi, L., y Arias, C. J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170964>

Sánchez, C. D. (2000). *Gerontología Social*. Espacio.

Secretaria de Salud. (2013). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [http://www.salud.gob.mx /unidades/cdi/nom/com-pi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/com-pi/rlgsmis.html)

Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>.

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Vives, M., Orte, C., y Ballester, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat Oberta Per a Majors. *Pedagogia social. Revista interuniversitaria*. 25. 299-317. <https://www.re-dalyc.org/pdf/1350/135043709014.pdf>

Sluzki, C. E. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.

RELACIONES INTERGENERACIONALES Y APOYO EMOCIONAL A PERSONAS MAYORES

Catalina Tapia Pinto, Héctor Varela Véliz, José Avalos Jiménez, Francisca Durán Ortiz, Joaquín Herrera Barahona, Valentina Higuera Higuera, Angélica Neyra Alarcón

Universidad de Antofagasta

Resumen

El entorno desde la familia a la comunidad influye en el tipo de envejecimiento de las personas. Objetivo. Determinar las relaciones entre Apoyo social, relaciones intergeneracionales y Soledad Social. Metodología. Estudio correlacional, con muestra urbana de 328 personas mayores de Antofagasta (Chile). Se utilizó una encuesta, aplicada en el hogar. Se respetaron los criterios éticos. Resultados: las tablas de contingencia demostraron que los niveles de soledad y apoyo social marcan diferencias estadísticamente significativas el p valor es menor a 0.01. con variables como: edad, estado civil, ingreso económico, escolaridad, depresión, y frecuencia de relaciones intrafamiliar con los hijos y nietos, y en lo extrafamiliar con amistades. Conclusión. Las personas envejecidas perciben apoyo u abandono según el entorno socio familiar y comunitario inmediato, su barrio.

Palabras claves

Personas mayores, Apoyo social, Soledad, Relaciones intrafamiliares y Relaciones extra familiares

Introducción

Los resultados del censo 2017 en Chile, proyectan que el número de personas mayores son 2.260.222, cifra que representa un 11.4 % del total de la población del país, (Instituto Nacional de Estadística, 2019) esta cifra es un claro indicador del envejecimiento de la población, por el cual existen diferentes políticas públicas, que buscan dar respuestas a las disímiles demandas y/o problemas que involucra este alto porcentaje de personas envejecidas y que aumentará progresivamente en el país. La forma de envejecer depende entre otras características del entorno entendiendo por éste, el conjunto de factores sociales, culturales, morales, económicos que rodean e influyen a una persona o un grupo (Fernández y Corraliza, 2000) la importancia del entorno está presente en la Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012-2025) que busca mantener la calidad de vida de las personas a medida que van envejeciendo, para ello favorece el autocuidado, la autonomía y fomenta la participación social de modo de aplazar o evitar la dependencia severa (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012).

Esta política nacional, tiene su fundamento teórico, en una estrategia de la OMS que incorpora el concepto el envejecimiento activo definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación social y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.) Este concepto, deja claro la estrecha relación entre el dónde y cómo se envejece están estrechamente relacionados, a la vez que fundamenta las diferencias que existen en las poblaciones envejecidas.

Desde lo socio-comunitario emergen atributos como el apoyo social, concepto definido desde la sociología, psicología social, antropología y que a modo general es el intercambio de recursos de diferentes índoles percibidos tanto por el receptor o donante como satisfactorios y que favorecen el bienestar de ambos. En la mayoría de las definiciones de este concepto se establecen dimensiones, la primera se refiere al aspecto estructural que implica el número de relaciones, la frecuencia de contacto, es decir valora la cantidad de relaciones que establece una persona con su red social; la otra dimensión recoge el aspecto funcional como es la provisión de apoyo sea este de carácter emocional, económico, de información y/o instrumental, es la existencia de relaciones significativas para una persona. (Aranda y Pando, 2013) Este concepto tiene diferentes instrumentos que captan la

“percepción de apoyo social de una persona” En este estudio se utilizó el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC diseñado por Broadhead en 1988 (Banco de Instrumentos, 1996). Interesó contrastar a nivel empírico la percepción de los conceptos apoyo social y Soledad social, a través de un instrumento creado por Rubio, Pinel y Rubio (2010. Pág.3) que midió la soledad social según Weis (1973) como la percepción de falta de pertenencia a un grupo o red. Teóricamente la

percepción tanto de déficit de apoyo social, de redes formales e informales, como de relaciones significativas pueden generar sentimientos de soledad, los que pueden converger en síntomas depresivos; los cuales a nivel nacional se reportan para el rango de edad de 65 y más años un 11.2%, mayor en las mujeres (16.9%) que en los hombres (4.1%), cifras de la Guía clínica, depresión en personas de 15 y más años, 2013. En este estudio se incorporó el test reducido de cinco ítems de Yesavage, para estudiar esta posible asociación, que según Hoyle, Valenzuela, y Marín (2000) demostró ser tan efectiva como la de 15 ítems.

Lo intergeneracional está presente desde 1982, en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, posteriormente, la Organización de Naciones Unidas declara las relaciones intergeneracionales como una dimensión del año internacional de las personas mayores (1999), luego en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento el 2002 se reconoció la *“necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presente las necesidades de las personas mayores y los más jóvenes y de alentar las relaciones solidarias entre generaciones”*. Para profundizar y visibilizar esta temática, el 2012 se declaró el *“Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional”*; esta solidaridad requiere como mínimo la posibilidad de relaciones entre generaciones, definida según Sánchez (2010) como: los procesos recíprocos de orientación, influencia, intercambio y aprendizaje entre los miembros de dos o más generaciones.

En este estudio se incorporó la relación intergeneracional (intrafamiliar y/o extrafamiliar) que puede cambiar la percepción del apoyo social y/o la soledad. Las relaciones intergeneracionales se han estudiado como componente del envejecimiento activo o un principio en las sociedades envejecidas (Balseca-Barantes, J y Chiliquinga-Vejar, L.2016, Alpizar Jiménez, I.2017). Otras veces, como factor que modula la percepción del apoyo, y soledad (Sarasty Almeida, J, González Gómez, M, y Velasco Charfuelán. 2014; Salazar Villanea, M, y Castro Gómez, M. J. 2019). Según el manifiesto Día Europeo de solidaridad entre generaciones, (2020) en toda sociedad, las relaciones intergeneracionales son el escenario imprescindible para contactarse, recibir y/o entregar afecto, y son el vehículo que permite a los miembros de una sociedad entenderse a sí mismos, comprender su entorno y orientar sus vidas y proyectarlas hacia el futuro.

La familia es el primer lugar donde se desarrollan los ciclos de vida personal y familiar en continuas interacciones interdependientes. En la vejez, especialmente en las personas mayores que viven solas, las relaciones extrafamiliares suelen ser el único vínculo relacional con el mundo exterior. Estas relaciones fundamentan el desarrollo y evolución de los programas o proyectos intergeneracionales los cuales se caracterizan por favorecer la cohesión socio-comunitaria, que beneficia a los participantes de todas las edades de una comunidad. (Sánchez, Kaplan, Sáez, 2010).

A partir de un contexto comunitario urbano en el que habitan una importante cantidad de personas mayores, se profundiza la compleja relación entre varios constructos de carácter social. Los objetivos de este estudio fueron a) determinar la relación entre la soledad social, según el grado de apoyo social y las características sociodemográficas y b) determinar relación entre la soledad social y las relaciones intergeneracionales c) identificar deseabilidad de apoyo intergeneracional por actividades de la vida diaria según frecuencia de relaciones intergeneracionales

Metodología

El diseño fue descriptivo correlacional. El universo según El CENSO 2017 señala que viven 2187 personas de 60 a 100 y más años, en el sector habitacional, Gran Vía de la ciudad de Antofagasta, según datos del censo comunal 2017. Se trata de un sector con una alta población de personas Mayores. Se trabajó con una muestra de tipo no probabilística intencional, conformada por 328 personas mayores, las que fueron entrevistadas en sus hogares, para lo cual se obtuvo la autorización de la organización comunitaria, (junta de vecinos) quienes cooperaron localizando los hogares donde habitan personas mayores. Se confeccionó una encuesta compuesta de tres apartados, el primero correspondía a variables de tipo descriptivas o biodemográficas, socio familiares y de salud, el segundo apartado corresponde a las escalas utilizadas en el estudio: a) se utilizó el cuestionario de apoyo social de Duke-UNC, de 11 ítems de tipo Likert.

De acuerdo al puntaje se obtienen dos niveles, normal y bajo, la asignación del puntaje se realizó del mismo modo que Castellano C, 2014 (p368); b) la escala de Soledad Social, (ESTE II), compuesta por 15 ítems de tipo Likert; según el puntaje se categoriza en baja, mediana o alta soledad social. Las escalas presentan una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.827, 0.723 respectivamente, valores aceptables para este tipo de estudio, c) la escala de depresión geriátrica de Yesavage, en su versión de 5 ítems que reporta una sensibilidad del 97% y especificidad del 85%. La confiabilidad por el alfa de Cronbach fue de 0.92.

La última sección del cuestionario corresponde a la presencia de relaciones y la deseabilidad de apoyo intergeneracional, para lo cual se construyó un índice, siguiendo la división de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Se consignaba necesidad de apoyo y frecuencia de éste.

Para lo intergeneracional, se consultó la existencia de relaciones intrafamiliares como: hijos, nietos, y bisnietos; y extrafamiliar se consideró amistades y vecinos. En cada tipo de relación se consignaba una frecuencia desde diaria hasta 1-2 veces al año.

La recolección de datos a domicilio la realizaron estudiantes tesistas, de la carrera de Enfermería, Universidad de Antofagasta, Chile. Los criterios de inclusión:

mínimo 60 años de edad, que habiten en el sector habitacional Gran –Vía. El criterio de exclusión: el deterioro cognitivo severo, que no puedan responder la encuesta. Requisitos éticos. Este estudio tiene certificación ética otorgada por el comité de investigación científica y ética de la Universidad de Antofagasta. El trabajo de campo, se inició con una reunión ampliada de la junta de vecinos donde se informó del proyecto, posteriormente junto a un integrante de la junta de vecinos, en cada domicilio se entregaba información, se leía la carta de consentimiento a las personas mayores, se les consultaba si deseaban participar, en este caso firmaban el consentimiento informado y se completaba la encuesta. Las personas también pudieron retirarse si lo deseaban en cualquier momento. El tiempo de recolección de datos fue de 3 meses.

Técnica de análisis de datos. Se realizó la caracterización descriptiva de los resultados, a través de tablas de distribución de frecuencia numérica y porcentual. Para estudiar asociación entre variables se realizaron tablas de contingencia utilizando la prueba Ji-cuadrado Los análisis se desarrollaron con el software SPSS. Versión 21.

Resultados

Las principales características descriptivas de la muestra (tabla N°1) fueron: 68.6% pertenecen al género femenino, el rango de edad osciló entre los 62 a 98 años, con una media de 73, 68 años (DE= 7.329); el rango etario 60-74 años, alcanzó el 60.1%, los 75 y más años de edad, logra el 39.9%. Son casados el 53%, viudos un 24.7%, solteros el 14.6% y un 7.6% divorciado. El nivel de escolaridad básico representa el porcentaje más bajo (10,7%), mientras que la categoría universitaria logra el mayor porcentaje en la muestra (39.6%). El rango de ingreso económico sobre \$ 290.000 obtuvo el 64.3%, transformándose en la mayor distribución porcentual

Tablas N ° 1. Características descriptivas de la muestra

Variables	n	Porcentaje (%)
Género	Masculino	103 31,4
	Femenino	225 68,6
Edad (rangos)	60-74 años	197 60,1
	75 y más años	131 39,9
Estado civil	Soltero	48 14,6
	Casado	174 53
	Divorciado o separado	25 7,6
	Viudo	81 24,7

Nivel de escolaridad	Básica	35	10,7
	Media	84	25,6
	Técnica	79	24,1
	Universitaria	130	39,6
Ingreso económico mensual personal (Rangos en pesos chilenos)	Menos de \$50.000	12	3,5
	Entre \$60.000 y \$120.000	31	9,5
	Entre \$121.000 y \$180.000	41	12,5
	Entre \$181.000 y \$290.000	33	10,1
	Más de \$290.000	211	64,3
Total		328	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a características socio-familiares (tabla N°2) el 89.3% tienen hijos, nietos el 80.8%, y la presencia de bisnietos alcanza al 25.3%. La presencia de generaciones por hogar fue mayoritaria en un 55.8% para la presencia de una generación que corresponde a los hijos, la convivencia con hijos y nietos, es decir dos generaciones llegó al 18.9%, tres generaciones alcanzaron el 13.7%. En relación a la frecuencia y el tipo de relaciones tanto intra como extrafamiliares.

Tabla N°2. Características socio-familiares

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin Hijos	35	10,7
1- 3 hijos	230	70,1
4 o más hijos	63	19,2
Número de Nietos		
Sin nietos	63	19,2
1 – 3 nietos	121	36,9
4 o más nietos	144	43,9
Número de bisnietos		
Sin bisnietos	245	74,7
1 – 3 bisnietos	55	16,8
4 o más bisnietos	28	8,5
Generación por hogares		
Personas solas	38	11,6
Comparten con una generación	183	55,8
Comparten con dos generaciones	62	18,9
Comparten con tres generaciones	45	13,7
Total	328	100

Fuente: Elaboración propia

La presencia de generaciones por hogar fue mayoritaria en un 55.8% para la presencia de una generación que corresponde a los hijos, la convivencia con hijos y nietos, es decir dos generaciones llegó al 18.9%, tres generaciones alcanzaron el 13.7%. En relación a la frecuencia y el tipo de relaciones tanto intra como extrafamiliares, (Tabla N°3), se encontró que la categoría semanal a diaria alcanza la mayor distribución porcentual para hijos de 88.7 % y 76.6% para nietos, para los bisnietos el porcentaje baja a 44.6%; el valor del n cambia según la existencia de los miembros en la familia.

Tabla N° 3. Relaciones tanto intra como extrafamiliares

Relaciones intrafamiliares	Frecuencia	Porcentaje (%)
Frecuencia de relación con los hijos		
Ausencia de relación	4	1,4
Frecuencia 1-2 veces al año	13	4,4
Frecuencia quincenal- mensual	16	5,5
Frecuencia diaria- semanal	260	88,7
Total	293	
Frecuencia de relación con los nietos		
Ausencia de relación	11	4,2
Frecuencia 1-2 veces al año	23	8,7
Frecuencia quincenal- mensual	28	10,6
Frecuencia diaria- semanal	203	76,6
Total	265	
Frecuencia de relación con los bisnietos		
Ausencia de relación	15	18,1
Frecuencia 1-2 veces al año	20	24,1
Frecuencia quincenal- mensual	11	13,2
Frecuencia diaria- semanal	37	44,6
Total	83	100
Relaciones extrafamiliares		
Frecuencia de relación con vecinos		
Ausencia de relación	166	50,6
Frecuencia 1-2 veces al año	11	3,4
Frecuencia quincenal- mensual	47	14,3
Frecuencia diaria- semanal	104	31,7
Frecuencia de relación con amistades		
Ausencia de relación	88	26,8
Frecuencia 1-2 veces al año	27	8,2
Frecuencia quincenal- mensual	94	28,7
Frecuencia diaria- semanal	119	36,3
Total	328	100

Fuente: Elaboración propia

Para relaciones extrafamiliares se consultó por amistades y vecinos, los resultados indican ausencia de relación en un 50.6% para vecinos y para amistades un 26.8%. La categoría semanal-diaria alcanza porcentajes similares para amistades un 36.3% y vecinos un 31.7%. En relación a la deseabilidad de apoyo intergeneracional (tabla N°4) para las actividades básicas de la vida diaria, el 97.3% no desea recibir apoyo, y sólo 1.5% desean apoyo para vestirse.

Tabla N°4. Deseabilidad de apoyo intergeneracional

Deseabilidad de apoyo intergeneracional para actividades básicas de la vida diaria	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin deseabilidad de apoyo	319	97,3
Deseabilidad de apoyo solo para vestirse	5	1,5
Refiere Apoyo para bañarse y vestirse	3	0,9
Refiere Apoyo para alimentarse, bañarse y vestirse	1	0,3
Deseabilidad de apoyo intergeneracional para actividades instrumentales de la vida diaria		
Sin deseabilidad de apoyo	150	45,7
Deseabilidad de apoyo en una actividad (uso de nuevas tecnologías)	105	32,0
Deseabilidad de apoyo en dos actividades uso de nuevas Tecnologías y otra (limpieza del hogar, preparar comidas, acompañar a trámites o controles de salud)	30	9,1
Deseabilidad de apoyo en tres actividades uso de nuevas tecnologías y otra dos actividades	31	9,2
Deseabilidad de apoyo cuatro actividades en uso de nuevas tecnologías tres actividades	12	4,0
Deseabilidad de apoyo intergeneracional para actividades avanzadas de la vida diaria		
Sin deseabilidad de Apoyo	148	45,1
Deseabilidad de apoyo en actividades pedagógicas, artísticas o deportivas (una actividad)	74	22,6
Deseabilidad de apoyo en actividades pedagógicas, artísticas o deportivas (dos actividades)	57	17,4
Deseabilidad de apoyo en actividades pedagógicas, artísticas o deportivas (tres actividades)	49	14,9

Fuente: Elaboración propia

En las actividades instrumentales el 45.7% no desea apoyo mientras que el 32.0% manifiesta deseabilidad de éste para el uso de nuevas tecnologías, luego en diferentes porcentajes desean apoyo para realizar dos a cuatro actividades como: limpieza del hogar, preparar la comida y el acompañamiento para controles de salud, o trámites, pero siempre los participantes incluían el uso de tecnología. Para las actividades avanzadas de la vida diaria, el mayor porcentaje de deseabilidad se encontró para una actividad sea de carácter pedagógica, artística o deportiva alcanzando el 22.6%, para dos actividades el 17.4% y el 14.9% desea apoyo en tres actividades.

Los instrumentos utilizados (tabla N° 5) arrojaron los siguientes datos, un 80.8% declaró baja percepción de soledad, y apoyo social normal el 96.3%, el 10.1% se clasificó con depresión.

Tabla N° 5. Distribución numérica y porcentual de las Escala ESTE II, Escala DUKE UNC.

Y Escala de Depresión de Yesavage en personas mayores de Antofagasta, 2019.

Escala de Soledad Social Escala ESTE II	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo nivel de Soledad Social	265	80,8
Regular nivel de Soledad Social	60	18,3
Alto nivel de Soledad Social	3	0,9
Escala de Apoyo social. DUKE UNC.	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo apoyo social	12	3,7
Normal apoyo social	316	96,3
Escala de depresión abreviada de Yesavage	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin depresión	295	89,9
Con Depresión	33	10,1
Total	328	100

Fuente: Elaboración propia

A través de una tabla de contingencia se analizó la relación entre los niveles de apoyo social con las variables: edad, sexo, estado civil, nivel de ingreso económico personal, nivel de escolaridad, soledad social y como variable de salud depresión (tabla N° 6).

TABLA N° 6. Relación entre los niveles de apoyo social y variables

	NIVELES DE APOYO SOCIAL					
Sexo	Bajo	Normal	Total %	X ²	P. Value	
Masculino	16,7	32,0	31,4	1,256	,262	
Femenino	83,3	68,0	68,6			
Edad Rangos						
60-74 Años	33,3	61,1	60,1	3,709	,054	
75 y más Años	66,7	38,9	39,9			
Estado Civil						
Soltero	25,0	14,2	14,2	10,176	,017	
Casado	8,3	54,7	54,8			
Divorciado	16,7	7,3	7,3			
Viudo	50,0	23,7	23,7			
Escolaridad						
Básica	16,7	10,4	10,7	8,569	,036	
Media	58,3	24,4	25,6			
Superior incompleta	8,3	24,7	24,1			
Superior completa	16,7	40,5	39,6			
Nivel Ingresos (\$)						
Entre 50.00-120.000	16,7	13	13,1	1,56	,681	
121.000-290.000	33,3	22,2	22,6			
291.000 y más	50,0	64,9	64,3			
Depresión						
SIN Depresión	41,7	91,8	89,9	32,076	,000	
CON Depresión	58,3	8,2	10,1			
Soledad Social						
Baja	8,3	83,4	80,8	63,781	,000	
Regular	75,5	16,1	18,3			
Alta	16,7	0,3	0,9			
Total	100	100	100			

Fuente: Elaboración propia

Sólo para depresión y soledad social se encontró una asociación entre la percepción de apoyo social “normal” y baja percepción de soledad y ausencia de depresión, relación estadísticamente significativa utilizando la prueba Ji-cuadrado, que para estas dos variables el *p* valor es menor a 0.01.

TABLA N ° 7. Niveles de Soledad Social y Variables

Sexo	NIVELES DE APOYO SOCIAL				X ²	P. Value
	Bajo%	Regular%	Alto%	Total		
Masculino	33,2	25,0	0,0	33,2	2,916	,233
Femenino	66,8	75,0	100	66,8		
Edad Rangos						
60-74 Años	83,0	48,3	33,3	76,2	35,545	,000
75 y más Años	17,0	51,7	66,7	23,8		
Estado Civil						
Soltero	14,3	16,7	0,0	14,6	20,512	,002
Casado	58,2	31,7	33,3	53,0		
Divorciado	7,5	8,3	0,0	7,6		
Viudo	20,0	43,3	66,7	24,7		
Escolaridad						
Básica	5,3	33,3	33,3	10,7	54,702	,000
Media	23,4	33,3	66,7	25,6		
Superior incompleta	26,4	15,0	0,0	24,1		
Superior completa	44,9	18,3	0,0	39,6		
Nivel Ingresos (\$)						
Entre 50.00-120.000	8,8	22,0	66,7	11,8	18,573	,001
121.000-290.000	22,6	23,7	33,3	22,9		
291.000 y más	68,6	54,2	0,0	65,3		
Depresión						
SIN Depresión	95,0	71,2	33,3	90,1	41,553	,000
CON Depresión	5,0	28,8	66,7	9,9		
Soledad Social						
Baja	0,4	15,3	66,7	3,7	63,297	,000
Normal	99,6	84,7	33,3	96,3		
Total	100	100	100	100		

Fuente: Elaboración propia

Utilizando la misma prueba estadística y las mismas variables descriptivas, pero analizandola con soledad social, se observa (tabla N° 7) que según el rango etario perciben soledad social baja (60-74 años) o alta (75 y más años); en el estado civil casados perciben baja soledad, mientras que la viudez es significativamente alta; tener escolaridad superior se relacionó con soledad baja y alta en educación básica o media; el nivel de ingresos más bajo se distribuyó mayoritariamente en alta percepción de soledad, mientras que un mejor ingreso en baja; por último la presencia de depresión se asoció con alta percepción de soledad, se puede establecer que los niveles de soledad se asociaron con estas variables según los *p* valores y Ji-cuadrado.

Además, se demostró que hay asociación entre soledad social y apoyo, se observa que percibir un apoyo normal, se relacionó con niveles de soledad bajo a regular, mientras que bajo apoyo social se relacionó con alto y regular nivel de soledad. El análisis entre frecuencia y tipo de relaciones intergeneracionales según apoyo social (tabla N°8), indican que la relación con hijos nietos, y bisnietos para la relación intrafamiliar, y los amigos en lo extrafamiliar, establecen asociación con significancia estadística, con el tipo de frecuencia semanal a diaria con el apoyo social normal.

TABLA N° 8. Tipo de relaciones intergeneracionales según apoyo social

Relaciones Intrafamiliares	NIVELES DE APOYO SOCIAL				X ²	P. Value
	Bajo	Normal	Total %			
Frecuencia de relación Hijos (293)						
Ausencia de relación	11,1	1,1	1,4	14,775	,002	
Anual	22,2	3,9	4,4			
Quincenal a mensual	11,1	5,2	5,5			
Semanal a diaria	55,6	89,8	88,7			
Frecuencia de relación Nietos (265)						
Ausencia de relación	57,1	2,7	4,2	52,640	,000	
Anual	14,3	8,5	8,7			
Quincenal a mensual	14,3	10,5	10,6			
Semanal a diaria	14,3	78,3	76,5			
Frecuencia de relación Bisnietos (83)						
Ausencia de relación	100,0	13,9	18,1	19,051	,000	
Anual	0	25,4	24,1			
Quincenal a mensual	0	13,9	13,2			
Semanal a diaria	0	46,8	44,6			
Relaciones Extrafamiliares						
Frecuencia de relación con Amigos						
Ausencia de relación	75,0	25,0	26,8	14,914	,002	
Anual	0,0	8,5	8,2			
Quincenal a mensual	8,3	29,5	28,7			
Semanal a diaria	16,7	37,0	36,3			
Frecuencia de relación con Vecinos						
Ausencia de relación	75,0	25,0	26,8	3,083	,379	
Anual	0,0	8,5	8,2			
Quincenal a mensual	8,3	29,5	28,7			
Semanal a diaria	16,7	37,0	36,3			
Total	100	100	100			

Fuente: Elaboración propia

El análisis entre frecuencia y tipo de relaciones intergeneracionales según soledad social (tabla N°9) mantiene la relación con significancia estadística solo para nietos y amigos en la frecuencia semanal a diaria de relaciones intrafamiliar y extrafamiliar respectivamente según los p valores y Ji-cuadrado.

TABLA N° 9. Frecuencia y tipo de relaciones intergeneracionales según soledad social

NIVELES DE APOYO SOCIAL						
Relaciones Intrafamiliares	Bajo	Regular	Normal	Total %	X ²	P. Value
Frecuencia de relación Hijos (293)						
Ausencia de relación	0,8	4,0	0,0	1,4	15,35	,018
Anual	3,3	8,0	50,0	4,4		
Quincenal a mensual	5,4	6,0	0,0	5,5		
Semanal a diaria	90,5	82,0	50,0	88,7		
Frecuencia de relación Nietos (265)						
Ausencia de relación	1,9	12,8	50,0	4,2	22,92	,001
Anual	8,3	10,6	0,0	8,7		
Quincenal a mensual	10,6	10,6	0,0	10,6		
Semanal a diaria	79,2	66,0	50,0	76,6		
Frecuencia de relación Bisnietos (83)						
Ausencia de relación	11,3	28,6	50,0	18,0	7,184	,304
Anual	26,4	21,4	0,0	24,1		
Quincenal a mensual	11,3	17,9	0,0	13,3		
Semanal a diaria	50,9	32,1	50,0	44,6		
Relaciones Extrafamiliares						
Frecuencia de relación con Amigos						
Ausencia de relación	20,4	51,7	100	26,8	34,21	,000
Anual	8,3	8,3	0,0	8,2		
Quincenal a mensual	30,6	21,7	0,0	28,7		
Semanal a diaria	40,8	18,3	0,0	36,3		
Frecuencia de relación con Vecinos						
Ausencia de relación	46,8	65,0	100	50,6	13,71	,033
Anual	3,0	5,0	0,0	3,4		
Quincenal a mensual	17,0	3,3	0,0	14,3		
Semanal a diaria	33,2	26,7	0,0	31,7		
Total	100	100	100	100		

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La importancia de la relación entre cómo se envejece y el entorno, está reconocida desde B. Neugarten (1996. Pág.30) planteamiento que se mantiene y observa en la actualidad, así los datos obtenidos en un grupo habitacional que se caracteriza por una alta población de personas mayores de la ciudad de Antofagasta, presenta diferencias en datos sociodemográficos nacionales, en esta muestra hay mayor presencia femenina, (68.6%) presentan mayor nivel educacional (39.6 % nivel universitario) y son más jóvenes, en comparación con datos de la Encuesta de calidad de vida del adulto mayor, e impacto del pilar solidario (2018).

En relación a los ingresos económicos, esta muestra presenta ingresos superiores el 64.3% tiene un ingreso económico sobre \$290.000 mientras a nivel nacional el 41% tiene un ingreso desde los \$ 110.201 a \$ 137.751. Existen diferencias metodológicas, entre los estudios nacionales señalados y esta muestra, sin embargo, igual reflejan realidades diferentes en un mismo país para un mismo grupo etario, pero en un entorno específico así hay diferencias para el rango etario, nivel educacional e ingresos económicos, es decir el entorno marca diferencia para cómo viven la vejez estas personas.

Las características familiares relevantes como el número de hijos coinciden con el estudio de Troncoso y Soto (2018), realizado con una muestra de Santiago Chile, en ambos estudios como promedio las familias tienen 3 hijos; en otro estudio calidad de vida en la vejez (2016 pág. 83), con muestra representativa de Chile se encontró que un 60% de personas mayores viven con sus hijos, el 38% con sus nietos, mientras que en nuestros resultados la convivencia con los hijos es 55.8%, con nietos 18.9%, incluso un 13.7% convive con los bisnietos. En las relaciones intrafamiliares con los hijos la frecuencia diaria a semanal alcanzó el 88.7%, los nietos alcanzan el 76.6% y baja al 44.6% en los bisnietos. Sólo el 25.3% de las personas mayores de esta muestra tienen bisnietos, sin embargo, la frecuencia de relación diaria a semanal igual fue la más alta.

Estos resultados están asociados a la convivencia de hijos, nietos y bisnietos en el mismo hogar, que favorecen las relaciones intrafamiliares y reflejan la existencia de vínculos entre las generaciones, lo que facilita las relaciones entre los miembros de una familia que comparten tiempo, actividades e intereses, fortaleciendo los intercambios de ayuda recíproca entre las generaciones, que fundamenta la solidaridad familiar, según Gomila, M A (2005 p 510).

Con respecto de la frecuencia de relaciones extrafamiliares con amigos y vecinos la ausencia de relación, es para los vecinos del 50.6% y para amistades el 26.8% estos datos son similares a los de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez (2016 p 92) en los cuales un 25.2% declara no tener amigos cercanos, y desconocer a sus vecinos.

La amistad, es una relación afectiva que conlleva confianza, cariño y preocupación hacia esa persona, en la cual ambas se sienten apoyados, mientras que la vecindad genera relaciones más de tipo social y funcional. Según Pinazo Hernandis, S y Sánchez Martínez M (2005 p 26) Las personas mayores suelen pedir ayuda emocional, instrumental e informacional a sus familiares, a los amigos y en su ausencia a los vecinos, favorecen a quienes han formado parte de su biografía personal como son sus familiares y amistades, esto les ayuda a mantener su integración social. Lo planteado por los autores referidos en este párrafo y Gomila, M A (2005 p 511) fundamenta que la frecuencia de relaciones con los hijos y amigos haya presentado diferencias estadísticamente significativas con el apoyo social y la soledad.

La familia, amigos y vecinos conforman la fuente del apoyo social básico para las personas mayores, pero ésta producto de los cambios asociados al envejecimiento se debilitan y emergen las relaciones y/ o contactos intergeneracionales como otras probables fuentes de apoyo social. Se consultó sobre la necesidad de apoyo intergeneracional asociándolo a las diversas actividades de la vida diaria, se encontró que para las actividades básicas el 97.3% declaró que no requiere o desea apoyo.

En el estudio nacional Encuesta de Calidad de Vida del adulto mayor, e impacto del pilar solidario (2018 p 30) las siguientes actividades para la vida cotidiana alcanzaron los siguientes valores vestirse (14.9%) bañarse (10.7%) comer (5.7%) mientras que, en esta muestra los valores son: (1.5%) bañarse y vestirse (0.9%) y las tres actividades (0.3%). En las actividades instrumentales, el 54.7% declara deseabilidad de apoyo especialmente para el manejo de nuevas tecnologías, que aisladamente alcanzó el 32.0%, pero está presente con otros tipos de actividades como limpieza del hogar, acompañamiento a controles de salud o realizar trámites, por tanto, este valor alcanza el 54.3%. Nueva tecnología consideró el uso de internet, en teléfonos y computadores, así como el uso de WhatsApp, Facebook, twitter.

Esta deseabilidad en aprender a usarlas, evidencia la necesidad de las personas mayores de estar integradas socialmente a través del uso de estas herramientas de la comunicación, en el artículo de González y Martínez (2017), señalan que la brecha digital que pueden tener algunas personas mayores, son consecuencia de la escasa formación que poseen en este ámbito, lo que confirma la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez (2016 p 74) en donde el 18.0% declara que no puede y no tiene ayuda para enviar correos electrónicos, y para realizar algún trámite en internet, evidenciando la necesidad de apoyo intergeneracional y/o falta de formación.

En el estudio realizado por Pacheco et. al., (2018), utilizaron la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet, y para la depresión se utilizó la Escala de Yesavage, sin embargo los resultados se orientan en el mismo sentido que los obtenidos en

este trabajo, el apoyo social general se percibió en la categoría alto (39.58%) y el 60% no tiene depresión, en esta muestra se encontró sólo un 10.1% de personas mayores con depresión, y un 96.3% de apoyo social normal en ambos estudios se encontró relación significativa entre depresión y apoyo social.

En este estudio el bajo nivel de soledad social alcanzó el 80.8%, cifra que refleja la relación entre un entorno amigable con las personas mayores que viven en este sector habitacional que cuenta con una organización comunitaria que los considera e incorpora en una serie de actividades de carácter social, cultural, de ayuda y de seguridad en el vecindario; además en un alto porcentaje viven con sus hijos, nietos incluso bisnietos, según el estudio realizado por Kemperman et. al., (2019) en los países bajos, destacó que los sentimientos de soledad se relacionan directamente con la satisfacción de su red social y el apego a su vecindario.

En otro estudio realizado en España con una muestra rural por Gayol et. al., (2020), sobre soledad social evaluada por el ESTE II, encontraron un 55.6% baja percepción de soledad, versus el 80.8% de nuestro estudio que es una muestra urbana lo que indica que perciben menos soledad social, lo que se explica por la mayor probabilidad de mantener relaciones sociales, participar en actividades socioculturales, además en el estudio español había un 5.1% de personas mayores con dependencia y esta se ha asociado con sentimientos de soledad según lo plantean Bergefurt et. al., (2019), quienes en su investigación encontraron entre otras variables que la dependencia para satisfacer las actividades de la vida diaria, se relacionó con sentirse más solos y percibir menor cohesión social.

El estudio comparativo de soledad entre personas mayores de España y México de Garza et. al., (2020), utiliza el instrumento ESTE de soledad (Rubio y Aleixandre, 1999), una sub-escala mide soledad social, lo que permite realizar comparaciones, así la soledad social es más baja que la española y la mexicana y se asoció con la edad, estado civil y nivel de ingreso en ambos estudios.

El nivel de estudios Universitarios de esta muestra es superior (39.6%) al español (19.4%) y al mexicano (10.0%), característica que influye en la percepción de soledad, a mejor nivel educacional menor percepción de soledad. En países con características sociales, culturales, económicas, diferentes las personas mayores perciben diferentes niveles de soledad social, independiente del instrumento utilizado, a la vez está la influencia de características como el nivel educacional, edad, estado civil, e ingresos económicos que influyen la percepción de soledad.

Conclusión

El apoyo y la soledad social reciben la influencia del entorno que en esta comunidad urbana considera a la persona mayor, la integra en diversas actividades y cuentan con una red de relaciones tanto intra como extrafamiliares que da como resultado una baja percepción de soledad acompañada de apoyo social normal y favorece el envejecimiento positivo.

Referencias

Instituto Nacional de Estadísticas. INE. Adultos Mayores en Chile. Consultado el 16 de abril de 2020. <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cuantos-hay-donde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>

Fernández Ballesteros R. Corraliza Rodríguez J.A. (2000). Ambiente y Vejez. *Gerontología Social*. 36(4). p 251-272.

Senama. Envejecimiento positivo en Chile. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf

Organización Mundial de la Salud. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/97892406?sequence=1>.

Aranda, B. C. y Pando, M. M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista De Investigación En Psicología*, 16(1), 233-245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>

Banco de instrumentos. (1996) España. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=127>)

Pinel, Z. M. Rubio, R. L. Herrera, R. R. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>

MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Hoyle, M. T. Valenzuela, A. E. & Marín L, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>.

Día Europeo de solidaridad entre generaciones. https://www.ubu.es/sites/default/files/news/files/manifiesto_29_de_abril_la_intergeneracionalidad_suma_vidas.pdf

Informe de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. (1995). <http://hrli-brary.umn.edu/gencomm/epcomm6s.htm>

Declaración Política Plan de Acción Internacional de Madrid. (2002). <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Año Europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional. https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/relaciones_internacionales/rel_intern_europa/ano_europeo/que_es/acerca/index.htm

Sánchez, M. M. Kaplan, M. Sáez, C. J. (2010). IMSERSO: Programas intergeneracionales. Guía introductoria. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/programasintergeneracionales31.pdf>

Balseca, B. J & Chiliquinga, V. L. (2016). Incidencia en las relaciones intergeneracionales en el envejecimiento activo de la población. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 191-206. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v2i4.226>

Alpizar, J. I. (2017). Las relaciones intergeneracionales en la construcción de una sociedad para todas las edades. *Revista Nuevo Humanismo*, 4(1). <https://doi.org/10.15359/rnh.4-1.3>

Sarasty, A. S. González, G. M & Velasco, C.I. (2014). Red de apoyo social desde el encuentro intergeneracional. *Universidad Y Salud*, 16(1), 20 - 32. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2371>.

Salazar, V. M. & Castro, G. MJ. (2019). Soledad y convivencia intergeneracional: resignificar el cuidado en el ciclo vital. *Revista Reflexiones*, 98(2), 79-93. <https://dx.doi.org/10.15517/rr.v98i2.34152>.

Manifiesto Día Europeo de solidaridad entre generaciones. (2020). http://www.proyectosluzcasanova.org/wp-content/uploads/2020/04/Manifiesto_29_de_abril._La_intergeneracionalidad_suma_vidas_DEF_EMB-3.pdf

Instituto Nacional De Estadísticas. (2019). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 2002-2035 totales regionales, población urbana y rural. https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-2002-2035_base_2017_reg_%C3%A1rea_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=aeb88e7_5

Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.14(1) 365-377. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1811>

Neugarten, B. (1996). *Los significados de la edad* (2° ed.) Barcelona:Herder.

Previsión social. (2018). Resultados de la Encuesta de calidad de vida del adulto mayor, e impacto del pilar solidario. https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/loaded/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf

Troncoso, P.C & Soto, L. N. (2018). Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horizonte Médico* (Lima), 18(1) <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>

Encuesta calidad de vida en la vejez. (2016). <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Chile-y-sus-Mayores-10-anos-de-Encuesta-Calidad-de-Vida-en-la-Vejez-2016.pdf>

Gomila Grau, M. A. (2005). Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. <https://addi.ehu.es/handle/10810/38037>.

Pinazo, H. S. Sánchez, M. M, y Alfageme, C. A. (2005). Al apoyo y las relaciones sociales de las personas mayores. *Gerontología Actualización, innovación y propuestas*. España. Pearson Educación. 25-41

González, G. E y Martínez, H. N.(2017) *Revista de educación social* .España. <http://eduso.net/res/revista/24/articulos-en-pdf/articulos-en-pdf/>.

Pacheco, H. Milushka, N & Alfaro, U. A (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15-28. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_pid=S2071-081X2018000100003&lng=es&tlng=es

Kemperman, A. Van Den Berg, P. Weijs-Perrée, M. Uijtdewillegen, K. (2019) Soledad de los adultos mayores: la red social y el entorno de vida. En t. J. *Environ. Res. Salud Pública*. 16(3). 406.<https://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/406#cite>

Gayol, F. M. Sánchez, A. J. Conde, D. Y. (2020). Aislamiento social y dependencia en la población anciana de una población rural. *RqR Enfermería Comunitaria* (Revista de SEAPA). 8(1). 12-22. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/546171>.

Bergefurt, L. Kemperman, A. van den Berg, P. Borgers, A. van der Waerden, P. Oosterhuis, G. Hommel, M. (2019). Soledad y satisfacción con la vida explicadas por el uso del espacio público y los patrones de movilidad. En t. J. Environ. Res. Salud Pública. 16(3). 42-82. https://www.mdpi.com/16604601/16/21/4282?utm_source=Twitter&utm_medium=cpc&utm_campaign=Int_J_Environ_Res_Public_Health_TrendMD_0

Garza, S. R. I. González, T. J. Rubio, R. L. & Dumitrache-Dumitrache, C. G. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. Acta Colombiana de Psicología, 23(1). 106-116. <https://doi.org/10.14718/A-CP.2020.23.1.6>

CAPÍTULO II

ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE



I. PRÁCTICA SALUDABLE CON ENFOQUE EN NUTRICIÓN

AVANCES CIENTÍFICOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA EN ADULTOS MAYORES

Heliodoro Alemán Mateo

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.

Resumen

El requerimiento de energía es un componente importante dentro de la evaluación del estado de nutrición en personas adultas mayores. Este grupo etario es vulnerable a las alteraciones en la regulación de la ingestión calórica y, por tanto, un mayor riesgo de desequilibrio energético y sus consecuencias. Actualmente, determinar de manera precisa y exacta la cantidad de kilocalorías que las personas mayores requieren parece una tarea fácil de lograr. En este capítulo, se hace una revisión exhaustiva sobre el gasto energético total (GET) y los requerimientos de energía (RE) en este grupo etario y las formas actuales para estimarlo de manera confiable. Enfatizando el uso de modelos predictivos o ecuaciones para estimar el gasto energético total en personas adultas mayores de países con economías en transición.

Palabras claves

Gasto Energético Total, Requerimiento de Energía, Agua Doblemente Marcada, Ecuaciones de Predicción y Personas Adultas Mayores.

Introducción

El requerimiento de energía (RE), es la cantidad de energía metabolizable que un individuo necesita para compensar el gasto energético total (GET) y con ello, mantener el balance de energía y por lo tanto un peso y una composición corporal, así como un nivel de actividad física todos compatibles con una buena salud a largo plazo (FAO/WHO/UNU, 2004). Se reconoce que, durante el envejecimiento, el estado de nutrición, particularmente el mantenimiento de la composición corporal es clave para preservar la funcionalidad y la independencia física, además de la buena salud (Kim et al., 2017).

Los conocimientos sobre las necesidades energéticas, soportan en gran medida las recomendaciones de energía e ingestión de nutrimentos que se hacen a nivel individual o a nivel poblacional. En el adulto mayor parece que la suficiente ingestión de energía se hace necesaria para lograr una adecuada ingestión de los micro y macro nutrimentos (Schroll et al., 1996). La ingestión suficiente en cantidad y calidad de nutrimentos se puede lograr al proporcionar una alimentación que cubra el cien por ciento de los requerimientos energéticos estimados. Así mismo, la ingestión calórica en los adultos mayores es uno de los dos componentes del equilibrio energético y luego, el peso corporal, previniendo las consecuencias de los desequilibrios energéticos como la desnutrición, o el sobrepeso y la obesidad (Hall et al., 2012).

Los RE deben ser un parámetro importante dentro de la evaluación del estado de nutrición en sujetos normales y más importantes en aquellos en riesgo de una mala nutrición o una alimentación deficiente. Los RE estimados o medidos, permiten establecer con claridad la adecuación de la dieta en términos de aporte de energía. Cuando el aporte calórico es inadecuado, el estado de nutrición puede verse severamente afectado. Se reconoce que los adultos mayores, debido a los cambios biológicos y fisiológicos, así como los sociales, económicos, psicológicos y las múltiples patologías asociados al envejecimiento tienen una pobre ingestión de energía y mayor riesgo de pérdida de peso y desnutrición (Roberts, 2000). La medición del gasto energético o los RE se hacen aún más necesarios, debido al acelerado crecimiento del número de personas que alcanzan los 60 años y más (United Nations, 2013), a la mayor presencia de obesidad (Ng et al., 2014), el riesgo de desnutrición y a la franca desnutrición reportadas en este grupo etario (Kaiser et al., 2010). Por ello, en este capítulo, se presentarán los más recientes avances sobre cómo medir y estimar de manera práctica y exacta los requerimientos de energía en adultos mayores residentes de la comunidad.

Categorías Conceptuales

- **Gasto energético total**

Como se mencionó en la introducción, el requerimiento de energía es la cantidad de energía metabólica que un individuo necesita para compensar el GET. Este último, se define como la cantidad de energía que un individuo gasta en un período de 24 horas (FAO/WHO/UNU, 2004). Fisiológicamente, está compuesto por la tasa metabólica basal (TMB), el gasto energético por actividad física expresado como nivel de actividad física (NAF) y la termogénesis o efecto térmico de los alimentos (ETA), principalmente. Desde hace décadas se reconoce que cuando un individuo se encuentra en balance energético, la suma de estos componentes es decir el GET, iguala el consumo energético o requerimientos de energía (Mayer et al., 1956). A continuación, se describirán brevemente los componentes del GET y el efecto de la edad y de otros factores sobre dichos componentes.

- **Tasa Metabólica Basal (TMB)**

Es la cantidad de energía requerida para mantener las funciones vitales como la respiración, latidos cardíacos, función renal y la circulación de la sangre. También incluye la energía necesaria para mantenerse despierto en condiciones de ayuno y durante el tiempo que permanece en cama. Se postula, que la TMB está determinada por la edad, el género, el tamaño y la composición corporal del individuo (FAO/WHO/UNU, 2004; Johnstone et al., 2005), contenido mineral óseo, leptina, triyodotironina y tiroxina (Johnstone et al., 2005). Sin embargo, datos más recientes mostraron que solo la masa corporal libre de grasa (MCLG) y la masa grasa son los mayores contribuyentes a la TMB en adultos (Johnstone et al., 2005). La TMB es el mayor componente del GET, contribuye hasta con un 70% a este último (FAO/WHO/UNU, 2004).

- **Componentes de la Tasa Metabólica Basal (TMB)**

Los componentes y el gasto que representan dichos componentes aún no están claramente establecidos. Sin embargo, se sabe que el costo energético del recambio proteico contribuye a la TMB entre un 15% y 25% (Reeds et al., 1985; Waterlow et al., 1978), mientras que el metabolismo de carbohidratos y lípidos contribuye con un 5% (Himms-Hagen, 1976). La bomba de sodio y potasio puede contribuir de manera importante al gasto basal. Se ha reportado que este gasto oscila entre un 5% y 45% (Poehlman, 1993).

- **Tasa Metabólica en Reposo**

La tasa metabólica en reposo (TMR) representa la energía gastada en el mantenimiento de las funciones vitales además de la energía gastada después de

que el sujeto despertó y se levantó de la cama (Gropper y Smith, 2012). La TMR incluye la energía que el sujeto gastó por realizar algo de actividad física, ya sea la energía que implica el levantarse, estirarse muscularmente o realizar actividades físicas ligeras. En términos prácticos la variación del gasto en condiciones basales o en reposo varía de un 5 al 10% (Gropper y Smith, 2012).

- **La Tasa Metabólica Basal (TMB) y la Edad**

La disminución de la tasa metabólica basal conforme aumenta la edad, se reconoció desde la década de los setentas. Keys et al., (1973) estimaron una disminución del 1 a 2% por década. Datos más recientes muestran una disminución mediada por el género y el índice de masa corporal. En las mujeres y hombres con un índice de masa corporal (IMC) de entre 18.5 y 25.0 kg/m², disminuyó en promedio 2.9% y 2.0%, respectivamente. Este porcentaje en la disminución de la TMB se incrementó a 3.1% por década en mujeres con sobrepeso, mientras que en los hombres disminuyó a 1.9% (Roberts y Dallal, 2005).

- **Componentes de la Tasa Metabólica Basal (TMB)**

Se reconoce que la disminución de la TMB o TMR se debe a la pérdida de la MCLG asociada a la edad y por los cambios en los componentes moleculares (FAO/WHO/UNU, 2004; Piers et al., 1998). Datos de la TMB ajustada por los cambios en la MCLG, muestran que la TMB disminuye solo un 5% en las personas mayores en comparación con los adultos jóvenes (Roberts y Dallal, 2005). Recientemente, en un estudio de cohorte realizado con adultos mayores, se reportó que la TMR disminuyó 37.7 y 77.9 kcal/día en mujeres y hombres, respectivamente, por década. Sin embargo, al ajustar la TMR por los cambios en la composición corporal, incluyendo la distribución de la grasa, la TMR disminuyó a 19.3 y 68.3 kcal/día en mujeres y hombres, respectivamente, por década de vida (Lührmann et al., 2009).

- **Gasto Energético por Actividad Física**

El gasto energético por la actividad física es otro de los componentes del GET. Este componente varía entre 20% y 40% en la misma población (Gropper y Smith, 2012).

Una mayor actividad física aumentar de manera considerable el gasto energético por este componente y sobre el GET, como ha quedado evidenciado en los ciclistas en la carrera del Tour de Francia (Westerterp et al., 1986). Con respecto a la actividad física en los adultos mayores, también se reconoce que la actividad física es el componente más variable del GET, and por lo tanto es un importante determinante del RE (Goran y Poehlman, 1992).

Como se mencionó anteriormente, este componente se puede expresar en términos de NAF, a partir de las mediciones del GET por método del agua doblemente marcada (ADM) y la TMB o la TMR por CI. También, se puede calcular a través del método factorial (FAO/WHO/UNU, 2004). Con dichas metodologías, particularmente con ADM y la CI, el NAF se determina mediante la relación directa del GET por ADM entre la TMB o TMR por CI. Hoy en día, existen diversos valores de NAF reportados en la literatura en diversos grupos etarios y bajo diferentes circunstancias o condiciones (Black et al., 1996; Elia et al., 2000; FAO/WHO/UNU, 2004; Porter et al., 2019; Roberts y Dallal, 2005). Por ejemplo, los valores de NAF en sujetos totalmente sedentarios como los adultos mayores con demencia, no ambulatorios, adolescentes en silla de ruedas que no realizan ejercicio entre otros, es de 1.21, mientras que valores elevados de NAF, se han reportado en sujetos con actividades extremas como los ciclistas en la carrera del Tour de Francia y los exploradores polares, en quienes el gasto por actividad física se aumenta de manera importante llegando a valores del NAF de entre 4.0 y 5.0 (Black et al., 1996). Valores de NAF más sostenibles a largo plazo son los reportados en soldados en servicio militar y en atletas de alto rendimiento, quienes alcanzan un NAF de 2.4 (Black et al., 1996). Estos valores elevados del NAF, son debido al gasto energético por la actividad física. Por ello, la actividad física se considera como uno de los determinantes importantes de los RE (Goran y Poehlman, 1992).

- **Nivel de Actividad Física y la Edad**

Con los estudios sobre el GET o los RE por ADM y la TMB o TMR por CI en hombres y mujeres con un amplio rango de edad y residentes de países desarrollados, se ha mostrado que el nivel de actividad física disminuye conforme avanza la edad (Black et al., 1996; Roberts y Dallal, 2005). El análisis del NAF por década muestra que, en las mujeres, éste aumentó de 1.57 a las edades de 1-6 años a 1.73 a las edades de 13-17 años, pero a partir de los 18 a 29 años el NAF solo era de 1.70 disminuyendo gradualmente hasta alcanzar 1.48 en mujeres mayores de 75 años. En los hombres, aumentó de 1.64 a las edades de 1-6 a 1.85 a los 18-29 años, disminuyendo gradualmente a 1.77 a las edades de 30-39, alcanzando un valor de 1.54 en los hombres mayores de 75 años. El gasto energético por actividad física en los hombres fue un 11% mayor que en las mujeres en todos los grupos de edad. Finalmente, se observó que el valor promedio del NAF en las mujeres y hombres entre las edades de 65 y 75 fue mayor de 1.51, siendo diferente al encontrado en las mujeres y hombres mayores de 75 años de edad (Roberts y Dallal, 2005).

- **Nivel de actividad física en adultos mayores en condiciones de vida libre**

Se reconoce que las personas adultas mayores son un grupo etario muy heterogéneo en cuanto a salud y actividad física. Sin embargo, hay un consenso sobre el gasto energético por actividad física. En general, desde hace algunas

décadas se reconoce que las personas mayores son menos activos debido al menor tiempo invertido en actividades laborales y actividades recreativas (Cunningham et al., 1969; McGandy et al., 1966). Por otro lado, se reconoce que los bajos valores de NAF pueden contribuir al aumento de grasa corporal y al desarrollo de la obesidad. Se ha reportado que, a menor actividad física, hay mayor riesgo de ganancia de grasa corporal en los adultos (Shook et al., 2015). También se ha observado una relación negativa entre los niveles de NAF y la grasa corporal en adultos mayores (Alemán-Mateo et al., 1999).

En 1985, el comité de expertos sobre requerimientos de energía y proteínas (FAO/WHO/UNU, 1985) y el consejo de investigación en los Estados Unidos (National Research Council, 1995), recomendaron un NAF de 1.51 para adultos mayores. El NAF de 1.51 se estimó mediante el método factorial, considerando el patrón de actividades ocupacionales de adultos mayores jubilados de países desarrollados (FAO/WHO/UNU, 1985, 2004).

Más recientemente, se ha reportado el NAF evaluado de manera fisiológica, considerando las mediciones del GET por el método de ADM y la TMB o TMR por CI. De esta manera, el NAF contempla las diferencias en el gasto energético por efecto del peso corporal. En general, el NAF es un índice que permite categorizar los RE debido a que se calcula a partir del GET de 24 horas sobre la tasa metabólica basal o en reposo, la cual varía dependiendo en gran parte de la masa corporal de los individuos (Starling y Poehlman, 2000). Hoy en día, se cuenta con recomendaciones del NAF y los patrones de actividad física que soportan dichos valores y se continúan proponiendo ampliamente para estimar los requerimientos de energía junto con las mediciones o estimaciones de la TMB o TMR en diversos grupos etarios, incluyendo los adultos mayores (Black et al., 1996; Elia et al., 2000; FAO/WHO/UNU, 2004; Porter et al., 2019; Roberts y Dallal, 2005).

Existen diversos estudios y análisis de los datos generados sobre el NAF evaluados de manera fisiológica en los adultos mayores (Elia et al., 2000; Goran y Poehlman, 1992; Porter et al., 2019; Roberts, 1996; Roberts y Dallal, 2005), sobre todo en aquellos que residen en países desarrollados con un patrón de actividad física, posiblemente diferente al patrón de actividad física de los adultos mayores que viven en los países en economías en transición. Es importante reconocer que la mayor parte de la información generada sobre NAF proviene de países desarrollados. En los países con economías en transición existen pocos estudios y se ha sugerido que las personas en estos países tienen un NAF más alto que el reportado en la población de países desarrollados (Dugas et al., 2011). Sin embargo,

los pocos datos objetivos de GET y NAF, muestran que no existen diferencias en el GET y NAF entre las personas residentes de países con economías en transición y los desarrollados (Dugas et al., 2011). Actualmente, no está claro, pero parece que las personas mayores de las zonas rurales tienen un GET y un NAF más alto que las de zonas urbanas (Alemán-Mateo et al., 2020; Gregory et al., 2007).

Recientemente, Porter et al., (2019) publicaron los resultados de un análisis de 33 estudios, realizados en mujeres y hombres mayores de 65 años, 1488 sujetos tenían datos del GET por ADM, 988 datos de la TMR por CI. El NAF se calculó solo en 988 adultos mayores, determinando un NAF de 1.69 en 320 sujetos del sexo masculino y de 1.66 en 668 mujeres evaluadas. Así mismo, en este análisis se encontró un efecto de la edad sobre el NAF. El valor promedio del NAF, en una submuestra de 219 hombres entre las edades de 65–79 años fue de 1.71, mientras que en la submuestra de 514 mujeres fue de 1.69. En ambos, mujeres (n=154) y hombres (n=101) a los 80 años y más, el NAF disminuyó a 1.60 y 1.65, respectivamente. Es importante mencionar que el NAF reportado, es representativo de los adultos mayores ambulatorios, viviendo en la comunidad, localizada en zonas urbanas de los diferentes países desarrollados y además aparentemente saludables. En este análisis los adultos mayores con enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aquellos en la unidad de cuidados intensivos por sepsis o con apoyo ventilatorio, así como los pacientes con artritis reumatoide y con demencia fueron excluidos del análisis (Porter et al., 2019).

Con respecto al NAF en adultos mayores ambulatorios, viviendo en la comunidad, localizada en áreas rurales y aparentemente saludables de países con economías en transición, se reconoce que el valor promedio del NAF en las mujeres rurales de Chile, Cuba y México fue de 1.62, incrementando en los hombres a 1.70. Es importante tener presente estos valores de NAF mencionados anteriormente (Alemán-Mateo et al., 2006), debido a sus implicaciones en los cálculos para estimar los RE. Posteriormente, se revisará que, con el NAF y las mediciones o estimaciones de la TMB o TMR, los RE se pueden calcular de manera confiable.

- **Efecto Térmico de los Alimentos**

El ETA es la energía gastada durante el proceso de la digestión, transformación y almacenamiento de nutrimentos. La energía requerida para estos procesos, contribuye con un 5 a 10% al GET (Gropper y Smith, 2012; Morgan y York, 1983).

Es importante considerar que el ETA tiende a ser mayor en magnitud y duración conforme aumenta la ingestión calórica (Morgan y York, 1983). También, se ve afectado por la composición química de los alimentos (Flatt, 1978). Además, existe evidencia, de que puede haber termogénesis independiente del ETA, debido a otros estimulantes como el cigarro, la cafeína, fármacos y enfermedades. La disminución del ETA, en conjunto con la disminución en la TMB que se ha observado en los adultos mayores, podría predisponer a la ganancia de grasa (Du et al., 2014).

- **El Efecto Térmico de los Alimentos y la Edad**

Algunos estudios muestran un efecto de la edad sobre el ETA (Du et al., 2014; Flatt, 1978; Golay et al., 1983; Morgan y York, 1983), mientras que otros estudios reportan que la edad no tiene un impacto significativo (Bloesch et al., 1988; Fukagawa et al., 1991; Schwartz et al., 1987; Tuttle et al., 1953). Basados en estas controversias, actualmente no se ha logrado un consenso y se ha sugerido que el ETA no disminuye con el envejecimiento por sí mismo, sino que puede haber factores o variables de confusión como la obesidad y/o problemas digestivos que limitan la absorción de nutrimentos (Roberts y Dallal, 2005). Con respecto al efecto de la obesidad sobre el ETA, los resultados siguen siendo también controversiales (Granata y Brandon, 2002). Sin embargo, recientes resultados, muestran un efecto nulo de la adiposidad y de los niveles de insulina sobre el ETA. Recientemente se evaluó el efecto de la edad sobre el ETA en hombres y mujeres de amplio rango etario (18-88 años), los resultados mostraron que este componente disminuyó significativamente en 1% en adultos mayores con respecto al grupo de jóvenes adultos. Así mismo, después de ajustar por el tamaño de la comida, por la MCLG, masa grasa y su distribución en el cuerpo, así como por los niveles de insulina, se comprobó que estas variables o factores no explicaron las diferencias en el ETA entre jóvenes adultos y adultos mayores (Du et al., 2014).

- **Medición del Gasto Energético Total**

En la actualidad existen diversos métodos para medir el gasto energético total. La elección del método dependerá de las necesidades del estudio y del presupuesto con el que se cuente. Es indudable que el método de elección deberá ser lo más exacto y preciso posible (Elia et al., 2000; FAO/WHO/UNU, 2004; Rothenberg et al., 2003).

- **Método: Agua Doblemente Marcada**

Hoy en día el ADM es uno de los métodos más exactos y precisos para medir el GE en condiciones de vida libre o en personas independientes físicamente que viven en la comunidad y no están institucionalizadas. Su exactitud es del 92 al 98% y su precisión del 98 al 99% comparada con la CI de cuerpo entero como método de

referencia (Schoeller, 1988). Pese a las limitaciones de la CI para medir el gasto energético total bajo condiciones de vida restrictiva, sobre todo las actividades físicas, esta técnica permite la comparación exacta del GET con el ADM. Los estudios de validación permitieron en gran medida conocer la confiabilidad de las mediciones del GET con la técnica del ADM. Este método utiliza dos isótopos estables, el deuterio ($2\text{H}_2\text{O}$) y oxígeno 18 (^{18}O). El protocolo de medición consiste en brindar una dosis pesada de ambos isótopos en concentraciones conocidas para enriquecer los valores de abundancia natural, principalmente en el agua corporal y posteriormente determinar la tasa de desaparición o de eliminación de éstos dos isótopos estables del cuerpo a través del tiempo. El principio del método se basa en la noción de que el ^{18}O será eliminado como CO_2 y H_2O , mientras que el 2H será eliminado como agua solamente. La diferencia entre la tasa de eliminación de ambos isótopos indicará la tasa de producción de CO_2 , dato indispensable para conocer el GET (Schoeller, 1988).

Mediciones

• Gasto Energético Total Medido por el Método del Agua Doblemente Marcada y la Edad

Los diversos análisis que se han realizado con las bases de datos que contienen la mayor cantidad de mediciones del GET por ADM, han mostrado la influencia de la edad sobre el GET. Los resultados muestran consistentemente que el GET disminuye conforme aumenta la edad (Black et al., 1996; Porter et al., 2019; Roberts, 1996; Roberts y Dallal, 2005). De acuerdo al análisis realizado por Roberts y Dallal, (2005) parece que también existe un ligero efecto de la obesidad sobre el GET en adultos mayores y ciertos rangos etarios. Independientemente del efecto del sobrepeso, el GET en mujeres y hombres con un IMC normal y con sobrepeso, disminuye conforme aumenta la edad (Roberts y Dallal, 2005). Sin embargo, se observó que, en las mujeres, el sobrepeso atenúa la disminución del GET en comparación con las mujeres de IMC normal. Con respecto a los contribuyentes de la disminución del GET, se ha reportado que un poco menos del 50% de la disminución se debe a la disminución de la TMB, mientras que el resto se asocia con la disminución del gasto energético por actividad física y en menor proporción la disminución del ETA (Black et al., 1996).

• Gasto Energético Total en Adultos Mayores de la Comunidad

Anteriormente se evidenció el efecto de la edad sobre el GET al considerar los estudios que se han realizado en sujetos caucásicos de un amplio rango etario. También es importante mencionar que se han realizado diversos sub análisis específicos y/o estudios sobre el GET por ADM en adultos mayores ambulatorios viviendo en la comunidad, no institucionalizados, residentes de áreas urbanas y muy pocos en áreas rurales de países con economías en transición. Hoy en día siguen existiendo muy pocos estudios en adultos mayores de países con economías en transición.

- **Adultos Mayores Caucásicos: Norte Americanos y Europeos**

Como se mencionó anteriormente, hoy en día existen 1488 mediciones del GET por ADM en personas de 65 años y más, provenientes de diversas partes del mundo, pero en su mayoría población Caucásica. Debido a los objetivos del estudio, estos autores no reportaron los valores promedio del GET en dicha muestra. El valor promedio del GET lo podemos obtener de los análisis que realizaron Roberts y Dallal, (2005) en 282 sujetos estadounidense, de 60 años y más y con un amplio rango de IMC. Estos investigadores reportaron un valor promedio del GET de 2259 kcal/día para hombre y de 1764 kcal/día para mujeres. Valores similares fueron reportados por Elia M, et al. (2000) en una muestra de 250 adultos mayores europeos de 60 años y más, con un amplio rango de IMC. En hombres el GET fue de 2577 kcal/día y en mujeres de 2113 kcal/día (Elia et al., 2000).

- **Adultos Mayores no Caucásicos: Mestizos de América Latina**

Es importante mencionar nuevamente que, para poblaciones no caucásicas, existen pocos datos sobre GET, sobre todo en adultos mayores de países con economías en transición. Recientemente, Alemán, et al., (2020), reportaron datos sobre GET por ADM en hombres y mujeres mayores de 60 años, con un amplio rango de IMC. Posiblemente, esta es la base de datos analizada más grande sobre GET por ADM en adultos mayores residentes en áreas urbanas y áreas rurales de países con economías en transición. El valor promedio reportado de GET en hombres y mujeres de estos países fue de 2411 kcal/día y 1938 kcal/día, respectivamente. Estos investigadores, también reportaron que no existen diferencias significativas en el GET entre los diferentes países analizados (Alemán-Mateo et al., 2020). Es importante señalar que los valores de GET reportados en el estudio citado con adultos mayores de países con economías en transición, están entre los valores reportados por Robert y Dallal, (2005) para adultos estadounidenses y los reportados para adultos mayores ingleses (Elia et al., 2000; Roberts y Dallal, 2005).

Estimación del Gasto Energético Total

Actualmente, existen diferentes combinaciones de metodologías para estimar el GET. Sin duda, el método factorial sigue siendo una de las metodologías que hoy en día se utilizan para estimar los RE en personas de un amplio rango etario, incluyendo los adultos mayores. También, existen otras metodologías que han sido validadas en adultos mayores; principalmente, el monitoreo de la frecuencia cardiaca y los diversos sensores de movimiento. Por su amplia aceptación y la modificación que el último comité de expertos de la FAO/OMS/UNU en el 2004 propuso sobre el método factorial para estimar los requerimientos de energía y proteínas a continuación se revisará brevemente el método factorial. Para aquellos interesados en profundizar sobre esta metodología y el requerimiento de energía

promedio diario para adultos de 60 y más años, estimados con el método factorial, se recomienda consultar los últimos dos informes de dicho comité (FAO/WHO/UNU, 1985, 2004).

Métodos Para Estimar Los Requerimientos De Energía

- **Método factorial**

Este método considera las actividades realizadas en 24 horas, sobre todo el tiempo invertido en cada una de las actividades en dicho periodo. Para convertir a GET o RE, además del tiempo invertido en cada una de las actividades, también se requieren los valores de los múltiplos de metabolismo basal de cada una de las actividades realizadas y la TMB o TMR. El comité de FAO/OMS/UNU en 1985 (FAO/WHO/UNU, 1985), sólo consideró las actividades ocupacionales y las categorizó en actividades leves, moderadas y pesadas. El último comité reunido en el 2001 (FAO/WHO/UNU, 2004),(FAO/WHO/UNU, 2004), consideró que además de las actividades ocupacionales, también se deberían de considerar las actividades discrecionales para estimar el NAF (FAO/WHO/UNU, 2004). Por lo tanto, este último comité propuso considerar los valores del NAF determinados a partir de las mediciones del ADM y la TMB o TMR estimada por ecuaciones o medida por CI. Dicho comité consideró que los valores del NAF son más representativos de los estilos de vida contemporáneos de la población, e incluyen actividades ocupacionales y discrecionales que van desde las muy sedentarias a las más demandantes en términos de gasto energético. Con el método factorial se estiman los RE y también el NAF.

Otra opción para estimar el RE mediante el método factorial es multiplicar directamente la TMB o TMR medida por CI o estimada mediante algunas de las ecuaciones disponibles por el NAF. Con respecto a las ecuaciones para estimar la TMB o TMR, existen alrededor de 18 ecuaciones disponibles. Se han validado algunas ecuaciones en adultos mayores alemanes (Lührmann et al., 2009), italianos (Siervo et al., 2014) y japoneses (Itoi et al., 2017), ingleses (Reidlinger et al., 2015) y brasileños (Sgambato et al., 2019). Sin embargo, los resultados han sido contradictorios.

El estudio más valioso sobre la validación de ecuaciones para estimar la TMR en adultos mayores, en términos del tamaño de la muestra y la heterogeneidad de la población caucásica principalmente, reportó que la ecuación de Ikeda, Livingston y Mifflin estiman de manera confiable la TMR en adultos mayores (Porter et al., 2019). En ausencia de una ecuación específica para la etnicidad y el género o una validada en la población en estudio, estas ecuaciones mencionadas podrían, en

conjunto con el NAF, estimar los RE en población ambulatoria aparentemente saludable o con enfermedades que no afectan el metabolismo energético. Finalmente, para estimar los RE se recomienda utilizar los valores de NAF y los patrones de actividad física que propuso el Comité de FAO/OMS/UNU (2004), así como los valores propuestos en este capítulo en adultos mayores derivado de los estudios con ADM y CI.

- **Modelos Predictivos o Ecuaciones para Estimar los Requerimientos de Energía**

Es indudable que en la actualidad existen muchos avances sobre el GET por el método de ADM; sin embargo, en nuestros países debido a los costos de los isótopos y la infraestructura para su cuantificación limita el uso y la generación de datos sobre los RE con este método. Incluso para los países desarrollados, los costos en gran medida han limitado el uso para estudios con muestras representativas.

Hoy en día, existen diversas ecuaciones o modelos predictivos para estimar los RE, constituyendo una alternativa más factible para estimar los RE en adultos mayores de los países con economías en transición de manera confiable en términos de precisión y exactitud. En una extensa búsqueda, se identificaron algunos modelos simples o ecuaciones basadas en las mediciones del GET por ADM para estimar los RE (Goran y Poehlman, 1992; Ndahimana et al., 2019; Plucker et al., 2018; Redman et al., 2013; Vinken et al., 1999). Sin embargo, estas ecuaciones no son específicas para las personas mayores y además algunas ecuaciones requieren de variables difíciles de evaluar en clínica o en campo. Una de las limitaciones de estos modelos generados en poblaciones con amplio rango de edad (Vinken et al., 1999) o solo en adultos (Plucker et al., 2018), es el posible sesgo, debido principalmente al efecto de envejecimiento o la edad sobre el GET. Como se revisó anteriormente, los adultos mayores tienen un menor GET, y por lo tanto, menor necesidad de energía comparados con los adultos jóvenes (Black et al., 1996; Roberts y Dallal, 2005).

En la tabla 1 se presentan los modelos mencionados anteriormente y dos recientemente generados en personas mayores no caucásicos (Alemán-Mateo et al., 2020; Ndahimana et al., 2019). Como se observa, algunos de estos modelos o ecuaciones requieren variables fisiológicas como la medición del consumo máximo de oxígeno (VO₂ max) o la TMR (Goran y Poehlman, 1992; Plucker et al., 2018). Otros requieren de la variable de gasto de energía por actividades recreacionales o

GET = Gasto energético total, en kilocalorías/día, VO₂ max = Consumo máximo de oxígeno en Litros/minute, CEAR = Costo energético de las actividades recreativas en kilocalorías/día, TMR = Tasa metabólica en reposo en kilocalorías/día, E = Edad en años cumplidos, PC = Peso corporal en kilogramos, T = Talla en centímetros, CCin = Circunferencia de la cintura en centímetros, CAF= Coeficiente de actividad física. R₂ = Coeficiente de determinación, Raíz del error cuadrático medio o por sus siglas en inglés RMSE (Root Mean Squared Error). *Género; Mujeres = 1; Hombres = 0 **Género; Hombres = 1; Mujeres = 0, *** (Megajoules/día).

del cociente de la actividad física (Goran y Poehlman, 1992; Ndahimana et al., 2019). En general muchos de estos modelos o ecuaciones no son viables para aplicarse en la población de nuestros países, debido a la falta de infraestructura para evaluar las variables requeridas. En el caso del trabajo de Plucker et al. (2019), solo se citan dos de los 12 modelos que derivaron y validaron para estimar el RE en adultos. Los modelos no presentados, requieren de variables de composición corporal y de la TMR. Los interesados pueden consultar directamente la referencia original de Plucker et.al., 2019.

Tabla 1. Ecuaciones diseñadas para estimar el GET o los requerimientos de energía en adultos y adultos mayores

<i>Ecuaciones</i>	<i>R²</i>	<i>RMSE, kcal/día</i>
<i>Goran et al. (1992)</i>		
<i>Ec. 1: $391 \times VO_2 \text{ max} + 0.79 \times \text{CEAR} + 1.363$</i>	0.86	217
<i>Ec. 2: $1.29 \times \text{CEAR} + 0.98 \times \text{TMR} + 387$</i>	0.83	242
<i>Vinken et al. (1999)***</i>		
<i>Ec. 1: $7.377 - 0.073 \times E + 0.0806 \times PC + 0.0135 \times T - 1.363 \times \text{Género}^*$</i>	0.64	430.0
<i>Aleman et al. (2006)</i>		
<i>Ec. 1: $815.5 + 19.015 \times PC + 293.5 \times \text{Género}^{**}$</i>	0.73	195.5
<i>Plucker et al. (2018)</i>		
<i>Hombre; Ec. 1: $3916.32 - 19.21 \times E + 27.18 \times PC - 12.29 \times T$</i>	0.65	453.8
<i>Ec. 2: $5672.23 - 16.998 \times E + 37.842 \times PC - 20.28 \times T - 14.096 \times \text{CCin}$</i>	0.66	446.15
<i>Mujeres; Ec. 1: $563.78 - 8.79 \times E + 14.31 \times PC + 6.58 \times T$</i>	0.68	244.5
<i>Ec. 2: $663.56 - 8.24 \times E + 15.83 \text{ PC, kg} + 6.22 \times T - 2.07 \times \text{CCin}$</i>	0.67	244.2
<i>Ndahimana et al. (2019)</i>		9
<i>Hombres: $2.377.07 - 18.53 \times E + \text{CAF} \times 14.52 \times PC + 186.64 \times \text{Talla, metros}$</i>	-	-
<i>Mujeres: $334.15 - 2.02 \times E + \text{CAF} \times 13.3 \times PC + 482.94 \times \text{Talla, metros}$</i>	-	-
<i>Alemán et al. (2020)</i>		
<i>Ec. 1: $223.4 + PC \times 27.9 + \text{Género}^{**} \times 239.7$</i>	0.89	149.2

En los modelos predictivos presentado en la tabla 1, también se observa la precisión basada en los valores del coeficiente de determinación (R²) y el valor de la raíz del error cuadrático medio o por sus siglas en inglés RMSE (Root Mean Squared Error). Basado en esto valores, algunos de los modelos, principalmente aquellos con valores más altos del R² y más bajos de la RMSE son los más precisos para estimar los RE. También es importante mencionar que algunos de los modelos citados, fueron generados y validados de manera interna, es decir en la misma población o muestra de donde se generaron, presentando buena exactitud y precisión. De acuerdo con nuestra búsqueda, no existen estudios de validación de estos modelos en adultos mayores no caucásicos, lo que limita su aplicación en nuestra población de adultos mayores.

Evaluación de los Requerimientos de Energía en Adultos Mayores No Caucásicos

- Avances

Como se mencionó en la sección anterior, existen algunos modelos o ecuaciones para estimar los RE. Al parecer esta disponibilidad de ecuaciones de predicción nos permitirá calcular el RE en los adultos mayores de manera directa, evitando el uso del método factorial. Como también se mencionó, la ausencia de estudios de validación en nuestra población limita el uso de estas ecuaciones disponibles en la literatura científica. Esto último fue lo que llevó a Alemán et al. (2020) a diseñar una ecuación basada en variables simples y fáciles de medir en el área clínica o en estudios de campo y lo más importante consideraron el ADM como método de referencia. Estos investigadores diseñaron una ecuación en hombres y mujeres mayores de 60 años, viviendo en la comunidad de algunas áreas rurales y una urbana del Noroeste de México (Alemán-Mateo et al., 2020).

Como se observa en la tabla 1, esta ecuación presenta mayor precisión con respecto a los modelos previamente diseñados en otras poblaciones. Además de diseñarla, también la validaron en una muestra amplia de adultos mayores de varios países Latinoamericanos y Senegal. Así mismo, aplicaron dos ecuaciones para estimar el GET. Estas ecuaciones publicadas por Vinken et al. (1996) y Plucker et al. (2018) se aplicaron en toda la muestra, incluyendo los mexicanos. Es importante mencionar que ambas ecuaciones también fueron diseñadas considerando el ADM como método de referencia y se validaron en la misma muestra en donde se generaron. Por ello, se validaron externamente al aplicarse en la muestra de adultos mayores Latinoamericanos y de Senegal.

En los resultados publicados, reportaron que el GET en promedio por el método del ADM y la ecuación fue de 2223 ± 398 y 2177 ± 417 kcal/día. Así mismo, reportaron que dicha ecuación fue válida para los hombres y mujeres de los diferentes países. Estos investigadores recomendaron el uso de esta ecuación para estimar los RE en adultos mayores aparentemente saludables, con independencia física, con peso estable y viviendo en su comunidad. Para el diseño y la validación de dicha ecuación no se consideraron adultos mayores con patologías como claudicación, enfermedad de Parkinson, insuficiencia cardiaca, falla cardiaca y renal, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo e hipotiroidismo descontrolado, con tratamiento con antidepresivos, o anabólicos. Tampoco se incluyeron adultos mayores asilados. Con excepción de las patologías mencionadas anteriormente, esta ecuación puede utilizarse en adultos mayores con alteraciones metabólicas o algunas enfermedades crónicas controladas con excepción de las mencionadas previamente.

Conclusiones

El gasto energético total y sus componentes, disminuyen conforme avanza la edad, y es mayor en los hombres que en las mujeres. Con el GET medido con la técnica de ADM y las mediciones de la TMR se reconoce que el NAF en adultos mayores es mayor que el propuesto por FAO/OMS/UNU (1985). Así mismo, las recomendaciones de energía de 1900 kcal para las mujeres y de 2300 kcal para los hombres pueden ser una buena recomendación para mantener el balance energético en adultos mayores con independencia física y viviendo en la comunidad, pero no para los que viven en asilos, o con alguna limitación física o pacientes críticos. Finalmente, la ecuación presentada y diseñada para adultos mayores de Latinoamérica y Senegal es precisa y exacta, debido a que presentó buena concordancia con el método de ADM.

Referencias

Alemán-Mateo, H., Antunez-Roman, L. E., Esparza-Romero, J., Valencia, M. E., Salguero, J. J., Ramírez-Zea, M. A., Ferriolli, E., Ndour, R. N., Hernández-Triana, M., Salazar, G. y Rush, E. C. (2020). *Predictive equations to estimate total daily energy expenditure: A practical approach to estimate accurate energy requirements in older people from developing countries*. [Manuscrito no publicado].

Alemán-Mateo, H., Esparza-Romero, J. y Valencia, M. E. (1999). Anthropometry and body composition in persons over 60. The importance of physical activity. *Salud publica de Mexico*, 41(4), 309-316. <http://europepmc.org/abstract/MED/10624142>

Alemán-Mateo, H., Salazar, G., Hernández-Triana, M. y Valencia, M. E. (2006). Total energy expenditure, resting metabolic rate and physical activity level in free-living rural elderly men and women from Cuba, Chile and México. *European journal of clinical nutrition*, 60(11), 1258-1265. <https://doi.org/10.1038/sj.ejc-n.1602446>

Black, A. E., Coward, W. A., Cole, T. J. y Prentice, A. M. (1996). Human energy expenditure in affluent societies: an analysis of 574 doubly-labelled water measurements. *European journal of clinical nutrition*, 50(2), 72-92. <http://europepmc.org/abstract/MED/8641250>

Bloesch, D., Schutz, Y., Breitenstein, E., Jéquier, E. y Felber, J. P. (1988, 1988/12/01). Thermogenic response to an oral glucose load in man: comparison between young and elderly subjects. *Journal of the American College of Nutrition*, 7(6), 471-483. <https://doi.org/10.1080/07315724.1988.10720263>

Cunningham, D. A., Montoye, H. J., Metznee, H. L. y Keller, J. B. (1969). Physical activity at work and active leisure as related to occupation. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1(3), 165-170. https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/1969/09000/Physical_activity_at_work_and_active_leisure_as.12.aspx

Du, S., Rajjo, T., Santosa, S. y Jensen, M. D. (2014). The Thermic Effect of Food is Reduced in Older Adults. *Horm Metab Res*, 46(05), 365-369. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357205>

Dugas, L. R., Harders, R., Merrill, S., Ebersole, K., Shoham, D. A., Rush, E. C., Assah, F. K., Forrester, T., Durazo-Arvizu, R. A. y Luke, A. (2011). Energy expenditure in adults living in developing compared with industrialized countries: a meta-analysis of doubly labeled water studies. *The American journal of clinical nutrition*, 93(2), 427-441.

Elia, M., Ritz, P. y Stubbs, R. J. (2000). Total energy expenditure in the elderly. *European journal of clinical nutrition*, 54(3), S92-S103. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601030>

FAO/WHO/UNU. (1985). *Energy and protein requirements: Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation*. Geneva (Technical Report Series, Issue 724). WHO.

FAO/WHO/UNU. (2004). *Human Energy Requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation: Rome, 17-24 October 2001* (9251052123).

Flatt, J. (1978). The biochemistry of energy expenditure. *Recent advances in obesity research*, 2, 211-218.

Fukagawa, N. K., Bandini, L. G., Lim, P. H., Roingard, F., Lee, M. A. y Young, J. B. (1991). Protein-induced changes in energy expenditure in young and old individuals. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 260(3), E345-E352. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.1991.260.3.E345>

Golay, A., Schutz, Y., Broquet, C., Moeri, R., Felber, J. y Jequier, E. (1983). Decreased thermogenic response to an oral glucose load in older subjects. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(3), 144-148.

Goran, M. I. y Poehlman, E. T. (1992). Total energy expenditure and energy requirements in healthy elderly persons. *Metabolism*, 41(7), 744-753.

Granata, G. P. y Brandon, L. J. (2002). The Thermic Effect of Food and Obesity: Discrepant Results and Methodological Variations. *Nutrition Reviews*, 60(8), 223-233. <https://doi.org/10.1301/002966402320289359>

Gregory, C. O., Ramirez-Zea, M., Martorell, R. y Stein, A. D. (2007). Activities contributing to energy expenditure among Guatemalan adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-48>

Gropper, S. y Smith, J. (2012). Body Composition, Energy Expenditure and Energy Balance. In *Advanced Nutrition and Human Metabolism*. 6th ed. (pp. 291-292). Wadsworth Publishing Co., Inc.

Hall, K. D., Heymsfield, S. B., Kemnitz, J. W., Klein, S., Schoeller, D. A. y Speakman, J. R. (2012). Energy balance and its components: implications for body weight regulation. *The American journal of clinical nutrition*, 95(4), 989-994. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.036350>

Himms-Hagen, J. (1976). Cellular thermogenesis. *Annual review of physiology*, 38(1), 315-351. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-ph.38.030176.001531>

Itoi, A., Yamada, Y., Yokoyama, K., Adachi, T. y Kimura, M. (2017). Validity of predictive equations for resting metabolic rate in healthy older adults. *Clinical Nutrition ESPEN*, 22, 64-70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2017.08.010>

Johnstone, A. M., Murison, S. D., Duncan, J. S., Rance, K. A. y Speakman, J. R. (2005). Factors influencing variation in basal metabolic rate include fat-free mass, fat mass, age, and circulating thyroxine but not sex, circulating leptin, or triiodothyronine. *The American journal of clinical nutrition*, 82(5), 941-948. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.5.941>

Kaiser, M. J., Bauer, J. M., Räsmsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., Thomas, D. R., Anthony, P. S., Charlton, K. E., Maggio, M., Tsai, A. C., Vellas, B. y Sieber, C. C. (2010). Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1734-1738. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03016.x>

Keys, A., Taylor, H. L. y Grande, F. (1973). Basal metabolism and age of adult man. *Metabolism - Clinical and Experimental*, 22(4), 579-587. [https://doi.org/10.1016/0026-0495\(73\)90071-1](https://doi.org/10.1016/0026-0495(73)90071-1)

Kim, S., Leng, X. I. y Kritchevsky, S. B. (2017). Body Composition and Physical Function in Older Adults with Various Comorbidities. *Innovation in Aging*, 1(1). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx008>

Lührmann, P. M., Bender, R., Edelmann-Schäfer, B. y Neuhäuser-Berthold, M. (2009). Longitudinal changes in energy expenditure in an elderly German population: a 12-year follow-up. *European journal of clinical nutrition*, 63(8), 986-992. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.1>

Mayer, J., Roy, P. y Mitra, K. P. (1956). Relation between Caloric Intake, Body Weight, and Physical Work: Studies in an industrial male population in West Bengal. *The American journal of clinical nutrition*, 4(2), 169-175. <https://doi.org/10.1093/ajcn/4.2.169>

McGandy, R. B., Barrows, C. H., Jr., Spanias, A., Meredith, A., Stone, J. L. y Norris, A. H. (1966). *Nutrient intakes and energy expenditure in men of different ages*. *Journal of Gerontology*, 21, 581-587. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19671404972>

Morgan, J. B. y York, D. A. (1983). Thermic effect of feeding in relation to energy balance in elderly men. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 27(1), 71-77. <https://doi.org/10.1159/000176625>

National Research Council. (1995). Nutrient Requirements of Laboratory Animals,; Fourth Revised Edition, 1995. *The National Academies Press*. <https://doi.org/doi:10.17226/4758>

Ndahimana, D., Go, N. Y., Ishikawa-Takata, K., Park, J. y Kim, E. K. (2019). Validity of the dietary reference intakes for determining energy requirements in older adults. *Nutrition Research and Practice*, 13(3), 256-262. <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4162%2Fnrp.2019.13.3.256>

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M. E., Achoki, T., AlBuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A.... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766-781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)

Piers, L. S., Soares, M. J., McCormack, L. M. y O'Dea, K. (1998). Is there evidence for an age-related reduction in metabolic rate? *Journal of Applied Physiology*, 85(6), 2196-2204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1152/jappl.1998.85.6.2196>

Plucker, A., Thomas, D. M., Broskey, N., Martin, C. K., Schoeller, D., Shook, R., Heymsfield, S. B., Levine, J. A. y Redman, L. A. (2018). Adult energy requirements predicted from doubly labeled water. *International Journal of Obesity*, 42(8), 1515-1523. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0168-0>

Poehlman, E. T. (1993). Regulation of Energy Expenditure in Aging Humans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(5), 552-559. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1993.tb01895.x>

Porter, J., Nguo, K., Collins, J., Kellow, N., Huggins, C. E., Gibson, S., Davidson, Z., Schoeller, D., Prentice, R., Neuhouser, M. L., Snetselaar, L. y Truby, H. (2019). Total energy expenditure measured using doubly labeled water compared with estimated energy requirements in older adults (≥ 65 y): analysis of primary data. *The American journal of clinical nutrition*, 110(6), 1353-1361. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz200>

Redman, L. M., Wong, W. W., Roberts, S. y Ravussin, E. (2013). Energy requirements in nonobese men and women: results from CALERIE. *The American journal of clinical nutrition*, 99(1), 71-78. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.065631>

Reeds, P., Fuller, M., Nicholson, B., Garrow, J. y Halliday, W. (1985). Substrate and Energy Metabolism in Man. In J. Garrow & W. Halliday (Eds.), *Substrate and Energy Metabolism in Man*. (pp. 46-57). CRC.

- Reidlinger, D. P., Willis, J. M. y Whelan, K. (2015). Resting metabolic rate and anthropometry in older people: a comparison of measured and calculated values. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(1), 72-84. <https://doi.org/10.1111/jhn.12215>
- Roberts, S. (1996). Energy requirements of older individuals. *European journal of clinical nutrition*, 50, S112-S118.
- Roberts, S. B. (2000, 2000/06/01). Regulation of energy intake in relation to metabolic state and nutritional status. *European journal of clinical nutrition*, 54 Suppl 3, S64-S69. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601027>
- Roberts, S. B. y Dallal, G. E. (2005). Energy requirements and aging. *Public Health Nutrition*, 8(7a), 1028-1036. <https://doi.org/10.1079/PHN2005794>
- Rothenberg, E. M., Bosaeus, I. G. y Steen, B. C. (2003). Energy expenditure at age 73 and 78—A five year follow-up. *Acta Diabetologica*, 40(1), s134-s138. <https://doi.org/10.1007/s00592-003-0046-6>
- Schoeller, D. A. (1988). Measurement of Energy Expenditure in Free-Living Humans by Using Doubly Labeled Water. *The Journal of Nutrition*, 118(11), 1278-1289. <https://doi.org/10.1093/jn/118.11.1278>
- Schroll, K., Carbajal, A., Decarli, B., Martins, I., Grunenberger, F., Blauw, Y. y De Groot, C. (1996). Food patterns of elderly Europeans. *European journal of clinical nutrition*, 50(2), S86. <https://core.ac.uk/download/pdf/29326409.pdf#page=20>
- Schwartz, R. S., Jaeger, L. F. y Veith, R. C. (1987). The Importance of Body Composition to the Increase in Plasma Norepinephrine Appearance Rate in Elderly Men. *Journal of Gerontology*, 42(5), 546-551. <https://doi.org/10.1093/geronj/42.5.546>
- Sgambato, M. R., Wahrlich, V. y Anjos, L. A. d. (2019). Validity of basal metabolic rate prediction equations in elderly women living in an urban tropical city of Brazil. *Clinical Nutrition ESPEN*, 32, 158-164. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.03.003>
- Shook, R. P., Hand, G. A., Drenowatz, C., Hebert, J. R., Paluch, A. E., Blundell, J. E., Hill, J. O., Katzmarzyk, P. T., Church, T. S. y Blair, S. N. (2015). Low levels of physical activity are associated with dysregulation of energy intake and fat mass gain over 1 year. *The American journal of clinical nutrition*, 102(6), 1332-1338. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.115360>

Siervo, M., Bertoli, S., Battezzati, A., Wells, J. C., Lara, J., Ferraris, C. y Tagliabue, A. (2014, 2014/08/01/). Accuracy of predictive equations for the measurement of resting energy expenditure in older subjects. *Clinical Nutrition*, 33(4), 613-619. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.09.009>

Starling, R. D. y Poehlman, E. T. (2000). Assessment of energy requirements in elderly populations. *European journal of clinical nutrition*, 54(3), S104-S111. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601031>

Tuttle, W. W., Horvath, S. M., Presson, L. F. y Daum, K. (1953). Specific Dynamic Action of Protein in Men Past 60 Years of Age. *Journal of Applied Physiology*, 5(10), 631-634. <https://doi.org/10.1152/jappl.1953.5.10.631>

United Nations. (2013). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II, Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/345)*. (Vol. 18). . https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2012_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

Vinken, A. G., Bathalon, G. P., Sawaya, A. L., Dallal, G. E., Tucker, K. L. y Roberts, S. B. (1999). Equations for predicting the energy requirements of healthy adults aged 18-81 y. *The American journal of clinical nutrition*, 69(5), 920-926. <https://doi.org/10.1093/ajcn/69.5.920>

Waterlow, J. C., Garlick, P. J. y Mill Ward, D. J. (1978). *Protein turnover in mammalian tissues and in the whole body*. Elsevier/North-Holland Biomedical Press, 335 Jan van Galenstraat, P. O. Box 211, 1000 AE Amsterdam, The Netherlands. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19792901897>

Westerterp, K. R., Saris, W. H., Es, M. v. y Hoor, F. t. (1986). Use of the doubly labeled water technique in humans during heavy sustained exercise. *Journal of Applied Physiology*, 61(6), 2162-2167. <https://doi.org/10.1152/jappl.1986.61.6.2162>

EFFECTO DEL EJERCICIO Y DIETA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS

Irma Araceli Aburto López, Marco Antonio Cardoso Gómez, María Luisa Ponce López, Alejandro Zarco Villavicencio

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Resumen

Objetivo: Describir el efecto del ejercicio y la dieta en niveles de glucosa en ayuno y medidas antropométricas. Diseño: longitudinal-analítico, en 22 individuos ≥ 60 años de edad. Escenario: "Diabetes un Programa de Atención Multidisciplinaria" en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Instrumentos: Registros de: glucosa capilar, circunferencia abdominal, índice de masa corporal. Procedimientos: Toma de glucosa; prescripción de dieta baja en carbohidratos, rica en fibra; ejercicio aeróbico; monitoreo durante seis meses: glucosa, circunferencia abdominal, índice de masa corporal. Resultados: La glucosa disminuyó en un 54.48%. La diferencia entre las medias de glucosa sanguínea fue de 24.2 mg/dl, estadísticamente significativa. Pero no hubo variación de las medidas antropométricas. Conclusiones: Dieta adecuada y rutina de ejercicios mejoraron la glucemia en ayunas, pero sin efecto en las medidas antropométricas.

Palabras claves

Diabetes, Dieta Adecuada, Ejercicio, Insulinorresistencia, Índice de Masa Corporal.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es un problema de Salud Pública en el mundo y no es la excepción en nuestro país, ya que posee una tendencia secular positiva. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace alusión que a nivel internacional el número de personas adultas con diabetes para los años 1980 y 2014 son de 108 millones y 422 millones respectivamente. Esto representa que, para ese mismo grupo de edad, la prevalencia mundial de diabetes ascendió de 4.7% al 8.5%, entre los años 1980 al año 2014, es decir que subió casi el doble (OMS, informe mundial, 2016).

Este mismo organismo estima que en el mundo, en el año 2015, la DM fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y de 2,2 millones de muertes atribuibles a la hiperglucemia en 2012. Además, menciona que alrededor de la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad (OMS, Diabetes. Datos y cifras, 2020). Aunado a estas cifras, Mathers y Loncar (2006), proyectan que la DM será la séptima causa de mortalidad en el mundo en el año 2030.

Ahora bien, en nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, la prevalencia de DM en población de 20 años y más, para los años 2012 y 2018 fue de 9.2% (6,4 millones de personas) y 10.3% (8,6 millones de personas) respectivamente. En relación a la prevalencia de DM para esos mismos años y grupo de edad en las mujeres representó el 9.4% y 11.4%; y en los hombres 8.6% y 9.1% (Secretaría de Salud, 2019).

También, al consultar los anuarios estadísticos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) en México, encontramos que en los años 2012 y 2018 la DM tipo II ocupa los lugares 9º y 11º respectivamente como causa de morbilidad; con una tasa comparativa en esos mismos años de 358,84 y 411,85 por cada 100 000 habitantes (DGE, 2012; DGE, 2018).

En nuestro país la Dirección General de Información en Salud (DGIS), describe que la tasa de mortalidad por DM de los años 2009 y 2019 es de 69,25 (67,37 en hombres y 71,04 en mujeres) y 91,52 (92,41 en hombres y 90,70 en mujeres), por lo que la tasa de defunción ha aumentado en 20,48 por cada 100 000 habitantes (DGIS, s. f.).

Asimismo, la OMS (diabetes: perfiles, 2016), notifica que, en México, para el año 2016, la DM representó una mortalidad proporcional (porcentaje del total de muertes, por todas las edades) del 14% del total de defunciones. Además, el INEGI (2018) señala que la DM representa la segunda causa de mortalidad general en México en el año 2017, con el 15.2% del total de defunciones.

La OMS, describe que a nivel internacional este aumento de la DM es más notorio y rápido en los países con ingresos medianos que en los de ingresos altos y que el 80% de las defunciones por esta enfermedad acontecen en países de ingresos bajos y medios (OMS, Informe mundial, 2016; OMS, Diabetes. Día mundial, 2016).

La tendencia ascendente de la DM se explica por el crecimiento demográfico de la población, al igual que por su envejecimiento; la urbanización y en consecuencia por los cambios de estilos de vida no saludables como son los hábitos alimentarios inadecuados y el sedentarismo, que conllevan al sobrepeso y la obesidad, que son a su vez factores muy importantes que provocan resistencia a la insulina, por lo que se desencadena la DM (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Por estas razones es importante revisar algunas estadísticas del sobrepeso y obesidad al igual que el sedentarismo, para contextualizar de mejor manera la magnitud del problema de la DM en nuestro país.

La Secretaría de Salud (ENSANUT-2018, 2019) reporta que a nivel nacional en el año 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es del 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 fue de 71.3 por ciento. La OMS (Diabetes: perfiles, 2016) refiere que en México la inactividad física es del 25.4% para ambos sexos (18.9% en hombres y 31.2% en mujeres).

A esto se añade que la Secretaría de Salud (2019) en sus resultados de la ENSANUT-18, señaló que el 29% de la población de 20 a 69 años de edad, de nuestro país, hace menos de 150 min a la semana de actividad física (32.5 hombres y 24.8 mujeres). En contraste, la DGE en el Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 en México, en su cierre anual de 2018, señala que el 84.6% del total de casos notificados refirió no realizar ningún tipo de actividad física. De los pacientes que sí efectaron ejercicio (15.3%): se notificó que el 3.9% realizó menos de 30 minutos por día, el 1.8% entre 30 y 60 minutos y el 0.5% al menos 60 minutos por día (DGE, 2018).

Agregando a lo anterior, la DM es un problema de salud pública porque provoca el desarrollo de complicaciones y secuelas, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Ahondando al respecto, los adultos con DM tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (Sarwar et. al., 2010); es la primera causa de insuficiencia renal crónica (Gómez-Huelgas et. al., 2014; Torres-Toledano et. al., 2017; GPC-IMSS-335-19, 2019); la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación, que según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el 70% de las amputaciones no traumáticas de

pie se deben a complicaciones infecciosas por diabetes mellitus (GPC DIF-257-09, s. f.); la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera (2,6% de los casos mundiales) (Bourne. 2013).

Además de las consecuencias médicas provocadas por la DM, esta enfermedad representa un problema de salud pública por sus costos de atención. Al respecto, para darnos una idea de ellos, Bommer et. al., (2017), calculó que el costo global derivado de la atención por diabetes fue de 1.31 billones de dólares (1.8% del Producto Interno Bruto en el mundo) y aclara que la región con los mayores gastos derivados por la atención médica de la DM, es América del Norte y por supuesto se incluye a México.

Después de haber descrito los datos estadísticos y el porqué de la tendencia positiva de la DM, cabe mencionar que en México, al igual que en otros países, nos enfrentamos con otros retos diversos al crear estrategias para prevenir, abatir la morbilidad y mortalidad, complicaciones y secuelas, con la finalidad de implementar los programas institucionales del sector salud, entre los que destacan por su importancia: las barreras de abasto de medicamentos, la inaccesibilidad a los exámenes de laboratorio, las limitaciones de apoyo psicológico, nutricional, la nula actividad física, falta de auto monitoreo de la enfermedad por parte de los pacientes y la escasa supervisión médica para alcanzar la adherencia terapéutica (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018; GPC SSA-093-08, 2013).

Con el afán de resolver dicha problemática de la DM, surge como respuesta el programa DUPAM (Diabetes, Un Programa de Atención Multidisciplinaria) el cual desarrolla sus actividades en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) Tamaulipas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); el que atiende a población de cualquier edad y para ambos sexos. Las actividades que se llevan a cabo en este programa son brindar atención de forma multidisciplinaria a padecientes que viven con diabetes, por parte de las distintas carreras del área de la salud que se imparten en la Facultad (medicina, enfermería, odontología, psicología y química farmacéutico biológico).

Cabe aclarar que, como propuesta de dicho programa se ha definido como “padeciente” al enfermo que padece, siente y sufre su enfermedad, en este caso la DM, que es una enfermedad crónica (Cardoso-Gómez et. al., 2014). Término que seguiremos utilizando en este trabajo de investigación.

Pregunta. ¿Se logrará la disminución de la glucemia en ayuno y medidas antropométricas, como la circunferencia abdominal e índice de masa corporal, en los padecientes mayores de 60 años de edad que tienen DM tipo 2, con una dieta adecuada y ejercicio físico aeróbico?

Hipótesis. Considerando los estudios clínicos y epidemiológicos como antecedentes reportados sobre el tema suponemos que con una dieta adecuada y prescripción de ejercicio físico aeróbico se logra la disminución de la glucemia en ayuno y medidas antropométricas de composición corporal.

Objetivo. Determinar los niveles de glucosa en ayuno, circunferencia abdominal e índice de masa corporal durante seis meses, al efectuar un plan de ejercicio físico aeróbico y dieta adecuada en los padecientes con DM tipo 2, mayores de 60 años, integrantes del Programa DUPAM.

Marco Teórico

La diabetes mellitus es una enfermedad sistémica, que cursa con hiperglucemia, trastornos en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que aparece como resultado de defectos en la secreción de insulina o por deficiencia en la acción de la misma o en ambas. Es una enfermedad crónica y degenerativa que con el tiempo provoca daño en distintos órganos y sistemas principalmente en los vasos sanguíneos, riñones, ojos, corazón y nervios (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018) Según la Asociación Americana de Diabetes la DM se clasifica en cuatro grupos, la que incluye: 1) tipo 1 (insulinodependiente); 2) tipo 2 (no insulinodependiente); 3) diabetes gestacional; 4) y por otras causas a consecuencia de enfermedades, químicos y fármacos (ADA, 2009; PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Dentro de los cuatro grupos tiene mucha importancia la DM tipo 2, ya que representa el 90% de todos los tipos de diabetes. Al respecto, este tipo de DM se caracteriza por presentarse habitualmente en mayores de 45 años de edad, aunque se puede presentar antes; y se asocia con obesidad y sedentarismo (Flores-Ramírez, 2006).

De manera más específica, entre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la DM tipo 2, se encuentran: al sobrepeso y obesidad, bajo peso al nacer (<2.5 Kg), sedentarismo, familiares de primer grado con DM, >45 años de edad, personas con hipertensión arterial (presión arterial $\geq 140/90$ mm/Hg con o sin tratamiento), dislipidemias (niveles de colesterol <35mg/dl y triglicéridos 250mg/dl), enfermedades cardiovasculares, ya sea por cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores; antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos y personas con infección por el VIH; síndrome de ovario poliquístico, múltiparas, DM gestacional en embarazo anterior así como el nacimiento de producto de término con peso igual o mayor de 4 kg (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018; GPC SSA-093-08, 2013).

Si una persona posee un factor de riesgo o más, puede desarrollar DM. Para efectuar su diagnóstico se consideran la presencia de los síntomas característicos de la enfermedad como son poliuria (orinar frecuentemente), polidipsia (excesiva

sed), polifagia (muchas hambre) y pérdida de peso; además, otros datos clínicos que nos apoyan a efectuar el diagnóstico son las infecciones frecuentes que no se curan, la visión borrosa, la presencia de náusea y vómito, cansancio y debilidad, irritabilidad con cambios del estado de ánimo, piel seca y parestesia (pérdida de sensibilidad, hormigueo, adormecimiento). Desafortunadamente, en muchas ocasiones el diagnóstico se efectúa de manera tardía, cuando el padeciente posee síntomas severos o sus complicaciones.

También, la DM, se puede diagnosticar con la glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl o glucemia plasmática >200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua y la prueba de HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ (GPC SSA-093-08, 2013; PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018; Flores-Ramírez, 2006).

Ahora bien, es importante considerar que cuando realizamos glucemia plasmática en ayuno, se considera que la glucosa anormal de ayuno, es por arriba del valor normal (≥ 100 mg/dL); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126 mg/dL) (GPC-IMSS-718-14, 2014).

Además, que la glicemia en riesgo para desarrollar complicaciones se considera que es mayor de 111 mg/dl en ayuno y mayor de 140 mg/dl en el periodo postprandial inmediato. Por tanto, si se cuenta con una glicemia mayor a 111 mg/dl, se podrán tener complicaciones crónicas de la DM, entre las que se incluyen la retinopatía, con potencial de ceguera, nefropatía con insuficiencia renal, neuropatía periférica y cardiopatía isquémica entre otras (NOM 015-SSA2-2010, 2010).

Cabe señalar que es muy importante que se de manejo y tratamiento farmacológico y no farmacológico a los padecientes que viven con DM, con los propósitos de: prevenir las complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas; sin olvidar que esas medidas efectuadas, a su vez también permitirán reducir la mortalidad por la enfermedad o por sus complicaciones; además, cuando una persona posee uno o varios factores de riesgo modificables, podemos incidir en ellos para abatir la morbilidad por DM (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Frecuentemente los pacientes de DM tipo 2, tienen sobrepeso u obesidad, lo que contribuye a presentar un aumento en la resistencia de la insulina (López et. al., 2014; Calderón, 2014).

Es por este aspecto que debemos lograr un control ideal del índice de masa corporal (IMC) e índice de cintura (IC) en los enfermos que viven con diabetes. El IMC, es el peso en kilogramos por la talla en metros cuadrados (Kg/m²) y es el indicador de la relación entre el peso y la talla para identificar el sobrepeso u obesidad (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018; NOM -008-SSA3-2010, 2010). Este control se alcanza cuando el IMC se mantiene entre >18.5 y <25 . Sin embargo, para las

personas de talla baja (mujeres <1.50 m y hombres <1.60 m) el límite superior de IMC saludable es de 23. En menores de edad se utilizarán las curvas de crecimiento de acuerdo a la edad y sexo; y se buscará estar por debajo del percentil 90 (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Considerando que la acumulación de tejido adiposo a nivel abdominal se ha relacionado con alteraciones metabólicas que incluyen la resistencia a la insulina, dislipidemias y a riesgo cardiovascular, se ha estimado que el mejor indicador para medir este hecho es la circunferencia abdominal. Para tal efecto, la OMS propuso que los puntos de corte para identificar obesidad abdominal en hombres y mujeres es mayor a 102 y 88 respectivamente y para ambos sexos mayor a 90 cm. Aunque, para el control de los padecientes como meta es alcanzar una circunferencia abdominal <90 cm en hombres y <80 cm en mujeres (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018; Acosta, 2011).

Para abatir el sobrepeso y obesidad se incluye dentro del manejo, control y medidas de prevención para la DM y la actividad física con el propósito de tener un gasto energético que se añade al metabolismo basal. De tal modo que el tipo, intensidad, duración y frecuencia del ejercicio se fijan de manera individual, tomando en consideración la evolución de la enfermedad, la edad del padeciente, la alimentación y su medicación, así como las necesidades específicas del enfermo, incluyendo sus gustos. Para tales efectos, se recomienda que la actividad física sea moderada a intensa, de manera cotidiana por cinco días a la semana, en niños (60 minutos) y en adultos (30 min); es decir, que se tenga un total de 300 o 150 minutos por semana de ejercicio físico respectivamente (PROY-NOM-015-SSA2-2018, 2018).

Al respecto, efectuando actividad física moderada de 30 minutos al día se disminuye en personas >60 años de edad: el riesgo de desarrollar DM, entre el 58% al 71%. También se logra un descenso de peso corporal del 5 al 7% (GPC-IMSS-718-14, 2014). Una actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET) se define como aquella que acelera el ritmo cardiaco y como ejemplos tenemos: caminar a paso rápido y bailar. Ahora bien, la Unidad Metabólica de Reposo (MET) es la diferencia entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. “Un MET es el costo energético de estar sentado tranquilamente o en reposo y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. Sin embargo, el consumo calórico es unas 3 a 6 veces mayor (3-6 MET) cuando se realiza una actividad de intensidad moderada, y más de 6 veces mayor (>6 MET) cuando se realiza una actividad vigorosa”. Cabe aclarar que el ejercicio es una variedad de actividad física, la que es bien planificada o programada, estructurada, es repetitiva y se realizada con un objetivo para la mejora o el mantenimiento de la aptitud física (OMS, ¿Qué se entiende?, s. f.; OMS, Actividad física, s. f.). El sedentarismo impide mejorar el metabolismo de la glucosa, ya que el ejercicio físico permite la captación de la glucosa, es decir aumenta la sensibilidad

de la insulina, provocado por la translocación de receptores GLUT4 a la membrana plasmática del músculo esquelético, por mecanismos diferentes a los desencadenados por la insulina. El aumento de esa sensibilidad a dicha hormona dura hasta 72 horas después de haberlo efectuado, ello es inducido por la necesidad de establecer las reservas del glucógeno gastado con el ejercicio (Bastidas et. al., 2001). A su vez el ejercicio disminuye los niveles lipídicos, además de que produce balance energético negativo, lo que se traduce en pérdida de peso. Los efectos en los niveles de glucosa dependen de la intensidad, frecuencia y duración del ejercicio (GPC-IMSS-718-14, 2014; Gómez et. al., 2010).

También se ha demostrado que junto con el ejercicio físico una dieta acorde a los requerimientos calóricos, baja en carbohidratos y rica en fibra, permite el control de la glucosa, el peso y el IMC. Las frutas a pesar de la fructosa que poseen, pueden apoyar a bajar el índice glicémico (NOM 015-SSA2-2010, 2010; NOM -008-SSA3-2010, 2010; Durán et. al., 2012).

Método

Se efectuó un estudio longitudinal y analítico en una muestra a conveniencia de 22 individuos mayores de 60 años de ambos sexos, que padecían DM tipo 2 y estaban bajo tratamiento medicamentoso con hipoglucemiantes orales, que a su vez no efectuaban ejercicio físico constante ni llevaban una dieta acorde a sus requerimientos calóricos para su enfermedad, previo consentimiento informado; todos eran pacientes del DUPAM, que acudían regularmente a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas de la Facultad de Estudios Zaragoza.

Las variables independientes fueron la dieta adecuada y ejercicio físico aeróbico; las variables dependientes el nivel de glucosa en ayuno, y las variables antropométricas circunferencia abdominal e índice de masa corporal.

Se utilizó una hoja para registro donde se tomaron los datos obtenidos de las variables consideradas de cada uno de los individuos que participaron en el estudio. Se anotaron inicialmente los niveles de glucosa, circunferencia abdominal e índice de masa corporal.

Una vez registrados los datos iniciales se prescribió la dieta de acuerdo a los requerimientos calóricos de cada paciente, principalmente baja en carbohidratos y rica en fibra. Los alimentos se agruparon en tres, conforme al plato del bien comer: con verduras y frutas, otro de cereales con tubérculos y el tercero de leguminosas con alimentos de origen animal, considerando las porciones e índice glucémico de estos. En este aspecto se consideran las costumbres, gustos y los aspectos económicos de los pacientes con la finalidad de adaptar la variedad de acuerdo al sistema mexicano de equivalentes.

Se realizó un plan de ejercicio previa estricta valoración médica del estado de salud, así como condición individual, edad y sexo, adecuando éste a cada padeciente, con una duración de una hora, cinco veces a la semana, de lunes a viernes, por seis meses seguidos.

Los padecientes llegaban a la Clínica Universitaria de Atención a la Salud, a las 9:00 a.m., para efectuar el ejercicio físico, previamente desayunadas, bebiendo agua, antes, durante, y después de la práctica deportiva, y en el caso de sentir mareo, palpitaciones o debilidad, habría que parar inmediatamente e ingerir comida. Utilizando ropa transpirable, amplia y cómoda que evitará rozaduras y favoreciera la circulación, así como el calzado y calcetines adecuados para evitar ampollas y heridas. El ejercicio físico constaba de tres etapas: 1) Ejercicios de calentamiento, con movimientos suaves y de estiramiento de brazos, extremidades y tronco, durante 10 minutos. 2) El ejercicio físico moderado, durante 40 minutos, que consistía en hacer cuatro rutinas de actividades ya fuese con palo, banco, cintas elásticas o pelota, con tres series de treinta repeticiones cada una; y/o baile. Favoreciendo el ejercicio aeróbico y movimientos de los diferentes grupos musculares de las cuatro extremidades. La prescripción del ejercicio se incluyó en un programa personal de los padecientes, en donde la actividad física al inicio del estudio fue lenta y de acuerdo a la respuesta de cada participante, se fue aumentando paulatinamente la intensidad y la duración de la rutina. 3) La etapa de recuperación: durante 10 minutos, con ejercicios de estiramiento y movimientos ligeros.

Posteriormente, se efectuó el monitoreo y registro cada mes, durante seis meses de: medición de glucosa capilar en ayuno en sangre, con glucómetro por las mañanas, antes de que realizaran el ejercicio físico los padecientes; índice de masa corporal; y la medición de la circunferencia abdominal, con una cinta métrica de manera horizontal, a la altura del punto medio entre la parte superior de la cresta iliaca (cadera) y la última costilla, después de una espiración normal.

Los datos obtenidos fueron registrados, analizados y procesados en Excel, en donde se calculó la media y la diferencia de las medias y se realizó la comparación de los datos obtenidos (al inicio y al finalizar el estudio) con prueba de t de Student, considerando diferencia significativa con una $p \leq 0.05$.

Resultados

El número total de padecientes estudiados fueron 22 y forman parte del programa DUPAM; de ellos 19 mujeres (86.3%) y 3 hombres (13.7%); el 100% de los participantes con edad mayor a 60 años de edad, viven con DM tipo 2, bajo tratamiento farmacológico, con bajo ejercicio físico (actividades cotidianas efectuadas de manera irregular) y pobre control de la dieta que consumen.

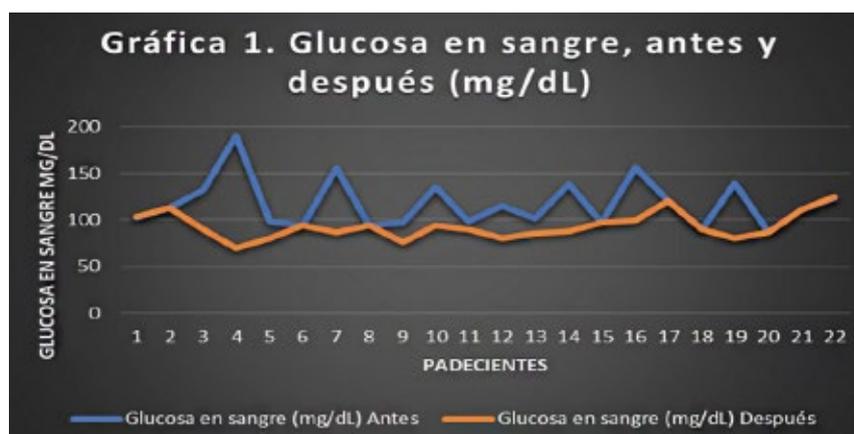
Al inicio del estudio se observó que 8 (36%) de los 22 padecientes presentaron

glucosa dentro de límites normales (≤ 100 mg/dL); y 11 (50%) con cifras de glucosa ≤ 111 mg/dL. El nivel más alto de glucosa fue de 190 mg/dL y el menor de 87 mg/d, el rango estadístico de la primera toma de los niveles de glucosa se sitúa en (la diferencia de 190-87) 103 mg/dL, con una varianza de 662.68 y desviación estándar de 25.7.

Al finalizar los seis meses de estar llevando a cabo la dieta y los ejercicios prescritos, el total de padecientes que pudieron disminuir las cifras de glicemia fueron 12 (54.48%); 17 (77%), presentaron glucosa ≤ 100 mg/dL; y 18 (81%) tuvieron una glucosa ≤ 111 mg/dL. El nivel más alto de la cifra de glucosa fue de 125 mg/dL y el menor de 70 mg/d, el rango estadístico de los niveles de glucosa se sitúa en 55 mg/dL, con una varianza de 188.96 y desviación estándar de 13.74.

Las cifras de las medias de los niveles de glicemia al inicio y al final del estudio se cuantificaron en 117.6 mg/dL y 93.4 mg/dL respectivamente. Comparando y haciendo la diferencia de las medias entre la primera toma y la última toma de glucosa sanguínea, fue de 24.2 mg/dl menor que la inicial. Además, considerando la primera y última toma de los niveles de glucosa, disminuyeron: el rango de 103 mg/dL a 55 mg/dL, la varianza de 662.68 a 188.96 y de la desviación estándar de 25.7 a 13.74. Es decir, hubo una disminución de los niveles de glucosa en sangre en los pacientes estudiados, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.05$). Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Muestra la disminución de los niveles de glucosa en sangre en los pacientes estudiados



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las medidas antropométricas realizadas a los padecientes, al inicio y al final se obtuvieron, circunferencia abdominal, 101 y 101.5 respectivamente; en cuanto al índice de masa corporal se obtuvo 31 para ambos registros, por lo que no hubo una variación de los mismos sin diferencia estadísticamente significativa; persistiendo la obesidad en los padecientes, lo cual es un riesgo para su enfermedad.

Discusión

La hipótesis del estudio, parcialmente se comprobó ya que con la dieta adecuada y ejercicio físico aeróbico se logró la disminución de la glucemia en ayuno, sin embargo, las medidas antropométricas se mantuvieron sin variación, prácticamente iguales, en los padecientes con DM tipo 2, mayores de 60 años de edad, integrantes del programa DUPAM.

El estudio pretendió demostrar que el ejercicio físico tiene utilidad en la disminución de los niveles de glicemia en sangre y que genera mejoría del IMC e IC al efectuar ejercicio moderado durante 300 minutos a la semana en padecientes de 60 años o más. Sin embargo, a pesar de que la muestra es pequeña, se observó que la dieta y la rutina de ejercicios mejoraron la glicemia en sangre, pero no las medidas antropométricas de composición corporal.

La prescripción de las medidas dietéticas y las del ejercicio efectuadas en el estudio, fueron relativamente benéficas para los padecientes, ya que las cifras de la glucosa en sangre fueron menores a 111 mg/dl en ayuno, en el 81% de los enfermos que viven con DM tipo 2, lo que permite disminuir la probabilidad de complicaciones.

En cuanto a las medidas antropométricas no hubo variaciones y siguieron con un IMC promedio de 31 e IC de 101, es decir, continuaron con obesidad. Esto puede deberse a que probablemente los pacientes no efectuaban la dieta prescrita. Los resultados mostraron que es difícil para las personas mayores adherirse a la misma, lo cual podría ser por razones económicas; desapego por situaciones de tradición y cultura para el consumo de ciertos alimentos (llama la atención que en el grupo estudiado consumían de 5 a 10 tortillas diarias), por arriba del promedio calórico recomendado para personas con DM; por la omisión de una dieta adecuada por parte de ellos mismos y de los otros integrantes de la familia, que no consumen los mismos alimentos que el enfermo de DM tipo 2; no se les proporcionan de manera concreta los alimentos que requieren, por lo tanto los alimentos para su consumo individual, podrían depender de la funcionalidad o desintegración familiar, de la mala economía o el gusto, o por la carencia de los alimentos en la comunidad.

Cabe aclarar que los padecientes estudiados efectuaban ejercicio físico como mínimo 4 veces a la semana, una hora diaria, ya que no siempre acudían a la clínica. Sin embargo, sabemos que no es necesario asistir a un lugar específico para realizar estas rutinas, lo importante es concientizar sobre este hecho para que los padecientes no dejen de hacerlo (Nava et. al., 2012).

Sin embargo, estos resultados son semejantes a lo encontrado por Boulé et. al., (2001), en el que observaron que el ejercicio físico provocó disminución en la hemoglobina glicosilada 1c (HbA1c) en personas que viven con DM tipo 2, pero sin

cambios significativos del índice de masa corporal (IMC). Al igual que este estudio referido, nuestra investigación logró disminuir los niveles de glucemia en sangre sin haber mejoría de las medidas de somatometría.

Probablemente los resultados obtenidos en nuestro estudio se deben a que el gasto calórico que tuvieron los padecientes fue de 2000 y 2500 calorías semanales, suficientes para mejorar los niveles de glucemia, pero sobradas para la disminución de las medidas de IMC y de IC (Abellán et. al., 2014).

También, se ha documentado que puede existir aumento de peso como efecto secundario con el tratamiento de insulina. Por lo que han recomendado agregar medicamentos orales además de la insulina para disminuir los efectos secundarios de la insulina (Vos et. al., 2016).

Empero, los efectos del ejercicio en el cuerpo humano en quienes viven con o sin diabetes, son a corto y a largo plazo. Entre los primeros encontramos que estas actividades mejoran el transporte de la glucosa a los músculos y disminuye la insulinoresistencia. Además, favorece el almacenamiento de la glucosa en el músculo y por ende en el abatimiento de los niveles glicémicos en sangre. Al efectuar actividades con los diferentes grupos musculares el flujo sanguíneo aumenta, lo que hace a su vez consumir en más cantidad la glucosa del músculo. Asimismo, aumenta la concentración de GLUT-4, que es quien, la que facilita el transporte de la glucosa hacia adentro de las células; aumenta el número de receptores de la insulina; incrementa la capacidad del músculo para transportar glucosa por aumento de las enzimas de fosforilación, almacenamiento y de oxidación de la glucosa (Rufino et. al., 2009).

Además, con el ejercicio físico a mayor intensidad se dice que existe mayor utilización de los hidratos de carbono y más captación de glucosa por el músculo; lo que mejora la acción de la insulina, durante un periodo de 2 a 72 horas; y a su vez provoca la disminución de la resistencia a la insulina durante 24 horas. También, permite quemar calorías con la consecuente pérdida de peso o balance energético negativo (Colberg et. al., 2010).

Según la OMS (2014), en el Plan de Acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019, específicamente en los adultos mayores es recomendable dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. Y a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo, de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa

aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. Los adultos de este grupo, de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana y se realicen actividades de fortalecimiento de principales grupos de músculos, con ejercicios de fuerza y resistencia dos o más días a la semana. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado. Estas recomendaciones son adoptadas en el programa DUPAM.

Conclusiones

Realizando ejercicio físico, se reducen las complicaciones, se mejoran el sistema respiratorio, cardiovascular, muscular, y se corrigen los biomarcadores para riesgo cardiovascular, la DM tipo 2 y de la salud ósea, por lo que, realizar actividad física desencadena una mayor salud funcional, reflejada en el fortalecimiento de los principales grupos de músculos, evitar la pérdida de músculo progresiva previniendo la sarcopenia, la disminución de caídas, mejores funciones cognitivas y menores limitaciones funcionales moderadas y graves (OMS, La actividad física en adultos mayores, s.f. ; OMS, ¿Qué se entiende...?, s.f.).

Por lo tanto, se requiere una dieta y ejercicio físico adecuados para favorecer un balance energético negativo (mayor gasto de calorías de las que se consumen). Al respecto, se sabe que una pérdida del 5 al 10% del peso corporal de una persona mejora: el nivel glucémico (por el aumento de la sensibilidad a la insulina); además, de disminuir la tensión arterial, la dislipidemia y el riesgo cardiovascular (GPC-IMSS-718-14, 2014).

Es por ello que las fortalezas que identificamos en este estudio es la supervisión de los padecientes para realizar su plan de ejercicio físico, la prescripción de la dieta y plan de alimentación adecuado a su padecimiento y el control de los niveles de glucosa de acuerdo al programa DUPAM.

Las limitantes del estudio fueron en algunos casos la asistencia discontinua de los padecientes al DUPAM, el desapego a la dieta por diversas razones (sobre todo económicas y culturales) y en ocasiones falta de adherencia al tratamiento farmacológico y poco involucramiento de los familiares o cuidadores de las personas en edad geriátrica que viven con diabetes para que se cumpla su manejo. Sin embargo, los padecientes que presentan constancia en el ejercicio físico y una dieta y plan de alimentación saludable obtuvieron niveles glucémicos normales.

Como observamos en este trabajo, la tendencia de la DM es positiva como causa de morbilidad y mortalidad en la población mundial; que la DM tipo 2 es la más frecuente de los otros tipos de la enfermedad y que representa el 90% de todas las formas de presentación de la DM; que esta patología se presenta a más temprana edad siendo una enfermedad asociada al sobrepeso, obesidad y al cambio de estilos de vida.

Es por ello que, para mantener los niveles de glucosa en sangre adecuados, un peso saludable para prevenir el sobrepeso y obesidad, se requiere ingerir en 24 horas, las calorías totales recomendadas para cada individuo de acuerdo a su talla, edad, sexo, actividad física desempeñada y condición metabólica. Además, de efectuar ejercicio físico moderado de manera cotidiana acumulando 300 minutos por lo menos en 5 días a la semana.

Un resultado que llama la atención es la relación existente entre el ejercicio y la dieta con la reducción de los niveles de glucosa, pero inexistente con la disminución de las medidas antropométricas. El presente estudio se realizó en el marco del proyecto “Caracterización de factores protectores: creencias sobre la enfermedad y la vida, patrones de comportamiento y estados emocionales de adultos mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 controlada”, clave-UNAM-DGAPA-PAPIIT: IN405319. Se agradece a la P.Q.F.B. Angélica Lucero Moctezuma Santana y a la Mtra. Mireya García Casas por sus aportes teóricos al presente estudio.

Referencias

- Abellán-Alemán, J., De Baranda-Andújar, P. S. y Ortín-Ortín, E. J. (2014). Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular (A A., D. B. y O.O. Editor, 2ª ed). Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA); Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; Sociedades Autonómicas de Hipertensión. <https://www.seh-lelha.org/wp-content/uploads/2017/03/GuiaEjercicioRCV.pdf>
- Acosta, G. E. (2011). Vigilancia del Síndrome Metabólico. *Revista acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 45(3), 423-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53521520003>
- American Diabetes Association (2009). Standards of Medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*, 32, supl 1, S13-49. https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/32/Supplement_1/S13.full.pdf
- Bastidas-Ramírez, B. E., García-Bañuelos, J. J., Rincón-Sánchez, A. R. y Panduro-Cerda, A. (2001). Actividad física y diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 11(99), 49-56. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14239908>
- Bommer, C., Heesemann, E., Sagalova, V., Manne-Goehler, J., Atun, R., Bärnighausen, T., y Vollmer, S. (2017). The global economic burden of diabetes in adults aged 20-79 years: a cost-of-illness study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(6), 423-430. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30097-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30097-9)
- Boulé, N. G., Haddad, E, Kenny, G. P., Wells G. A. y Sigal R. J. (2001). Effects of Exercise on Glycemic Control and Body Mass in Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-analysis of Controlled Clinical Trials. *JAMA*, 286(10), 1218-1227. <https://doi.org/10.1001/jama.286.10.1218>
- Bourne, R. A, Stevens, G. A, White, R. A, Smith, J. L, Flaxman, S. R, Price, H., Jonas, J. B, Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S. y Taylor, H. R. (2013). On behalf of the Vision Loss Expert Group. Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic análisis. *Lancet Glob Health*, 1(6), e339-e349. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70113-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70113-X/fulltext)
- Calderón, C. B. (2014). La resistencia a la insulina y sus implicaciones hepáticas. *Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud*, año 2014, 31(44), 1-4. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/historico-boletin-epidemiologico>

Cardoso-Gómez, M. A., Zarco-Villavicencio, A., Aburto-López, I. A. y Rodríguez-León M. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Rev. De la Fac. de Med. De la UNAM*, 57(5), 32-42. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500032

Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., Chasan-Taber, L., Albright, A. L. y Braun, B. (2010). Exercise and Type 2 Diabetes. The American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. *Diabetes Care*, 33(12), 2692-2696. <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/33/12/2692.full.pdf>

Consejo de Salubridad Nacional (s. f.). Guía de práctica Clínica GPC DIF-257-09. Rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención resumen de evidencias y recomendaciones. Consultado el 20 de junio de 2020. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/257_DIF_09_Amputado_DM/EyR_DIF_257_09.pdf

Consejo de Salubridad General (2013). Guía de Práctica Clínica GPC SSA-093-08. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la Diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. Consultado el 20 de junio de 2020. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27318/ER.pdf>

Consejo de Salubridad General (2014). Guía de Práctica Clínica GPC-IMSS-718-14. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones. Consultado el 20 de junio de 2020. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf

Dirección General de Epidemiología (s. f.). Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad, Estados Unidos Mexicanos 2012. Consultado el 8 de junio de 2020. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2012/principales/nacional/grupo_edad.pdf

Dirección General de Epidemiología (s. f.). Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad, Estados Unidos Mexicanos 2018. Consultado el 8 de junio de 2020. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2018/principales/nacional/grupo_edad.pdf

Dirección General de Epidemiología (2018). Boletín del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes tipo 2 en México, en su cierre anual de 2018. SSA/DGE/SVEDT2. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482235/-BolDiabetes_cierre2018.pdf

Dirección General de Información en Salud (s. f.). Tasas de Mortalidad 1990-2019. Consultado el 8 de junio de 2020. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Durán, A. S., Carrasco, P. E., Araya, P. M. (2012). *Alimentación y diabetes*. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 27 (4), 1031-1036. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226790010>

Flores-Ramírez, J. y Aguilar-Rebolledo, F. (2006). Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1. Medigraphic-Artemisa. *Plast & Rest Neurol*, 5 (2), 139-151. <https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2006/prn062e.pdf>

Gómez-Huelgas, R., Martínez-Castelao, A., Artola S., Górriz, J., Menéndez, E., Fácila-Rubio, L., Martell-Claros, N., Mediavilla-Bravo, J., Miranda-Fernández, C. y Macías-Núñez, J. (2014). Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente con enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(1), 34-45. <https://revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699514053673>

Gómez, R., Monteiro, H., Cossio-Bolaños, M. A., Fama-Cortez, D. y Zanesco, A. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(3), 379-86. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319423011>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2019). Guía de práctica clínica GPC-IMSS-335-19. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Consultado el 20 de junio de 2020. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Consultado el 25 de junio de 2020. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

López, M. S., Maskin-Jensen, A. N., Mir, C. N., Ibañez-Pianesi, M. y Manulak, M. A. (2014). Adiposidad abdominal, insulino-resistencia, hipertensión y sodio urinario en adolescentes obesos. *Acta bioquímica Clínica Latinoamericana*, 40(3), 301-310. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53532405003>.

Mathers, C.D. y Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine* 3(11): e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>

Nava, R. C., Cardoso, G. M. y Pascual, A. R. (2012). El significado subjetivo de salud de un médico indígena tradicional de Zongolica, Veracruz. *Revista anales de Antropología*, 46, 251-271. <http://www.journals.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/33159>

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe mundial sobre la diabetes. WHO. ISBN 978 92 4 356525 5. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2014), en el Plan de Acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Consultado el 14 de julio de 2020. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2016). Diabetes. Día Mundial de la salud 2016: Vence a la diabetes. Consultado el 28 de junio de 2020. <https://www.who.int/diabetes/es/>

Organización Mundial de la Salud (2020). Diabetes. Datos y cifras. Consultado el 28 de junio de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (2016). Diabetes: perfiles de los países 2016. México. Consultado el 2 de junio de 2020. https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (s.f.). ¿Qué se entiende por actividad moderada y actividad vigorosa? Consultado el 6 de junio de 2020. https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/

Organización Mundial de la Salud (s.f.). La actividad física en los adultos mayores. Consultado el 9 de junio de 2020. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Actividad física. Consultado el 2 de junio de 2020. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Rufino-Serralde, Y. D., Rosas-Barrientos, J. V. y Sánchez-Ortiz, Á. O. (2009). Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Esp Med Quir*, 14(3), 109-116. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2009/rmq093b.pdf>

Sarwar, N., Gao, P., Kondapally-Seshasai, S. R., Gobin, R., Kaptoge, S., Angelantonio, E. D., Ingelsson, E., Lawlor, D. A., Selvin, E., Stampfer, M., Stehouwer, C. D. A., Lewington, S., Pennells, L., Thompson, A., Sattar, N., White, I. R., Ray, K. K. y Danesh J. (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet*, 375(9733), 2215-2222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60484-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60484-9)

Secretaría de Gobernación (2018, 3 mayo). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018

Secretaría de Gobernación (2010, 23 de noviembre). Norma Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-2010. Prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus”. Diario Oficial de la Federación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010&print=true

Secretaría de Gobernación (2010, 4 de agosto). Norma Oficial Mexicana NOM -008 SSA3-2010. Tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación. <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm>

Secretaría de Salud (2019). Presentación de resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT). Consultado el 27 de junio de 2020 https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Secretaría de Salud (2002). Manual de procedimientos. Toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto mayor. Consultado el 14 de julio de 2020. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>

Torres-Toledano, M., Granados-García, V. y López-Ocañac, L. R. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 55 Supl 2, S118-23. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/download/2490/2864

Vos, R.C., Van-Avendonk, M.J.P., Jansen, H., Goudswaard, A.N., Van-den-Donk, M., Gorter, K., Kerksen, A. y Rutten, G. (2016). Insulin monotherapy compared with the addition of oral glucose-lowering agents to insulin for people with type 2 diabetes already on insulin therapy and inadequate glycaemic control. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2016, número 9. Art. No: CD006992. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006992.pub2>

ECUACIONES ANTROPOMÉTRICAS PARA MEDIR LA GRASA CORPORAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Eliane Cunha Gonçalves¹, José Fernandes Filho²

¹Faculdade Multivix de Vitória, ²Universidade Federal do Río de Janeiro

Resumen

La medición de la composición corporal es de fundamental importancia para los estudios y el seguimiento de los programas destinados a alterar sus componentes y estos, a su vez, permiten identificar los riesgos asociados con la salud (Fett C. A., Fett, W. C. R., Marchini, J. S., 2006). Cómo monitorear los cambios debido a enfermedad, edad o actividad física (Heyward, V. L, 2001; Heyward, V. L., Stolarczyk, L., 2000). Por lo tanto, este estudio es cualitativo y tiene como objetivo revisar las principales ecuaciones utilizadas para estimar el porcentaje de grasa en los adultos mayores, especialmente los desarrollados en Brasil y en todo el mundo. Se concluyó que, a pesar de la disponibilidad de ecuaciones nacionales, se puede ver que la n todavía es pequeña, pero se observa que ambos que obtuvieron Dual X-Ray obtuvieron un Error Estándar estimado estadísticamente alto.

Palabras claves

Composición Corporal, Grasa Corporal, Personas Adultas Mayores.

Introducción

La evaluación de la composición corporal es un componente de gran importancia en el área de la salud, que se define como la cuantificación de los componentes estructurales, la forma y la proporción del ser humano (Rech C. R., Cordeiro B. A., Petroski E. L., 2010; Petroski, E. L., 1995). La medición de la composición corporal es de fundamental importancia para los estudios y el seguimiento de los programas destinados a alterar sus componente y estos, a su vez, permiten identificar los riesgos asociados con la salud (Fett C. A., Fett, W. C. R., Marchini, J. S., 2006). Como monitorear los cambios debido a enfermedad, edad o actividad física (Heyward, V. L., 2001; Heyward, V. L., Stolarczyk, L., 2000).

Cada método de evaluación es único, tiene sus limitaciones y la comparación puede ser útil para la interpretación de los resultados. Lo más afectado en el protocolo de diferenciación es la distinción de los adultos mayores por sexo, edad y diferenciación morfo-funcional. En los países en desarrollo, las personas mayores de 60 años se consideran viejos, mientras que en los países desarrollados las personas mayores de 65 años se llaman adultos mayores (Rech C. R., Cordeiro B. A., Petroski E. L., 2010; WHO, 2003; Mitchell, S. J., et al., 2010).

La clasificación gerontológica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), apunta a una edad de cambio o envejecimiento, a partir de los 46 años (Cervi, A., FrancischiniI, S., Priore, S.,2006), sin embargo, este proceso es biológico y, como tal, conduce a una disminución de las capacidades físicas, con importantes repercusiones sociales y psicológicas. (WHO, 2002). Este proceso de envejecimiento culmina en la vejez, que varía según las condiciones locales de desarrollo humano. En los países en desarrollo se llama vejez (el Estatuto de Viejos lo clasifica como un individuo de 60 años o más) (Brasil, 2003) y en los países desarrollados, llamado adultos mayores, puede ocurrir a los 65 años. (WHO, 2002).

Se han desarrollado varias ecuaciones, para las poblaciones más diversas, en Brasil y en todo el mundo (Durnin, J. V., Womersley, J., 1974; Tran, Z. V., Weltman, A., 1989), son escasos para grupos específicos como niños, adultos mayores, negros y obesos (tienen diferente grasa corporal que el resto de la población) (Petroski, E. L., 1995). Sin embargo, cuando se usan en otras poblaciones, tienden a causar errores en la evaluación de la composición corporal (Lohman, T., G., 1992). Por lo tanto, este estudio es cualitativo y tiene como objetivo revisar las principales ecuaciones utilizadas para estimar el porcentaje de grasa en los adultos mayores, especialmente las desarrolladas en Brasil y en todo el mundo.

Las ecuaciones señaladas en el presente estudio fueron recolectadas solo de publicaciones en revistas indexadas y utilizando pesaje hidrostático y DXA (Dual X-Ray) como instrumento de criterio. Las ecuaciones publicadas en los resúmenes de congresos no se tuvieron en cuenta debido a la dificultad de acceso.

Método

La metodología es cualitativa, descriptiva y revisión de literatura. La técnica de recolección de datos fue simple observación utilizando fuentes de bases de datos de plataformas de investigación académica que tienen las siguientes palabras clave como descriptores: composición corporal, grasa corporal, ancianos, hombres y mujeres. Estas herramientas permitieron la producción de esta investigación, corroborando con el tratamiento de la información en torno al objeto de estudio, considerando que los materiales científicos reunidos en esta colección son más estructurados, con una visibilidad importante en el área de la salud. El material documentado informa las ecuaciones para la composición corporal existentes en el mundo para hombres y mujeres de edad avanzada.

Como criterio de elegibilidad, los estudios se seleccionaron al azar. Los estudios que se consideraron específicamente abordan las ecuaciones para la composición corporal de personas mayores. Los estudios incluidos fueron sólo aquellos que presentaron las ecuaciones para la composición corporal.

Desarrollo

Métodos para evaluar el porcentaje de grasa.

La evaluación del porcentaje de grasa y, en consecuencia, de la composición corporal, puede determinar los componentes del cuerpo humano de forma cuantitativa. El uso de estos datos ayuda a detectar el grado de desarrollo y crecimiento de niños, jóvenes, adultos y personas mayores (Heyward, V. L., Stolarczyk, L., 2000), y así, relacionar sus componentes con la incidencia de morbilidad y mortalidad (Wei, M., Kampert, J. B., Barlow, C. E., 1999).

Además, ayuda a identificar los riesgos para la salud asociados con niveles excesivamente altos y bajos de grasa corporal total; identificar los riesgos para la salud asociados con la acumulación excesiva de grasa intraabdominal; proporcionar comprensión de los riesgos para la salud asociados con la falta o el exceso de grasa corporal; monitorear los cambios en la composición corporal, asociados con ciertas enfermedades; evaluar la eficiencia de las intervenciones nutricionales y los ejercicios físicos para alterar la composición corporal; estimar el peso corporal ideal de atletas y no atletas; formular recomendaciones dietéticas y recetas de ejercicio físico; y controlar los cambios en el porcentaje de grasa y la composición corporal (Rech C. R., Cordeiro B. A., Petroski E. L., 2010).

Los métodos conocidos para estimar el porcentaje de grasa son los métodos directos (disección de cadáveres), indirectos (DXA, pesaje hidrostático, pletismografía) y doblemente indirectos (regresión, predicción, ecuación de índice).

Los métodos indirectos son la absorciometría radiológica de energía dual (DXA), bioimpedancia eléctrica, densitometría, pletismografía, hidrometría, espectrometría, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética, activación de neutrones, interacción de rayos infrarrojos, excreción de creatinina, creatinina sérica, absorción fotónica, radiografía y 3-metilhistidina urinaria (Pollock y Wilmore, 1993). Todos ellos son de alto costo y exigen profesionales calificados (Pollock, M. L., Wilmore, J. H., 1993; McArdle, W. D., Katch, F., Katch, V., 2008).

Entre los métodos indirectos, el pesaje hidrostático ha presentado algunas limitaciones en grupos de personas mayores: 1) no tiene en cuenta la densidad mineral ósea; 2) establece la proporción de masa magra y masa grasa, como constante; 3) los adultos mayores tienen dificultades para realizar con precisión el procedimiento de peso sumergido, ya que no pueden hacer una espiración máxima bajo el agua (Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., 1994). Por lo tanto, la hidrodensitometría, que sería un método alternativo asequible para evaluar la grasa corporal, no se presenta como un método fácil de aplicar en este grupo de población (Fett C. A., Fett, W. C. R.; Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., 1994).

Una alternativa en la evaluación del porcentaje de grasa de este grupo de edad es el análisis mediante absorciometría radiológica de energía dual (DXA) (Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., 1994; Visser M, Fuerst T, Salomone LL, Harris T., 1999; Kohrt, V. M., 1998; Salamone, L.M., et. al., 2000). Este método no requiere ningún esfuerzo por parte del sujeto y sus niveles de confiabilidad son aceptados como el estándar para evaluar la grasa corporal, así como en el desarrollo y validación de otros procedimientos para evaluar la grasa corporal (Fett C. A., Fett, W. C. R., Marchini, J. S., 2006; Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., 1994; Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., 1994; Visser M, Fuerst T, Salomone LL, Harris T., 1999; Kohrt, V. M., 1998; Adms, J. E., 1997).

Entre las diversas metodologías, la técnica doble indirecto es un procedimiento fácilmente accesible para cuantificar la grasa del individuo (porcentaje de grasa) con un bajo costo de fácil manejo, entre ellos, la antropometría se vuelve bastante efectiva para esta estimación (Fett C. A., Fett, W. C. R., Marchini, J. S., 2006; Mitchell, S. J., Kirkpatrick, D. M. J., Le Couteur, D.G., Naganathan, V., Sambrook, P.N., Seibel, M.J., et al., 2010; Wang, Z., Heymsfield, S. B., Chen Z, Zhu S., Pierson, R. N., 2010). Sin embargo, es necesario que sean validados a través de un método indirecto válido para la estimación de la grasa corporal en diferentes poblaciones (Chen, Z., et al., 2007).

El porcentaje de grasa y el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso biológico natural e inevitable que refleja la evolución del ser humano a través del nacimiento y su desarrollo hasta la vejez.

Uno de los cambios encontrados en esta población es la composición corporal. (WHO, 2002). Este cambio es una de las características de la senescencia, pueden o no ser universales, pero su expresión e incidencia varían considerablemente dentro y entre los grupos de adultos mayores de origen genético similar o divergente, lo que refleja factores ambientales y nutricionales. Los cambios en la masa celular, la grasa y el agua corporal a menudo ocurren con la enfermedad y el envejecimiento, y a menudo se asocian. (Cervi, A., FrancischiniI, S., Priore, S.,2006)

Según Schoeller, el agua corporal total disminuye con el envejecimiento y en los hombres, la disminución comienza en la mediana edad y continúa durante toda la vida (Schoeller, D. A., 1989), es un indicativo de una disminución en la masa libre de grasa, que corresponde al agua intracelular, siendo una causa importante de pérdida de peso durante el envejecimiento, además de una disminución en la masa celular muscular y la masa celular en general, que es más pronunciada en los hombres, y agravado por un estilo de vida sedentario, común en personas mayores.

Se producen cambios significativos en las características de la distribución de grasa y en la masa libre de grasa. Hay una redistribución lenta y progresiva, denominada centralización e internalización, de la grasa corporal en los adultos mayores. Cambio de peso y altura, que tienden a disminuir (Cervi, A., FrancischiniI, S., Priore, S.,2006). La disminución de la altura, entre 4 y 5 cm (Chumlea W. C., et. al., 1992), se produce principalmente por la compresión de los discos intervertebrales, el aplanamiento de las vértebras y la osteoporosis, además de procesos como la cifosis torácica, la escoliosis y el arqueamiento de las extremidades inferiores (Forbes, G. B., 2003).

Hay una disminución en la masa magra y un cambio en el patrón de grasa corporal, donde el tejido graso en los brazos y las piernas disminuye, pero aumenta en el tronco. Como resultado, las variables antropométricas experimentan cambios, como el pliegue cutáneo del tríceps y el perímetro del brazo y la pantorrilla, que disminuyen y el perímetro abdominal y del tronco aumentan (Durnin, J. V., Womersley, J., 1974; Chumlea W. C., et. al., 1992; Kuczmarski, M. F., Kuczmarski, R. J., Najjar, M., 2000; Santos, J. L., et. al., 2003).

Este aumento está relacionado con la cantidad de grasa visceral dentro de la cavidad abdominal y su determinación es importante para el conocimiento de la salud (Rech C. R., Cordeiro B. A., Petroski E. L., 2010). Con respecto a la masa corporal magra (MCM), entre las edades de 25 y 65 años, hay una disminución sustancial en MCM de 10 a 16% debido a la pérdida de masa ósea, músculo esquelético y agua corporal total (Cervi, A., FrancischiniI, S., Priore, S., 2006; Kuczmarski, M. F., Kuczmarski, R. J., Najjar, M., 2000). A los 70 años de edad, el músculo esquelético tiene una pérdida de aproximadamente el 40% de su peso adulto máximo (Chumlea W. C., et. al., 1992; Baumgartner et. al., 1991),

independientemente de la edad, el origen étnico, el estado socioeconómico, la morbilidad y la obesidad.

Los parámetros de la evaluación antropométrica de los adultos mayores se ven afectados y es necesario analizar la precisión de las medidas para evaluar el estado nutricional y la composición corporal de este grupo (Cervi, A., Francischini, S., Priore, S., 2006; Gonçalves, E., 2004).

La determinación de la composición corporal es de fundamental importancia, ya que el exceso de grasa corporal y la disminución de la masa magra son factores de riesgo para muchas enfermedades que afectan a los adultos mayores, especialmente las degenerativas crónicas y la desnutrición, respectivamente (Dey, D. K., Bosaeus, I., 2003). Las técnicas utilizadas para estimar la grasa corporal, establecen relaciones entre los dos componentes principales: la grasa y la masa corporal magra, de acuerdo con el modelo de comportamiento bi, se limitan a ser utilizadas en los adultos mayores, debido a los cambios en MCM, especialmente en las mujeres así como en los cambios en la hidratación del tejido magro (Fett C. A., Fett, W. C. R., Marchini, J. S., 2006; Rech, C. R., Santos, D. L., Silva, J. C., 2006; Nassis, G. P., Geldas, N. D., 2003).

La preocupación por desarrollar, en Brasil y en el mundo, un método antropométrico (de bajo costo, simplicidad de uso del equipo, fácil de manejar y poca complejidad), válido para estimar la grasa corporal de las personas mayores es relevante, porque el mundo pasa por un proceso de envejecimiento de la población y, en consecuencia, el conocimiento al respecto, especialmente en aspectos relacionados con la salud (WHO, 2002).

Ecuaciones de predicción para la composición corporal

La necesidad de métodos eficientes y de bajo costo para medir la composición corporal explica la popularidad y el uso generalizado de la antropometría (Wang, Z., et. al., 2010), pero la falta de métodos de referencia válidos y estándar en poblaciones específicas no garantiza una orientación correcta sobre la composición corporal ideal que se debe lograr ni que la antropometría y sus resultados se puedan realizar de manera segura en términos de credibilidad y precisión. Los errores de precisión asociados con las ecuaciones antropométricas pueden causar sobreestimación y subestimación del % G.

La aplicabilidad de las ecuaciones de regresión, su uso tanto en aspectos relacionados con la salud como en el conocimiento de los factores de riesgo, con

cierto grado de confiabilidad, hace de esta una herramienta importante no solo en el campo de la Educación Física, sino en todo el campo de estudio de esta epidemia mundial que es la obesidad (WHO, 2002).

Ecuaciones de predicción para la composición corporal en hombres

Se encontraron trece ecuaciones como se muestra en la tabla 1, cuyas muestras utilizadas en su desarrollo cubrieron el grupo de edad completo (años) de la muestra actual. Las ecuaciones I, II, III, VIII y XI se realizaron a partir del cálculo de la densidad corporal (D), para luego ser convertidas en % G, por la ecuación "Siri (1961)" ($\%G = [(4,95/D) - 4,50] \times 100$), mientras que las ecuaciones restantes resultaron directamente en el valor predicho de porcentaje de grasa (Fernandes Filho, J., 2003).

Tabla 1: Ecuaciones para estimar el porcentaje de grasa corporal (% F) en hombres adultos mayores

Número	Autores	Ecuación	r	r ²	EEE
I.	Durnin e Womersley (1974)*	$D = 1,1715 - 0,0779 (\log \sum 4 PC[mm])$			
II.	Durnin e Womersley (1974)*	$D = 1,1765 - 0,0744 (\log \sum 4 PC[mm])$		0,9	0,0092kg
III.	Jackson & Polloc (1978)*	$D = 1,0990750 - 0,0008209 (PCT + PCABD + PCM) + 0,0000026 (PCT + PCABD + PCM)^2 - 0,0002017 (ID) - 0,00005675$			
IV.	Tran & Weltman (1988)	$\%G = - 47,371817 + 0,57914807 (CABD) + 0,25189114 (CC) + 0,21366088 (CIL) - 0,35595404 (MC)$	0,83		
V.	Deurenberg et al. (1989)	$\%G = 1,2(IMC) + 0,23(ID) - 10,8(Gen) - 5,4$		0,55	8,2kg
VI.	Deurenberg et al. (1991)	$\%G = 1,2(IMC) + 0,23(ID) - 10,8(Gen) - 5,4$		0,79	4,1kg
VII.	Svendsen et al. (1991)	$\%G = 50,26 - 0,42 (CCA) - 0,29 (EST) + 0,72 (MC)$			
VIII.	Visser et al. (1994)*	$D = 0,0186(Gen) - 0,0300 \log (PCBI + PCTRI) + 1,0481$			2,54
IX.	Visser et al. (1994)*	$D = 0,0226 (Gen) - 0,0022 (IMC) + 1,0605$			
X.	Lean et al. (1996)	$\%G = 0,567 * CCI + 0,101 * ID - 31,8$		77,8	4,1

XI.	Lean et al. (1996)	$\%G = 0,353 (CCI) + 0,756 (PCTR) + 0,235 (ID) - 26,4$			
XII.	Baumgartner et al. (1998)	$\%G = (0,2034 \times CCI [cm]) + (0,2288 \times CCA [cm]) + (3,6827 \times PCTR [mm]) - (10,9814 \times Gen) - 14,3341$	0,79	3,94%	
XIII.	Gonçalves e Fernandes Filho (2013)	$G\% = 23,371 + 0,337 (CAB) - 1,464 (CABI) + 0,501 (PCT) + 0,175 (MC) - 0,741 (DHAC) - 0,415 (DHIL) + 0,374 (CCME) + 0,370 (CCU)$	0,847	0,870	2,69%

Dónde: PH: Pesaje Hidrostático; 1 e 4 - Σ 4 DC: Suma de cuatro pliegues cutáneos: tricripital, bicipital, subescapular y supra ilíaca; 2 - PCP: pliegue cutáneo de pectoral; PCABD: pliegue cutáneo del abdomen; PCM: pliegue cutáneo del muslo; 3 - CAB: Circunferencia Abdominal; CC: circunferencia de la cadera; CIL: Circunferencia del ilíaco; MC: Masa Corporal; 5 - ID: Identificación: la edad del individuo debe ingresarse en años completos; Gen: 0 para mujeres y 1 para hombres; 6 - EST: estatura; G - PCB: pliegue cutáneo bicipital; PCT: pliegue cutáneo tricripital; 8 - IMC: índice de masa corporal en kg/m² (MC/EST²); I - CCI: circunferencia de la cintura; 12 - CABE: Circunferencia del Antebrazo izquierdo; PCT: Pliegue Cutáneo de Ternera; DHAC: Diámetro del Hueso Biacromial; DHIL: Diámetro del Hueso Bi ileocristal; CCME: Circunferencia Proximal del Muslo Izquierdo; CCU: Circunferencia del Cuello * $\%G = [(4,95/DC) - 4,50] \times 100$ (SIRI, 1961).

Las ecuaciones encontradas, como se muestra en la tabla 2, varían de 1974 a 2013. La muestra n varía de 23 a 532 individuos. Las ecuaciones II, III, IV, V, VI, X y XI son ecuaciones generalizadas y I, VII, VIII, IX, XII y XIII son específicas para los adultos mayores, mientras que las ecuaciones son generalizadas y pueden obtener un mayor error dependiendo de la realidad. Las ecuaciones son de diferentes lugares con ecuaciones I y II realizadas en Escocia, III y IV en los Estados Unidos, V, VI y VIII en los Países Bajos, VII en Dinamarca, XI en el Reino Unido y XIII en Brasil y, además, el único en América del Sur y América Latina.

Tabla 2: Características de las ecuaciones predictivas para estimar el porcentaje de grasa corporal (% G) en hombres de edad avanzada: autores, tipo, año, edad de la muestra, n de la muestra, país y método indirecto utilizado

Número	Autores	Tipo de ecuación	Año	Edad*	N**	País	Método utilizado
I.	Durnin e Womersley	Específico	1974	50-72	24	Escocia	PH***
II.	Durnin e Womersley	Generalizada	1974	17-72	209	Escocia	PH
III.	Jackson & Polloc	Generalizada	1978	18-61	308	EUA	PH
IV.	Tran & Weltman	Generalizada	1988	21-78	532	EUA	PH
V.	Deurenberg et al.		1989				PH
VI.	Deurenberg et al.	Generalizada	1991	7-83	521	Holanda	PH
VII.	Svendsen et al.	Específico	1991	70	23	Dinamarca	DXA****

VII.	Svendsen et al.	Específico	1991	70	23	Dinamarca	DXA****
VIII.	Visser et al.	Específico	1994	60-87	76	Holanda	PH
IX.	Visser et al.	Específico	1994	60-87	76	Holanda	PH
X.	Lean et al.	Generalizada	1996	18-65	63	Reino Unido	PH
XI.	Lean et al.	Generalizada	1996	18-65	63	Reino Unido	PH
XII.	Baumgartner et al.	Específico	1998	≥60	76	Holanda	DXA
XIII.	Gonçalves e Fernandes Filho	Específico	2013	60-93	85	Brasil	DXA

* Edad en años; **N = muestra de estudio total; ***PH = Pesaje Hidrostático; ****DXA = Dual X-Ray; A y B: El estudio validó dos ecuaciones; &: El estudio no ha sido validado

Ecuaciones de predicción para la composición corporal en mujeres

Se encontraron doce ecuaciones como se muestra en la tabla 3, cuyas muestras utilizadas en su desarrollo cubrieron el grupo de edad completo (años) de la muestra actual. Las ecuaciones 6, 10, 11 y 12 utilizaron DXA como soporte de oro, por lo que los valores arrojan es directamente el porcentaje de grasa. Las ecuaciones 1, 2, 3, y 4, se realizaron a partir del cálculo de la Densidad Corporal (D), para luego ser convertidas en %G, por la ecuación "Siri (1961)"⁵² (%GC = [(4,95/DC) - 4,50] x 100), mientras que las ecuaciones 5 a 12 resultaron directamente en el valor predicho de porcentaje de grasa.

Tabla 3: Ecuaciones para estimar el porcentaje de grasa corporal (% G) en mujeres mayores

Número	Autores	Ecuación	r	r ²	EEE
1	Durnin e Womersley	$D = 1,1339 - 0,0645 \text{ Log}_{10} (\Sigma 4 \text{ PC})$			
2	Durnin e Womersley	$D = 1,1567 - 0,0717 \text{ Log}_{10} (\Sigma 4 \text{ PC})$		-9	0,0092kg
3	Tran e Weltman	$D = 1,168297 - 10,002824 (\text{CAB}) + 0,0000122098 (\text{CAD})^2 - 0,000733128 (\text{CCA}) + 10,000510477 (\text{EST}) - 0,000216161 (\text{ID})$	0,9	0,78	4,2kg
4	Deurenberg et al.	$D = -0,0253 (\log \Sigma 4 \text{ CCI [mm]}) + 1,0494^*$		0,37	8,2kg
5	Deurenberg et al.	$\%G = 1,2 (\text{IMC}) + 0,23 (\text{ID}) - 10,8 (1^*) - 5,4$		0,79	4,1%
6	Svendsen et al.	$\%G = 1,40 (\text{IMC}) + 0,48 (\text{PCTR}) - 25,81$			

7	Visser et al.	$\%G = 1,2 (\text{IMC}) + 0,23 (\text{ID}) - 10,8 (1^*) - 5,4$	3,48		
8	Visser et al.	$\%G = 1,2 (\text{IMC}) + 0,23 (\text{ID}) - 10,8 (1^*) - 5,4$			
9	Lean et al.	$\%G = 0,232 (\text{CC}) + 0,657 (\text{PCTR}) + 0,215 (\text{ID}) - 5,5$	70,4	4,7%	
1	Baumgartner et al.	$\%GC = (0,2034 \times \text{CCI} [\text{cm}]) + (0,2288 \times \text{CCA} [\text{cm}]) + (3,6827 \times \text{PCTR} [\text{mm}]) - (10,9814 \times \text{Gen}) - 14,3341$	0,79	3,94	
1	Movsesyam et al	$\%G = -13,761 + (0,126 \times \text{ID} + 1,653 \times \text{IMC})$	0,82	4,72kg	
1	Gonçalves y Fernandes Filho	$\%G = -0,242 (\text{MC}) - 0,745 (\text{CCU}) + 0,425 (\text{CCI}) + 0,464 (\text{CCA})$	0,9	0,9	3,31

Dónde: PH: Pesaje Hidrostático; Σ 4 DC: Soma de cuatro pliegues cutáneas: tricipital, bicipital, subescapular e supra ilíaca; PCP: Pliegue cutánea del pectoral; PCABD: pliegue cutáneo del abdomen; PCM: pliegue cutánea del muslo; CAB: Circunferencia Abdominal; CCA: circunferencia de la cadera; CIL: Circunferencia del ilíaco; MC: Masa Corporal; ID: la edad del individuo debe ingresarse en años completos; Gen: 0 para mujeres y 1 para hombres; EST: estatura; G - PCB: pliegue cutáneo bicipital; DCT: dobra cutánea tricipital; IMC: índice de masa corporal en kg/m² (MC/EST²); I - CCI: circunferencia de la cintura; CP: Circunferencia del cuello * $\%G = [(4,95/\text{DC}) - 4,50] \times 100$ (SIRI, 1961).

Las ecuaciones encontradas, como se muestra en la tabla 4, varían de 1974 a 2004. La muestra n varía de 23 a 708 individuos. Las ecuaciones difieren de los países con ecuaciones 1 y 2 realizadas en Escocia, 3 en los Estados Unidos, 4.5 y 7 en los Países Bajos, 6 en Dinamarca, 9 en el Reino Unido y 12 en Brasil, siendo el único dirigido a mujeres en América del Sur y América Latina.

Tabla 4: Características de las ecuaciones predictivas para estimar el porcentaje de grasa corporal (% G) en mujeres mayores

Autores	Tipo de equação	Ano	Idade*	N**	País	Método utilizado
1) Durnin y Womersley	Específico	1974	50-68	37	Escocia	PH
2) Durnin y Womersley	Generalizada	1974	17-68	272	Escocia	PH
3) Tran y Weltman	Generalizada	1989	15-79	482	EUA	PH
4) Deurenberg et al.		1989			Holanda	PH
5) Deurenberg et al.	Generalizada	1991	7-83	708	Holanda	PH
6) Svendsen et al.	Específico	1991	70	23	Dinamarca	DXA
7) Visser et al.	Específico	1994	60-87	128	Holanda	PH
8) Lean et al		1996	18-65	84	Reino Unido	PH

9) Baumgartner et al.	Específico	1998	≥60			DXA
10) Movsesyam et al.	Generalizada	2003	18-75			DXA
11) Gonçalves y Fernandes Filho	Específico	2004	59-84	60	Brasil	DXA

1 = Se encontraron dos ecuaciones; * Edad en años; ** N = muestra total del estudio; *** PH = Pesaje hidrostático; **** DXA = Radiografía dual

Ecuaciones predictivas de composición corporal en adultos mayores y sus limitaciones.

Existen algunas limitaciones en el uso de ecuaciones predictivas para los adultos mayores: la mayoría de las ecuaciones solo se pueden usar con los mismos parámetros que la muestra que generó la ecuación (diferentes grupos étnicos y grupos de edad); a pesar de que las ecuaciones desarrolladas específicamente para los adultos mayores necesitan que se confirme su validez antes de aplicarse a una población distinta de la de origen.

Otro aspecto relevante se refiere a las variables utilizadas para predecir la composición corporal. No todas las ecuaciones desarrolladas tienen en cuenta los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, que pueden sobreestimar el resultado final.

Conclusiones

Se concluyó que, a pesar de la disponibilidad de ecuaciones nacionales, se puede ver que el n todavía es pequeña, pero se observa que tanto DXA obtuvieron un EEE estadísticamente alto.

Por lo tanto, cuando se usa una ecuación para estimar la grasa corporal, se debe tener mucho cuidado al elegir el modelo, ya que se deben considerar características como la edad, el sexo y las características antropométricas, ya que al utilizar un método indirecto para estimar los componentes del cuerpo puede generar varios errores, incluido el uso de pliegues cutáneos en la población de edad avanzada.

Sigue siendo necesario realizar más estudios para validar, o incluso desarrollar, nuevas ecuaciones para poblaciones específicas no contempladas con sus propios modelos matemáticos, a fin de minimizar posibles errores y, por lo tanto, ayudar a la salud de esta población.

Referencias

Rech, C. R., Cordeiro, B. A., Petroski, E. L., & Vasconcelos, F. D. A. G. D. (2010). Estimating body fat from skinfold thicknesses in the elderly. *Revista de Nutrição*, 23(1), 17-26.

Petroski, E. L. (1995). Desenvolvimento e validação de equações generalizadas para a estimativa da densidade corporal em adultos (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Santa Maria.).

Fett, C. A., Fett, W. C. R., & Marchini, J. S. (2006). Comparação entre bioimpedância e antropometria e a relação de índices corporais ao gasto energético de repouso e marcadores bioquímicos sanguíneos em mulheres da normalidade à obesidade. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 8(1), 29-36.

Heyward, V. (2001). ASEP methods recommendation: body composition assessment. *Journal of Exercise Physiology Online*, 4(4).

Heyward, V. H., & Stolarczyk, L. M. (2000). Avaliação da composição corporal aplicada. WHO Scientific Group on Prevention, Management of Osteoporosis, & World Health Organization. (2003). Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group (No. 921). World Health Organization.

Mitchell, S. J., Kirkpatrick, C. M., Le Couteur, D. G., Naganathan, V., Sambrook, P. N., Seibel, M. J., y Hilmer, S. N. (2010). Estimation of lean body weight in older community-dwelling men. *British journal of clinical pharmacology*, 69(2), 118-127.

Cervi, A., Francischini, S., & Priore, S. (2006). Utilization of predictive equations for determination of body composition of elderly. *Soc Bras Alim Nutr, J Brazilian Soc Food Nutr*, 31(3), 61-76.

World Health Organization. (2002). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization.

Brasil. Estatuto do Idoso. In: Saúde Md, editor. Brasília: Editora MS; 2003.

Durnin, J. V., & Womersley, J. V. G. A. (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *British journal of nutrition*, 32(1), 77-97.

Tran, Z. V., & Weltman, A. (1989). Generalized equation for predicting body density of women from girth measurements. *Med Sci Sports Exerc*, 21(1), 101-4.

Lohman, T. G. (1992). *Advances in Body Composition Assessment: Current Issues in Exercise Science Series (Monograph 3)*. Champaign (Illinois): Human Kinetics Publishers.

Wei, M., Kampert, J. B., Barlow, C. E., Nichaman, M. Z., Gibbons, L. W., Paffenbarger Jr, R. S., & Blair, S. N. (1999). Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *Jama*, 282(16), 1547-1553.

Pollock, M. L., & Wilmore, J. H. (2009). *Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação*. Guanabara Koogan.

McArdle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2011). *Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano*. Traduzido por Giuseppe Taranto. 7ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 83, 3322-3222.

Brodowicz, G. R., Mansfield, R. A., McClung, M. R., & Althoff, S. A. (1994). Measurement of body composition in the elderly: dual energy x-ray absorptiometry, underwater weighing, bioelectrical impedance analysis, and anthropometry. *Gerontology*, 40(6), 332-339.

Visser M., Fuerst, T., Salomone, L. L., Harris, T. Validity of fanbeam dual x-ray absorptiometry for measuring fat-free mass and leg muscle mass. *J Appl Physiol*. 1999;87(4):1513-20.

Kohrt, W. M. (1998). Preliminary evidence that DEXA provides an accurate assessment of body composition. *Journal of applied physiology*, 84(1), 372-377.

Salamone, L. M., Fuerst, T., Visser, M., Kern, M., Lang, T., Dockrell, M., ... & Lohman, T. G. (2000). Measurement of fat mass using DEXA: a validation study in elderly adults. *Journal of applied physiology*, 89(1), 345-352.

Adams, J. E. (1998). Single-and dual-energy: X-ray absorptiometry. In *Bone densitometry and osteoporosis* (pp. 305-334). Springer, Berlin, Heidelberg.

Wang, Z., Heymsfield, S. B., Chen, Z., Zhu, S., & Pierson, R. N. (2010). Estimation of percentage body fat by dual-energy x-ray absorptiometry: evaluation by in vivo human elemental composition. *Physics in Medicine & Biology*, 55(9), 2619.

Rech, C. R., dos Santos, D. L., & da Silva, J. C. N. (2006). Development and validation of anthropometric equations for prediction of the body fat in women aged 50 to 75 year. *Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance*, 8(1), 05-13.

Gonçalves, E., Fernandes Filho, J. (2004). *Equação de regressão com a perimetria e o dexta para a terceira idade*. Rio de Janeiro: Castelo Branco.

Chen, Z., Wang, Z., Lohman, T., Heymsfield, S. B., Outwater, E., Nicholas, J. S., ... & Wu, G. (2007). Dual-energy X-ray absorptiometry is a valid tool for assessing skeletal muscle mass in older women. *The journal of nutrition*, 137(12), 2775-2780.

Chumlea, W. C., Baumgartner, R. N., Garry, P. J., Rhyne, R. L., Nicholson, C., & Wayne, S. (1992). Fat distribution and blood lipids in a sample of healthy elderly people. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(2), 125.

Forbes, G. B. (2003). *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença*. Manole.
Kuczmarski, M. F., Kuczmarski, R. J., & Najjar, M. (2000). Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(1), 59-66.

Santos, J. L., Albala, C., Lera, L., Garcia, C., Arroyo, P., Pérez-Bravo, F., ... & Peláez, M. (2004). Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile. *Nutrition*, 20(5), 452-457.

Baumgartner RN, Heymsfield SB, Lichtman S, Wang J, PIERSON RN. Body composition in elderly people: effect of criterion estimates on predictive equation. *Am J Clin Nutr*. 1991;53(6):1345-53.

Dey, D. K., & Bosaeus, I. (2003). Comparison of bioelectrical impedance prediction equations for fat-free mass in a population-based sample of 75 y olds: The NORA study. *Nutrition*, 19(10), 858-864.

Nassis, P., & Geladas, D. (2003). Age-related pattern in body composition changes for 18-69 year old women. *Journal of sports medicine and physical fitness*, 43(3), 327-333.

Fernandes Filho, J. (2003). *A Prática da Avaliação Física*. Rio de Janeiro: Shape.

SARCOPENIA EN MUJERES MAYORES COLOMBIANAS

Álvaro Monterrosa Castro, Diana Pérez Romero, Cindy Salas Becerra

Universidad de Cartagena

Resumen

La sarcopenia es una entidad de reciente reconocimiento y creciente interés por las implicaciones que tiene en discapacidad, por su asociación con diversas morbilidades y alta mortalidad. Si bien existe información en personas adultas mayores de ambos géneros, especialmente en países desarrollados, en Latinoamérica no se identificaron amplios estudios sobre sarcopenia y son escasos en mujeres colombianas en etapa vital de climaterio o en adultas mayores. Para generar datos se diseñó el estudio SARCOL [Sarcopenia en Mujeres Colombianas], como brazo derivado del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas]. Se encontraron importantes cifras de hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia, que indican la necesidad de buscar la entidad desde la mediana edad, sin esperar la vejez.

Palabras claves

Sarcopenia, Fuerza Muscular, Climaterio, Envejecimiento, Músculo Esquelético.

Introducción

A medida que el ser humano envejece, experimenta cambios y en una u otra medida se produce deterioro de sus diferentes sistemas; el óseo y el muscular, no son la excepción (Chen et al., 2020). Irwin H. Rosenberg en el año 1989 propuso el término sarcopenia, para definir la pérdida involuntaria de la masa y la fuerza muscular, asociada a la edad (Rosenberg, 1989). La palabra sarcopenia proviene de las raíces griegas: sarco, que significa carne o músculo y penia, deficiencia o disminución.

La palabra ha persistido en el tiempo para denominar a la entidad nosológica, aunque se han modificado las definiciones (Yoshimura et al., 2017). Unos veinte años después de la propuesta inicial, se realizó una definición consensuada donde se precisó que la pérdida asociada a la edad, involucraba tanto la masa muscular como la función del músculo esquelético. A la vez, se puntualizó que la pérdida muscular era un evento progresivo a lo largo de la edad y empezaba desde las primeras décadas de la vida (Rosenberg, 2011).

Varias denominaciones, clasificaciones y puntos de vista se han señalado a nivel mundial, existiendo diferencias entre ellas en varios aspectos. Las propuestas de mayor aceptación son las siguientes: European Working Group on Sarcopenia in Older People [EWGSOP] (Cruz et al., 2010, Cruz et al., 2019). Foundation for the National Institutes of Health Biomarkers Consortium Sarcopenia Project [FNHI] (Studenski et al., 2014). International Working Group on Sarcopenia [IWGS] (Fielding et al., 2011). Asian Working Group for Sarcopenia [AWGS] (Chen et al., 2020). Society of Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders (Morley et al., 2011).

En el año 2010 EWGSOP realizó lo que se conoce como su primer pronunciamiento o primera versión, o simplemente como EWGSOP y aportó una clara y precisa definición de sarcopenia. Señaló que era un síndrome caracterizado por una progresiva y generalizada pérdida de la masa y la fuerza muscular esquelética, con riesgo de resultados negativos como discapacidad física, peor calidad de vida y muerte (Cruz et al., 2010). Ocho años más tarde, EWGSOP se reunió nuevamente y realizó un nuevo pronunciamiento que se conoce como EWGSOP-2, versión revisada o segunda versión, para entregar nuevos lineamientos acordes al adelanto de la evidencia científica (Cruz et al., 2019). Al presente, la sarcopenia es reconocida como una enfermedad muscular, cuyo código diagnóstico es ICD-10-CM [M62.84].

Razones ambientales y genéticas, se agregan al déficit nutricional agudo o crónico, a la inactividad física como hábito de vida y al desuso muscular. Recientes estudios enfatizan la importancia que tienen la disminución de las señales anabólicas y el aumento de las catabólicas, mediadas fundamentalmente por varias citoquinas proinflamatorias; las cuales también se relacionan con disminución de la

testosterona, la hormona tiroidea, la hormona del crecimiento y el factor de crecimiento similar a la insulina, con la simultánea elevación del factor de necrosis tumoral α [TNF α] y la interleucina-6 [IL-6] (Dhillon R.J. & Hasni S., 2017).

Se ha propuesto como fenómeno importante en el cuadro de sarcopenia, la presencia de desequilibrio en el metabolismo proteico. Varios autores señalan que se presenta disminución del 30% de la síntesis de proteínas en la edad avanzada, así como remodelación de la unidad neuromotora. El bajo peso al nacer, ha sido relacionado como determinante dentro de la fisiopatología de la sarcopenia (Rojas et al., 2019; Yu, 2015; Dhillon et al., 2017). Entidades como el deterioro cognitivo, los trastornos afectivos [depresión o ansiedad], la diabetes mellitus y especialmente la osteoporosis, se han señalado como estrechamente relacionadas con la sarcopenia (Nemerovsky, 2016).

La característica principal de la entidad es la pérdida de la fuerza muscular, la cual se puede medir en la misma consulta médica (Tsokura et al., 2017). Para establecer la reducción de la cantidad y la calidad de la masa muscular, se propusieron parámetros clínicos, pero poseen bajo rendimiento diagnóstico, sobre todo sensibilidad. Se prefieren las técnicas imagenológicas complejas, pero desafortunadamente muchas veces no están disponibles por el costo o estar fuera del acceso del nivel primario de atención o incluso no ser adecuadas para la exploración comunitaria o tamizaje (Landi et al., 2018). La valoración de la fuerza muscular es mejor que la medición de la masa muscular, al momento de pronosticar desenlaces adversos. Además, la medición de la fuerza muscular es considerada la medida más confiable de la funcionalidad muscular (Cruz et al., 2019).

Durante mucho tiempo la sarcopenia se ha considerado una enfermedad propia de las personas de mayor edad o en envejecimiento (Woo et al., 2015). No obstante, se ha puntualizado que el declive muscular suele empezar desde edades tempranas (Dodds et al., 2014). Se ha señalado que a partir de los 30 años se pierde entre 3-8% de masa muscular cada diez años, pérdida que se incrementa a partir de los setenta años (Morley et al., 2016). En mujeres también sucede después de la menopausia, debido a diferentes cambios hormonales entre los cuales se incluye la caída de los estrógenos, esteroide que tiene papel en la generación de masa muscular (Laakkonen et al., 2018).

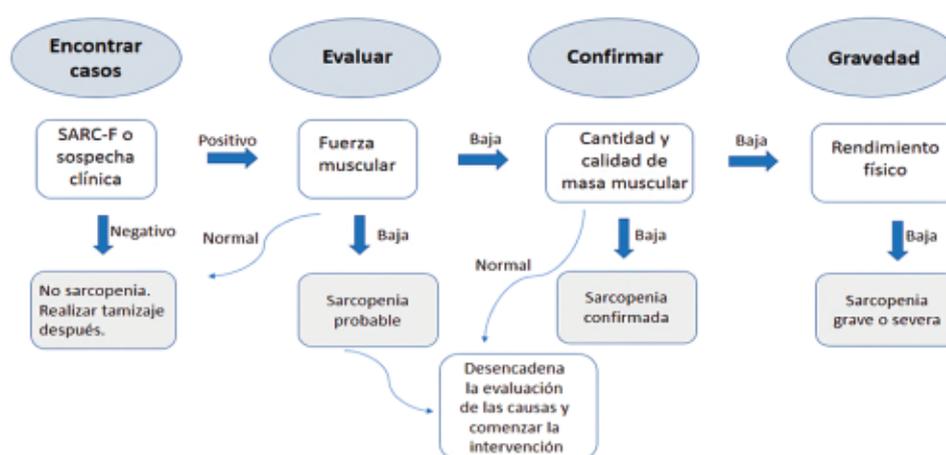
La sarcopenia se ha clasificado de diferentes maneras, la más clásica es en primaria y secundaria. La primaria se relaciona directamente con el envejecimiento, es un proceso progresivo y no se puede aislar una causa evidente. La secundaria, cuando se presenta a consecuencia de una enfermedad sistémica, a procesos inflamatorios como las neoplasias o las fallas orgánicas, la ingesta inadecuada, la malabsorción y la anorexia. Otra forma de clasificar es según la duración de la entidad. Sarcopenia aguda, si es menor a seis meses y está generalmente asociada a procesos agudos.

Sarcopenia crónica, si el tiempo de evolución es mayor a seis meses y está asociada a enfermedades progresivas (Rojas et al., 2019).

Criterios Diagnósticos Y Tamizaje

En el año 2010, el grupo de trabajo europeo sobre sarcopenia en personas mayores, propuso un algoritmo para el diagnóstico o sospecha de sarcopenia y tres criterios diagnósticos: masa muscular baja, fuerza muscular disminuida y menor rendimiento físico (Gráfica 1).

Gráfica 1: Algoritmo para la identificación y clasificación de la sarcopenia



Además, fijaron la siguiente clasificación: pre sarcopenia o sarcopenia leve, sarcopenia no severa y sarcopenia severa. El criterio fundamental de dicha clasificación era la masa muscular baja (Tabla 1). Se propuso medición de la masa muscular por métodos de composición corporal: resonancia magnética [RMN], absorciometría dual de energía de rayos-X [DEXA], análisis de impedancia bioeléctrica [BIA] o mediciones antropométricas [circunferencia de la pantorrilla o circunferencia muscular media del brazo] (Cruz et al., 2010).

Tabla 1. Definición operacional de sarcopenia, EWGSOP - 2010

Clasificación	Masa Muscular Baja	Fuerza Muscular Disminuida o Menor Rendimiento Físico	Rendimiento Físico Disminuido
Presarcopenia o sarcopenia leve	X		
Sarcopenia	X	X	
Sarcopenia severa	X	X	X

Fuente: Elaboración con datos de EWGSOP, 2010.

Se recomendaba estimar la fuerza muscular por medio del dinamómetro y el rendimiento físico con tareas físicas, siendo la más sencilla la determinación de la velocidad de la marcha, en la cual se estimaba el tiempo necesario para recorrer un trayecto determinado, calculado en metros por segundo (Monterrosa-Castro et al., 2019).

En la revisión conceptual de criterios y clasificación de EWGSOP-2, el principal elemento pasó a ser la fuerza muscular, en reemplazo de la masa muscular. La nueva sugerencia de clasificación fue: sarcopenia probable, sarcopenia confirmada y sarcopenia severa (Tabla 2). La fuerza muscular siguió siendo definida con la fuerza de prensión medida por el dinamómetro.

Tabla 2. Definición operacional de sarcopenia, EWGSOP – 2019.

<i>Clasificación</i>	Fuerza Muscular Disminuida	Calidad o Cantidad Muscular Baja	Rendimiento Físico Bajo
<i>Sarcopenia probable</i>	X		
<i>Sarcopenia confirmada</i>	X	X	
<i>Sarcopenia severa</i>	X	X	X

Fuente: Elaboración con base en datos EWGSOP, 2019.

Para mujeres, fuerza de 16 kg o menos, identifica la presencia de fuerza muscular baja. La cuantificación de la masa muscular se debe realizar con DXA, BIO, RMN o tomografía axial computarizada [TAC], que determinan la relación de masa muscular apendicular/estatura². Índice inferior a 5.44 kg/m² en mujeres es indicativo de baja cantidad de masa muscular. Las mediciones antropométricas dejaron de ser consideradas válidas, debido a su baja sensibilidad y moderada especificidad, así como por la alta presencia de factores de confusión que influyen en los resultados. Para la valoración del rendimiento físico se recomendó en primera instancia, la medición de la velocidad de la marcha. Evaluación menor a 0.8 m/s indica rendimiento físico bajo. También se anotó como importante la “Short Physical Performance Battery” [SPPB] o batería de rendimiento físico corto, con punto de corte ≤ 8 . Anotaron que la SPPB tenía como desventaja conllevar mucho tiempo en su aplicación, por lo cual fue sugerida más para actividades de investigación que para la aplicación clínica (Cruz et al., 2019).

Otros puntos de corte se han sugerido. IWGS indicó como más apropiado 5.67kg/m² para la relación de la masa muscular apendicular/estatura² para mujeres y la velocidad de la marcha menor de 1.0 m/s, para ambos sexos (Fielding et al., 2011; Woo, 2017). A su vez, AWGS, indica que para mujeres orientales el valor

de corte para fuerza de prensión disminuida fue menos de 18 kg, la velocidad de la marcha menor a 0.8 m/s y la masa muscular menos de 5.4 kg/m² (Chen et al., 2020). Otra propuesta fue la de FNIH, que definió sarcopenia como baja fuerza de agarre o debilidad muscular y baja masa muscular estimada por la masa esquelética apendicular/IMC. Señaló como puntos de corte, menor de 16.0 kg para la fuerza de agarre y menor de 0.512 m² para baja masa muscular, en mujeres (Studenski et al., 2014).

Pese a las limitaciones que poseen las medidas antropométricas como método diagnóstico de la masa muscular, se siguen utilizando por ser medidas de bajo costo y fácil implementación, sobre todo en atención primaria. Pueden seguir siendo válidas dentro del tamizaje, sobre todo en países de recursos limitados y como estrategia para crear sensibilidad institucional sobre la entidad y sus impactos adversos (Gao et al., 2015). La circunferencia de la pantorrilla es la medida corporal que mejor se correlaciona con la masa muscular. La medición de menos de 31 cm de la circunferencia de la pantorrilla se considera presencia de masa muscular baja en mujeres (Cruz et al., 2010).

Actualmente la principal herramienta de tamizaje de sarcopenia, es la escala de Malmstrom y Morley propuesta en el año 2013, como un test de cribado que es denominado SARC-F [Strength, Assistance in walking, Rise from a chair, Climb stairs, Falls]. Instrumento para evaluar sarcopenia en adultos mayores (Malmstrom & Morley, 2013). SARC-F es un cuestionario que se usa para establecer el nivel de dificultad experimentado: fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas. El puntaje de la escala varía de 0-10. Cada ítem se valora como se muestra en la (tabla 3).

Tabla 3. Test de tamizaje SARC-F

Ítems	Preguntas	Respuestas = Puntuación
<i>Fuerza</i>	¿Qué tanto se le dificulta evantar y cargar 10 libras?	Nada difícil = 0 Algo difícil = 1 Muy difícil o incapacidad para hacerlo = 2
<i>Asistencia al caminar</i>	¿Qué tanto se le dificulta caminar a través de una habitación?	Nada difícil = 0 Algo difícil = 1 Muy difícil, utiliza apoyo o incapaz de hacerlo = 2
<i>Levantarse de una silla</i>	¿Qué tanto se le dificulta levantarse desde una silla o desde una cama?	Nada difícil = 0 Algo difícil = 1 Muy difícil o incapacidad para hacerlo sin ayuda = 2
<i>Subir escaleras</i>	¿Qué tanto se le dificulta subir 10 escalones?	Nada difícil = 0 Algo difícil = 1 Muy difícil o incapacidad para hacerlo = 2
<i>Caídas</i>	¿Cuántas caídas han tenido en el último año?	Ninguna = 0 Una a tres caídas = 1 Cuatro o más caídas = 2

Cuatro o más puntos = valoración sugestiva de sarcopenia

Fuente: Elaboración propia.

A mayor puntuación es indicativo de peor estado. Una puntuación total entre 0-3 representa un estado saludable, y mayor o igual a 4 indicativo de posible sarcopenia (Parra et al., 2016; Ida et al., 2018).

La escala SARC-F, posee 80-99% de especificidad y menos del 50% de sensibilidad, para identificar sarcopenia (Woo et al., 2014; Sánchez et al., 2019). La sensibilidad es buena, pero muy mala la especificidad, por ello es de aceptabilidad limitada. No obstante, posee elementos de valor: permite realizar una mirada de síntomas desde la misma consideración del sujeto evaluado, es notablemente corta, de fácil aplicación y análisis, con buena validez, confiabilidad y traducida a varios idiomas.

Recientemente se ha propuesto una nueva versión denominada SARC-F-6 o también SARC-F+CC, donde CC son las iniciales en inglés de la circunferencia de la pantorrilla [calf circumference] (Yang et al., 2017). Es la combinación de los cinco ítems de la escala original más la valoración de la circunferencia de la pantorrilla. Se asignan 0 puntos si la medición es menor a 33 cm y 10 puntos si es superior a 33 cm en mujeres, existiendo un punto de corte diferente para los varones. Una puntuación total de SARC-F+CC mayor e igual a 11 indica la existencia de sarcopenia.

Un estudio transversal realizado en 160 hombres y 224 mujeres, con 71.5 ± 5.8 con edad promedio, tuvo como objetivo comparar el valor diagnóstico del SARC-F y del SARC-F+CC, aplicando como estándar de referencia los criterios de EWGSOP, AWGS, IWGS y FNIH. Identificaron prevalencia de sarcopenia con SARC-F de 12.2% y de 25.8% con SARC-F+CC. Encontraron que independientemente del estándar de referencia utilizado, SARC-F+CC tuvo mejor sensibilidad y similar especificidad al SARC-F. A manera de ejemplo, usando los criterios del EWGSOP la sensibilidad del SARC-F y del SARC-F+CC fueron 20.0% y 48.9%, respectivamente. La especificidad fue 95.6% para el primero y 90.6% para el segundo (Yang et al., 2017).

Un reciente estudio ha valorado SARC-F+CC en pacientes con cáncer. Participaron 304 pacientes cuya media de edad fue 54.7 ± 11.3 . El 61.2% varones, el 38.3% presentaban cáncer de pulmón y el 34.3% cáncer en el sistema digestivo. Se utilizaron como referencia los criterios orientales y occidentales para identificar sarcopenia. La prevalencia según SARC-F fue 24.9% y SARC-F+CC fue 53.7%. En cuanto al valor diagnóstico encontraron que, sin importar el estándar de referencia, SARC-F+CC mostró mejor sensibilidad que SARC-F, 32.1% y 66.6%, respectivamente. A su vez, la especificidad fue 90.7% y 70.1%, respectivamente (Fu et al., 2020).

En el mismo sentido, buscando mejoría en la capacidad como prueba diagnóstica del SARC-F, se ha propuesto la combinación de dicha escala con la edad y el estado

nutricional. La propuesta SARC-F+E+IMC, tiene 7 ítems. Los cinco primeros son la escala original, el sexto es la edad y el séptimo el índice de masa corporal [IMC]. Los primeros cinco ítems se puntúan igual. Al sexto se le asigna 0 puntos si la edad es menor a 75 años y 10 puntos si es igual o superior a 75 años. Para el séptimo se asigna 0 puntos si el IMC es superior a 21 kg/m² y 10 si es menor o igual a 21 kg/m² (Krzymińska-Siemaszko et al., 2020).

En un estudio se compararon el rendimiento del SARC-F y sus modificaciones SARC-F+CC y SARC-F+E+IMC, en adultos de Polonia, utilizando como estándar de referencia, los criterios EWGSOP y EWGSOP-R. Participaron 115 personas con rango de edad 65-93 años, el 30% varones. La prevalencia de sarcopenia fue 17.4% con EWGSOP y 13.9% con EWGSOP-R. SARC-F+CC identificó el número más bajo de sujetos con riesgo de sarcopenia, mientras que SARC-F+E+IMC identificó mayor número. Con respecto a esos dos estándares de referencia la sensibilidad de SARC-F, SARC-F+CC con corte de 31cm, SARCF+CC con corte 33/34 cm y SARC-F+E+IMC tuvo oscilación entre 30.0-37.5%, 35.0-37.5%, 60.0-62.5% y 55.0% para las dos referencias, respectivamente. Con respecto a la especificidad fue 85.3-85.9%, 93.9-94.7%, 88.4-86.9% y 70.7-71.6%, en el mismo orden. A su vez el área bajo la curva fue entre 0.644-0.693, 0.737-0.783, 0.767-0.804 y 0.714-0.715. Concluyeron que las versiones modificadas del SARC-F, tenían mejor valor diagnóstico que la escala original. Y señalaron como mejor herramienta el SARC-F+CC por su mejor sensibilidad y especificidad, además por el área bajo la curva superior a 0.7 (Krzymińska-Siemaszko et al., 2020) (Tabla 4).

Tabla 4. Validación de la prueba diagnóstica de SARC-F y versiones con respecto a EWGSOP - 2019

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo [+]	Valor predictivo [-]	Razón verosimilitud [+]	Razón verosimilitud [-]
	% [IC95%]					
SARC-F	37.5 [15.2-64.6]	85.9 [77.4-92.1]	30.0 [16.2-48.8]	89.5 [85.2-92.6]	4.5 [2.1-9.7]	0.8 [0.7-1.0]
SARC-F+CC [<31 cm]	35.0 [15.4-59.2]	93.9 [87.3-97.7]	50.0 [26.9-73.1]	90.3 [86.4-93.2]	-	-
SARC-F+C [<33 cm]	62.5 [35.4-84.8]	86.9 [78.6-92.8]	43.5 [29.0-59.2]	93.5 [88.3-96.4]	5.7 [3.1-10.5]	0.6 [0.4-0.8]
SARFC F+E+IMC	55.0 [31.5-76.9]	70.7 [60.7-79.4]	23.7 [15.5-34.5]	90.9 [85.0-94.7]	-	-

Fuente: Elaboración con base en datos en prueba diagnóstica de SARC-F y EWGSOP, 2019.

La sarcopenia afecta tanto a varones como a mujeres, existiendo diferencias en los puntos de cortes para los distintos criterios. La tabla 5, sintetiza según géneros las propuestas actuales que han realizado las asociaciones más importantes a nivel mundial.

Tabla 5. Diferentes criterios para identificar sarcopenia: evaluación según género

Genero	Índice de masa esquelética apendicular	Masa esquelética apendicular/índice de masa corporal	Fuerza de prensión [kg]	Velocidad de marcha [m/s]
AWGS [Grupo de Trabajo Asiático sobre Sarcopenia]				
Hombre	<0.7	-	<26	<0.8
Mujer	<5.4	-	<18	<0.8
EWGSOP [Grupo de trabajo europeo sobre sarcopenia en personas mayores]				
Hombre	<6.52	-	≤28	<0.8
Mujer	<5.44	-	≤18	<0.8
IWGS [Grupo de trabajo internacional sobre sarcopenia]				
Hombre	≤7.23	-	-	<1.0
Mujer	≤5.67	-	-	<1.0
FNIH [Fundación para los Institutos Nacionales de Salud]				
Hombre	-	<0.789	<26	-
Mujer	-	<0.512	<16	-

Fuente: Elaboración propia.

Prevalencia y consecuencias

En todas las regiones geográficas del mundo, existe un acelerado envejecimiento de la población, lo cual es importante condicionamiento para el incremento en la presencia de sarcopenia. En el año 2000 se estimó que, a nivel mundial, 600 millones de personas con edad igual o superior a sesenta años presentaban sarcopenia. Se espera que la cifra se incremente a 1200 millones en el 2025 y a 2000 millones en el 2050 (Santilli et al., 2014).

Es común encontrar sarcopenia en la población adulta mayor, con prevalencia entre el 9 al 18% en mayores de 64 años y del 11 al 50% en las personas con ocho o más décadas de vida (Roberts et al., 2012). Otros datos arrojan que se puede encontrar entre el 13 al 24% en mayores de 70 años, y ligeramente mayor en hispanos que en blancos no hispanos (Campodónico et al., 2019).

No existe una herramienta única de medición y globalmente aceptada, lo cual es importante limitación para comparar prevalencias. Además, la frecuencia de la sarcopenia varía en función de diversas condiciones como el área geográfica, los grupos etarios y el estilo de vida. Se ha señalado que se presenta en el 1 al 24% de

las personas mayores que habitan con sus familias, en el 14 al 33% de los individuos que tienen larga estancia hospitalaria y en alrededor del 10% de los que reciben atención sanitaria aguda (Woo, 2017). En un estudio transversal realizado en cien pacientes con edad promedio 77.2 ± 1.8 años y utilizando SARC-F+CC, encontraron que la presencia de posible sarcopenia fue seis veces mayor en los que tenían más de 80 años. Entre los que padecían desnutrición se observó trece veces mayor presencia de sarcopenia (Sato et al., 2020). En otro estudio fueron incluidos 612 adultos con edad entre 60-91 años, encontraron prevalencia de sarcopenia del 9.8%, siendo 12.0% en mujeres y 6.7% en varones, $p=0.031$ (Gao et al., 2015).

El riesgo de presentar sarcopenia se incrementa paulatinamente con el incremento en la edad, teniendo entre sus consecuencias la pérdida de la autonomía y autosuficiencia, deterioro cognitivo, disminución en la capacidad para realizar las tareas cotidianas, mayor riesgo de caídas y fracturas, sensible aumento en morbilidad con deterioro de la calidad de vida y mayor tasa de mortalidad. El bajo rendimiento físico que aqueja a los pacientes con sarcopenia, los hace dependientes o con impedimentos para cumplir total o parcialmente con sus actividades básicas (Abbas et al., 2020). La reducción en la actividad física, puede conllevar presencia de disfunción cognitiva, debido a hipoperfusión cerebral (Chang et al., 2016).

La sarcopenia se relaciona con mayores costos sanitarios, familiares y personales, sobre todo si no es tratada a tiempo (Schaap et al., 2018; Mijnaerends et al., 2018). Se ha señalado la importancia de la identificación precoz de los componentes de la enfermedad y el inicio oportuno de las suficientes medidas terapéuticas (Gade et al., 2020). EWGSOP-R, resaltó que los profesionales de la salud tienen más posibilidades para prevenir, tratar e incluso llegar a revertir la sarcopenia, si esta es diagnosticada e intervenida de manera temprana (Cruz et al., 2019).

La sarcopenia se asocia con mayor riesgo de hospitalización. Se ha señalado que los adultos mayores que padecen sarcopenia y son hospitalizados por cualquier condición de salud, pueden tener cinco veces más probabilidad de costos hospitalarios más altos, que los que no la padecen. Un estudio ha indicado que los costos de hospitalización se incrementan en pacientes con sarcopenia, en un 58.5% para los menores de 65 años y 34% para los mayores de 65 (Sousa et al., 2016).

Existen patologías crónicas que están estrechamente relacionadas con la sarcopenia, una de ellas es la obesidad. La coexistencia de dicha alteración nutricional con la sarcopenia, es reconocida como obesidad sarcopénica.

Esa situación puede desencadenar peores efectos adversos que la sarcopenia por sí misma, sobre todo en cuanto a eventos cardiovasculares, trastornos metabólicos y discapacidad. En un estudio transversal realizado en 304 personas, con edad

promedio 72.0 ± 7.8 y siendo el 83.8% mujeres, encontraron asociación entre obesidad sarcopénica y mala calidad del sueño, depresión, poca actividad física y fatiga. A su vez, entre las personas sin obesidad, la sarcopenia se asoció exclusivamente con depresión (Fábregas et al., 2020).

La sarcopenia se ha asociado significativamente con la osteoporosis y la osteopenia. En un estudio donde participaron 483 mujeres de 35-69 años, estudiadas con DEXA, se encontró que la baja densidad mineral ósea implica un riesgo significativo para sarcopenia, OR: 1.77 [IC95%:1.02-3.06] (Campodónico et al., 2017). Es conveniente incentivar en los profesionales de la salud, la valoración de las pruebas de función muscular, cuando se encuentren ante pacientes con pérdida de la densidad ósea. La intervención temprana, incluyendo el ejercicio físico de resistencia, el suficiente consumo de proteína, los suplementos minerales y de vitamina D, son las medidas terapéuticas más recomendadas.

- **Cifras en mujeres del caribe colombiano**

La sarcopenia se viene documentando ampliamente en personas adultas mayores, pero hacen falta datos en mujeres de mediana edad. Identificar la presencia de sarcopenia a edades tempranas favorece la intervención multidisciplinaria oportuna, reduce la posibilidad de complicaciones y modifica las implicaciones socioeconómicas que genera este síndrome en el sistema de salud (Sipilä et al., 2020).

Existen vacíos de conocimiento sobre sarcopenia en la mujer latinoamericana, que tienen connotaciones étnicas, culturales, comportamentales y nutricionales, que les son propias. Además, no se identificaron investigaciones que precisen la frecuencia de sarcopenia y los factores asociados en mujeres colombianas de mediana edad.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, diseñó el estudio de investigación observacional, de corte transversal, denominado SARCOL [Sarcopenia en Mujeres Colombianas], como brazo derivado del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas].

Al proyecto SARCOL ingresan mujeres saludables residentes en ciudades colombianas con 40 y más años. Estando en sus comunidades de residencia, son invitadas a participar por médicas, auxiliares de enfermería o trabajadoras sociales, previamente capacitadas, que cumplen labores de encuestadoras. La invitación y participación se realiza con visita puerta a puerta. Se explica el carácter anónimo y voluntario del estudio, los alcances de la investigación, las herramientas a utilizar y se solicita el llenado del consentimiento informado. El proyecto acata las normas de Helsinki sobre estudios en humanos y la Resolución 8430 de la legislación colombiana sobre ética de la investigación. No se realiza intervención farmacológica, no se toman muestras biológicas, no se genera

consulta médica ni psicológica. Ante hallazgos clínicos anormales, se entregan recomendaciones y se imparten principios educativos o informativos. Se excluyen las embarazadas, las afectadas por discapacidad física en miembros inferiores que imposibilitan la marcha, las que presentan patología en miembros superiores que impiden la medición de la fuerza muscular, las que presentan alteración mental cognitiva, enfermedad neuromuscular degenerativa, enfermedad del colágeno o patología maligna en tratamiento.

Se utiliza un formulario que incluye variables sociodemográficas [edad, etnia, años de estudios, nivel de estudios, ocupación o actividad laboral, número de hijos, entre otras]. La etnia se establece por auto reconocimiento y características fenotípicas raciales. Se interroga sobre antecedentes médicos. Se realizan las siguientes mediciones antropométricas. (1) Peso corporal en kg por medio de una báscula digital, marca Kex-Germany, estando las participantes descalzas con el mínimo de ropas posible, sin prendas ni objetos de mano. (2) Estatura en cm con un tallímetro fijo adquirido en el comercio, con las mujeres descalzas, con talones, glúteos, dorso y cabeza, recostada contra la superficie del tallímetro. (3) La circunferencia de cintura se registra en cm a nivel de la cicatriz umbilical, obteniendo los datos con una cinta métrica. Se considera obesidad abdominal cuando la medición es mayor a 88 cm. (4) Con un sistema analizador de bioimpedancia de una frecuencia, modelo HBF-306INT de la marca OMRON, se estima el porcentaje de grasa corporal y el índice de masa corporal, siguiendo las instrucciones del fabricante. Se establece las categorías de adiposidad así: baja [5,0-22,9], normal [23,0-32,9], elevada [33,0-39,9] y muy elevado [40,0 y más]. Las categorías del índice de masa corporal según la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud: Infrapeso [$<18,5$], normal [18,5-24,9], sobrepeso [25,0-29,9], obesidad grado-I [30-34,9], Obesidad grado-II [35-39,9], obesidad grado-III.

Para la estimación de los hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia, se aplican diferentes criterios. Ante la imposibilidad para utilizar métodos imagenológicos como DEXA o TAC o RMN en la comunidad, y reconociendo las limitaciones, la masa muscular es estimada por medio de la medición con cinta métrica de la circunferencia de la pantorrilla, en el área de mayor grosor. Se hace la medida en ambas pantorrillas y se consigna el valor promedio. La medición de la fuerza muscular se establece mediante un dinamómetro digital, marca Camry EH101. Se aplica la siguiente técnica: la mujer de pie o sentada en posición cómoda y sin apoyabrazos, hombros aducidos y sin rotación, codo flexionado a 90° , antebrazo y muñeca en posición neutra. Se mide la fuerza de prensión en la mano hábil y se registran tres determinaciones consecutivas, con tiempo de recuperación muscular de un minuto. Para establecer el rendimiento físico se utiliza la prueba de velocidad de la marcha. Se marca en el piso la distancia de cuatro metros y se pide a la participante que camine esa distancia a su ritmo de marcha normal. Con un cronómetro digital, marca Sport-fitness, se establece el tiempo necesitado. Se

realizan tres mediciones en segundos, separadas por un minuto de reposo. Se registra el tiempo promedio estimado. Para establecer la velocidad de la marcha se realiza el cálculo en metros por segundo y se utiliza punto de corte menor a 0.8 m/s para identificar a las mujeres con velocidad de marcha disminuida que es el equivalente a menor rendimiento físico.

También se aplican diversas escalas validadas que permiten valorar percepciones diversas, entre ellas: el estado de salud, la calidad de vida o los síntomas menopáusicos, de acuerdo con los objetivos específicos o los focos secundarios. Periódicamente son ingresados al proyecto SARCOL, nuevos grupos de mujeres. A la fecha se ha incluido dos grupos poblaciones. Inicialmente, 403 mujeres en etapa vital de climaterio, residentes en Cartagena, Colombia. Posteriormente, 700 mujeres en etapa vital de adulta mayor, residentes en varias poblaciones del caribe colombiano.

La tabla 6 presenta las características sociodemográficas del grupo de mujeres en etapa vital de climaterio [40-59 años]. La mediana de edad fue 48.0 [RI: 45.0-54.0] años. El 64.2% perteneciente a la etnia mestiza, 32.2% afrodescendiente y 0.5% indígena.

TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POBLACIÓN EN ETAPA VITAL DE CLIMATERIO

N=403	
ME [RI]	
EDAD, AÑOS	E48,0 [45,0-54,0]
NÚMERO DE HIJOS	3,0 [2,0-3,0]
ESTUDIO, AÑOS,	9,0 [5,0-13,0]
ÍNDICE DE MASA CORPORAL,	25,9 [23,4-28,7]
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL, CM,	85,0 [78,0-92,0]
PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL,	33,0 [30,0-36,7]
EDAD ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, POSTMENOPÁUSICAS,	48,0 [46,0-55,0]
N (%) [IC95%]	
GRUPO ETARIO 40-44	97 (24,0) [20,1-28,4]
GRUPO ETARIO 45-49	129 (32,0) [27,6-36,7]
GRUPO ETARIO 50-54	80 (19,8) [16,2-24,0]
GRUPO ETARIO 55-59	97 (24,0) [20,1-28,4]
ETNIA AFRO DESCENDIENTE	142 (35,2) [30,7-40,0]
ETNIA HISPANA	259 (64,2) [59,4-68,7]
OCUPACIÓN AMA DE HOGAR	206 (51,1) [46,2-55,9]
OFICIOS MANUALES	83 (20,6) [16,9-24,8]
ACTIVIDAD OFICINAL	49 (12,1) [9,3-15,7]
LABOR PROFESIONAL	65 (16,1) [12,8-20,0]
INFRAPESO	15 (3,7) [2,2-6,0]

PESO NORMAL	161 (39,9) [35,2-44,8]
SOBREPESO	163 (40,4) [35,7-45,3]
OBESIDAD GRADO-I	48 (11,9) [9,1-15,4]
OBESIDAD GRADO-II	13 (3,2) [1,8-5,4]
OBESIDAD GRADO-III	3 (0,7) [0,2-2,1]
ADIPOSIDAD BAJA	7 (1,7) [0,8-3,5]
ADIPOSIDAD NORMAL	174 (43,1) [38,4-48,0]
ADIPOSIDAD ELEVADA	185 (45,9) [41,1-50,7]
ADIPOSIDAD MUY ELEVADA	37 (9,1) [6,7-12,4]
OBESIDAD ABDOMINAL	167 (41,4) [36,7-46,3]
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	130 (32,2) [27,8-36,9]
DIABETES	17 (4,2) [2,6-6,6]
ACTUALMENTE CON PAREJA SEXUAL	307 (76,1) [71,7-80,0]
PREMENOPÁUSICAS	147 (36,4) [31,9-41,2]
PERIMENOPÁUSICAS	77(19,1) [15,5-23,2]
POSTMENOPÁUSICAS	179 (44,4) [39,6-49,3]
USO ACTUAL TERAPIA HORMONAL	6 (1,4) [0,6-3,2]
HISTERECTOMÍA ANTES DE LA MENOPAUSIA	41 (10,1) [7,5-13,5]
HISTERECTOMÍA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA	7 (1,7) [0,8-3,5]
OOFORRECTOMIA ANTES DE LA MENOPAUSIA	7 (1,7) [0,8-3,5]
OOFORRECTOMIA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA	10 (2,4) [1,3-4,5]

Fuente: Elaboración propia

En este estudio se aplicaron dos escalas: Menopause Rating Scale (MRS), para identificar síntomas menopáusicos y la Escala SF-36, para valorar la percepción de salud física y mental. Tanto en lo referente a presencia como a severidad, las oleadas de calor y las molestias músculo/articulares fueron las más prevalentes, informadas por seis de cada diez participantes. El síntoma menopáutico presente en magnitud severo/muy severo, más frecuentemente relatado fue las molestias músculo/articulares, informado por la cuarta parte de las estudiadas. Al valorar la autopercepción del estado de salud, el 44.3% informaron estar limitadas para caminar un kilómetro; el 40.3% para subir varios pisos por la escalera; el 34.6% para realizar esfuerzos intensos; el 34.7% para caminar varios centenares de metros; el 28.5% para subir un solo piso por la escalera; el 22.3% para realizar esfuerzos moderados; el 20.8% para agacharse o arrodillarse; el 18.1% para caminar 100 metros y para llevar la bolsa de la compra o del mercado. Dos de cada diez informaron que habían hecho menos de lo que hubiesen querido realizar o tuvieron que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas o de trabajo, por problemas emocionales. El 80.1% manifestó haber tenido algún dolor corporal en el último mes y al 64.1% el dolor le impidió sus actividades laborales o cotidianas. Solo el 67.4% se sintió siempre lleno de vitalidad, el 76.9% tuvo mucha energía siempre o casi siempre y el 78.6% se sintió feliz siempre o casi siempre. Solo la tercera parte opinó que era bastante cierta que su salud era excelente.

El promedio de la circunferencia de la pantorrilla fue 35.3 ± 4.7 cm, utilizada para establecer la masa muscular. Se reconoce que es una limitación, pero no estaba disponible la posibilidad de utilizar un estudio imagenológico para la estimación de la masa muscular esquelética. El promedio de fuerza muscular fue 26.0 ± 6.3 kg y el de la velocidad al caminar 1.0 ± 0.09 m/s. Se encontró masa muscular baja (< 31 cm) en 39 mujeres (9.6%), fuerza muscular disminuida en 73 (18.1%) y menor rendimiento físico en 28 (6.9%). La clasificación según los hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia según EWGSOP fueron: presarcopenia 39 mujeres (9.6%), sarcopenia no severa en 29 (7.1%) y severa en 3 (0.7%). Y la clasificación según criterios EWGSOP-2, fueron: sarcopenia probable en 8 (1,9%), sarcopenia confirmada 6 (1.4%) y sarcopenia severa 1 (0.25%).

Se realizó regresión logística no ajustada para identificar los factores asociados a los hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia tomando como referencia los criterios EWGSOP. Como variables independientes se utilizaron las características sociodemográficas y las escalas MRS y SF-36. Tabla 7. Los principales síntomas menopáusicos asociados fueron: molestias músculo/articulares, cansancio físico/mental y oleadas de calor, cada una de ellas se asociaron a cuatro veces más presencia ($p < 0.05$).

TABLA 7. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A HALLAZGOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE SARCOPENIA SEGÚN EWGSOP: MUJERES EN ETAPA VITAL DE CLIMATERIO

REGRESIÓN LOGÍSTICA NO AJUSTADA

FACTORES	OR [IC95%]	P
Considerar como falso que está sana como otras mujeres	11,15 [3,83-32,47]	<0,000
Sentir vitalidad solo algunas veces o nunca	11,12 [4,74-26,07]	<0,000
Siempre o algunas veces estar decaída y nada la estimula	10,76 [4,79-24,14]	<0,000
Siempre los problemas físicos o emocionales dificultan las actividades	9,40 [2,21-39,91]	0,002
Tener limitación para agacharse o arrodillarse	7,99 [3,72-17,17]	<0,000
Tener limitación para caminar un kilómetro o más	6,17 [2,48-15,36]	<0,000
Considerar cierta que la salud va a empeorar	5,65 (2,27-14,05]	0,000
No saber o considerar como falso que la salud es excelente	5,20 [1,96-13,79]	<0,000
Tener energía solo algunas veces o nunca	5,07 [2,41-10,66]	<0,000
Sentir desánimo o tristeza algunas veces o siempre	4,92 [2,33-10,37]	<0,000
Los problemas de salud física o emocionales dificultan las actividades sociales o familiares	4,81 [2,03-11,40]	<0,000
Informar molestias musculares/articulares	4,38 [1,50-12,73]	0,006
Solo algunas veces o nunca está calmada y tranquila	4,33 [1,94-9,64]	<0,000
Presentar cansancio físico y mental	4,26 [1,84-10,33]	<0,000
Tener dificultad para hacer su trabajo o actividades cotidianas	4,17 [1,91-9,08]	<0,000
Hacer menos de lo que hubiera querido realizar	4,11 [1,94-8,70]	<0,000
Tener limitación para los esfuerzos moderados	4,01 [1,91-8,40]	<0,000
Presentar oleadas de calor	3,99 [1,37-11,63]	0,011

Considerar cierto que enferma más fácilmente que otras personas	3,99 [1,75-9,13]	0,001
Tener el antecedente de histerectomía	3,98 [1,75-9,03]	0,000
Tener limitación para subir varios pisos por la escalera	3,71 [1,70-8,07]	<0,000
Sentirse agotado algunas veces o siempre	3,58 [1,65-7,79]	0,001
Poseer escolaridad primaria, bachiller o ninguna	3,51 [1,20-10,22]	0,021
Sentirse cansado algunas veces o siempre	3,26 [1,52-6,96]	0,002
Pertenecer a la etnia hispánica frente a afrodescendiente/indígena	3,23 [1,21-8,59]	0,018
Estar nerviosa siempre o algunas veces	3,21 [1,53-6,72]	0,002
Tener edad mayor de 50 años	3,06 [1,41-6,65]	0,004
Estar en estado postmenopáusico	2,99 [1,38-6,51]	0,005
Padecer artritis/artrosis	2,91 [1,30-6,52]	0,009
Tener limitación para caminar unos 100 metros	2,82 [1,31-6,06]	0,007
Sentirse feliz algunas veces o nunca	2,79 [1,31-5,91]	0,007
Tener limitación para caminar varios centenares de metros	2,62 [1,26-5,45]	0,009
Hacer menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional	2,60 [1,24-5,41]	0,010
Informar trastornos del sueño	2,25 [1,05-4,81]	0,035
Tener que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades por problemas físicos	2,23 [1,07-4,61]	0,030

Fuente: Elaboración propia

Se encontró OR: 2.99 [95%CI: 1.38-6.51] para estado postmenopáusico y OR: 3.06 [95%CI: 1.41-6.65] para la edad mayor a 50 años. Tanto la baja escolaridad frente a estudios universitarios, como pertenecer a etnia hispánica frente a las otras estudiadas, fueron importantes factores asociados.

Tres veces más fue la asociación observada para el antecedente de haber sido sometida a histerectomía. Se encontró OR significativamente elevado para más de una docena de las mediciones de percepción de la salud, especialmente: sentir vitalidad solo algunas veces o nunca, considerar que siempre los problemas de salud física o emocionales dificultan las actividades, considerar que es falso que está sana como otras mujeres, estar siempre o algunas veces decaída, sentir desánimo y tristeza, tener limitaciones para los esfuerzos moderados. No fueron significativos los síntomas explorados por el MRS: ansiedad, sequedad vaginal y molestias cardíacas. Entre las variables sociodemográficas estudiadas, los síntomas menopáusicos y la percepción de salud física y mental, no se observaron factores que estuviesen asociados a menor presencia de hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia (Monterrosa-Castro et al., 2019).

Tal como fue encontrado en el estudio, los dolores músculo/articulares son síntomas que se han reportado en más del 50% de las mujeres de mediana edad alrededor del mundo (Monterrosa-Castro et al., 2010; Blümel et al., 2013). Incluso han sido señalado entre los síntomas de la menopausia más frecuentes y aunque ello sugiera una relación entre deprivación estrogénica y los dolores músculo/articulares, no se han señalado completamente los mecanismos causales.

Se desconoce si el dolor músculo/articular es indicador clínico de integridad de la función de la masa muscular. No obstante, aun que no son criterios de sarcopenia, deben ser explorados rutinariamente durante la consulta médica en mujeres en etapa vital de climaterio, debido a la alta presencia.

Se realizó re análisis de datos, con el objetivo de valorar el dolor músculo/articular en un grupo de climatéricas del caribe colombiano y poder establecer su asociación con los hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia establecidos con EWGSOP. De las 403 participantes, 256 (63.5%) presentaban dolores músculo/articulares y 147 (36.5%) no lo presentaban. La tabla 8 presenta las puntuaciones medias de los tres criterios observándose que las mujeres con dolores músculo/articulares tuvieron peor puntuación ($p < 0.05$).

Tabla 8. Criterios para la identificación de la sarcopenia: mujeres en etapa vital de climaterio				
	Total 403	Con dolor músculo/articular 256 (63.5%)	Sin dolor músculo/articular 147 (36.5%)	p
<i>X ± DS</i>				
Masa muscular [establecida por medición de la circunferencia de la pantorrilla <31cm]	35.3 ± 4.7	35.0 ± 5.3	35.8 ± 3.3	0,0055*
Fuerza muscular (<20)	26.0 ± 6.3	25.4 ± 6.6	27.2 ± 5.7	0,0011*
Velocidad de la marcha (<0.8)	1.0 ± 0.09	0.99 ± 0.10	1.0 ± 0.07	0,0028*
<i>*Mann-Whitney/Wilcoxon</i>				

Se observó que manifestar dolor músculo/articular se asoció a mayor presencia de hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia OR: 4.3 [IC95%: 1.5-12.7]. La presencia de dolor músculo articular se asoció a tres veces la posibilidad de tener masa muscular baja y fuerza muscular reducida, OR: 3,4 [IC95%: 1.4-8.5] y OR: 3.5 [IC95%: 1.8-6.7], respectivamente. A su vez, el dolor músculo/articular se asoció con cinco veces menor rendimiento físico OR: 5.1 [IC95%: 1.5-17.5]. Un estudio transversal en climatéricas japonesas reportó asociación entre la fuerza de prensión en la mano y dolores músculo/articulares. Este síntoma dificulta la realización de actividades físicas, lo que conlleva a la presencia de debilidad muscular y viceversa. A su vez, la fuerza muscular disminuida favorece la inactividad, produciendo dolor músculo articular. La fuerza de prensión de la mano podría ser utilizada como marcador objetivo de dolor músculo articular (Terauchi et al., 2018).

El segundo estudio del proyecto SARCOL, fue realizado en 700 mujeres en etapa vital de adulto mayor, estando entre 60-75 años, 42.8% mestizas y 57.1%

afrodescendientes. La tabla 9 presenta las características sociodemográficas. La edad promedio fue 67.0 ± 4.8 años. En este estudio también se aplicó la herramienta SARC-F y se identificó con dicha escala de evaluación, la presencia de sarcopenia fue 9.8% [IC95%: 7.8-12.2]. La edad media de las que presentaban puntuación sugestiva de sarcopenia fue mayor, 70.0 ± 4.8 , en comparación con las que no la presentaron 66.7 ± 4.7 , $p=0.0001$. La edad 70-75 años se asoció a cuatro veces la presencia de puntuación indicativa de sarcopenia OR: 4.62 [IC95%: 2.49-8.56], $p = 0.001$. La presencia de sarcopenia fue superior en la etnia mestiza, 89.8% en contraste con la afrodescendiente, en las cuales se encontró 10.1%, $p=0.001$. De hecho, esta última etnia con respecto a la otra, se asoció un 6% menor presencia de sarcopenia. La tabla 10 presenta los factores asociados al realizar regresión logística no ajustada, considerando las variables sociodemográficas y los criterios de EWGSOP como variables independientes.

**Tabla 10. Factores asociados a sarcopenia con la escala SARC-F
En mujeres del caribe colombiano en etapa vital de adulto mayor
Regresión logística no ajustada
n=700**

VARIABLE	OR [IC95%]	p
Utilizar medicamentos antidepresivos	7.13 [2.92-17.37]	0.0001
Utilizar medicamentos artritis/artrosis	6.07 [3.61-10.20]	0.0001
Antecedente de ooforectomía pre menopáusica	5.17 [2.31-11.5]	0.0001
Rango de edad 71-75 años, con respecto a 60-65	4.62 [2.49-8.56]	0.0001
Utilizar medicamentos sedantes	4.19 [1.55-11.30]	0.0045
Antecedente de enfermedad cardíaca diagnosticada	3.16 [1.63-6.10]	0.0006
Antecedente de enfermedad pulmonar	2.82 [1.23-6.47]	0.0140
Antecedente de histerectomía pre menopáusica	2.73 [1.59-4.68]	0.0003
Sobrepeso	2.33 [1.23-4.41]	0.0090
Obesidad	2.29 [1.14-4.59]	0.0188
Circunferencia de la pantorrilla inferior a lo normal	2.12 [1.23-3.66]	0.0068
Sarcopenia severa determinada con EWGSOP - 2010	2.04 [1.07-3.85]	0.0283
Utilizar medicamentos para la diabetes mellitus	2.04 [1.14-3.64]	0.0160
Sarcopenia determinada con EWGSOP - 2010	2.12 [1.23-3.66]	0.0068
Utilizar medicamentos para la hipertensión	1.79 [1.04-3.09]	0.0345
Tener pareja sexual	0.47 [0.27-0.82]	0.0081
Pertenecer a la etnia afrodescendiente	0.06 [0.03-0.15]	0.0001

Fuente: Elaboración propia

Se realizaron varios modelos de regresión logística ajustados para observar los factores que persistían, los más identificados fueron utilizar medicamentos para artritis/artrosis y para la diabetes. La Tabla 11 presenta uno de los modelos de regresión logística realizados.

Tabla 11. Factores asociados a medición de sarcopenia identificada con la escala SARC-F Mujeres del caribe colombiano en etapa vital de adulta mayor
Modelo de regresión logística ajustada
n=700

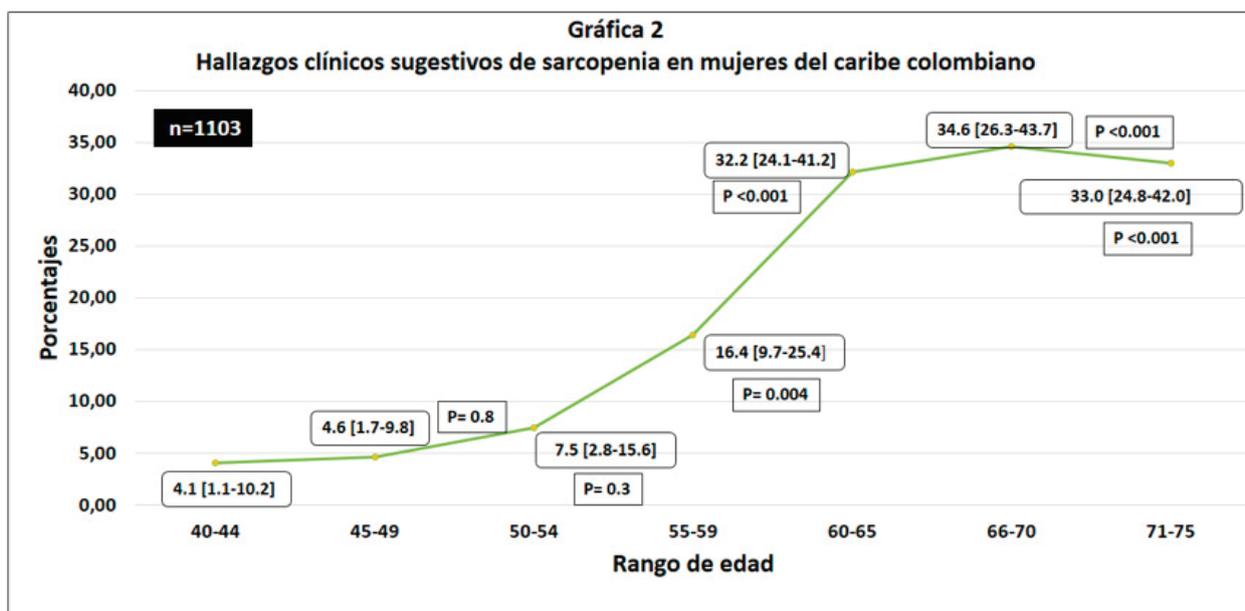
VARIABLE	OR [IC95%]	P
Utilizar medicamentos para la artritis/artrosis	5.64 [3.28-9.68]	0.0001
Utilizar medicamentos antidepresivos	3.07 [1.03-9.12]	0.0429
Utilizar medicamentos para la diabetes	2.10 [1.09-4.04]	0.0258

En el modelo se incluyeron: utilizar medicamentos antidepresivos, antihipertensivos, sedantes, para la artritis/artrosis y para la diabetes.

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvieron frecuencias diferentes de sarcopenia con las otras propuestas de la escala. Con SARC-F+CC (<31 cm): 16.1% [IC95%: 10.4-23.4], con SARC-F+CC (<33 cm): 11.4% [IC95%: 8.3-15.4] y con SARC-F+E (>75 años) +IMC (≤21 kg/m²): 3.1% [IC95%: 0.6-8.8].

La gráfica No. 2 indica la presencia de hallazgos clínicos sugestivos de sarcopenia [severa más no severa], por rangos de edad, evaluadas con los criterios EWGSOP, en las 1103 mujeres que hasta la fecha hacen parte del proyecto SARCOL.



Crterios EWGSOP-2010. Valores porcentuales. [IC del 95%]. Valor de p en comparación con el grupo de edad 40-45 años.

A medida que se incrementó la edad, aumentó la sarcopenia, como ha sido ampliamente señalado. Los hallazgos clínicamente sugestivos de sarcopenia se observaron desde la mediana edad, mucho antes de la vejez o senectud.

Se recomienda a las entidades gubernamentales y no gubernamentales, sociedades académicas y científicas, proponer estrategias que incrementen la concientización e información sobre sarcopenia. Si bien las acciones de prevención en sarcopenia se deben realizar a todo lo largo de la vida, se deben ejercer de forma más precisa en las edades medias de la vida. La oportuna intervención en la etapa vital de climaterio pudiese incrementar las posibilidades que las adultas mayores tengan una función muscular saludable. Se recomienda a médicos y otros profesionales de la salud, que al abordar a las mujeres en el climaterio identifiquen los aspectos clínicos que guardan relación con sarcopenia, aunque existan carencias en métodos diagnósticos tempranos y medidas terapéuticas efectivas que impidan la progresión de los eventos mórbidos o la discapacidad. Realizar actividad física como hábito, llevar un estilo de vida saludable, conservar las adecuadas condiciones nutricionales, recibir los soportes dietarios de ser necesario y el oportuno manejo de las comorbilidades, son generalidades de prevención ampliamente señaladas (Liguori et al., 2018). El diagnóstico de sarcopenia debe ser establecido antes de los 50 años, para prevenir los resultados adversos en los adultos mayores (Sipilä et al., 2020).

Conclusión

La data obtenida del proyecto SARCOL, muestra, por lo menos en este grupo de mujeres del caribe colombiano, que desde la mediana edad: el interrogatorio clínico, la aplicación de sencillas herramientas que valoren la percepción del paciente y mediciones específicas, pueden colocar en evidencia a edad temprana, sintomatología que de una u otra manera se interrelacionan con deficiencia de la masa y la funcionalidad muscular. No se debe esperar llegar a la etapa de la vejez, para pensar en la sarcopenia.

Conflictos de interés: Ninguno que declarar.

Financiación. Los autores no recibieron honorarios por la escritura del presente documento. El proyecto CAVIMEC y SARCOL cuentan con respaldo institucional y ético de la Universidad de Cartagena, Colombia. La inclusión de las mujeres en etapa vital de climaterio se realizó según resolución 00329 del 2018 y acta de compromiso 0123 del 2018. La inclusión de las mujeres en etapa vital de adultas mayores se realizó según resolución 00526 del 2019 y acta de compromiso 0123 del 2019. Ambas de la Universidad de Cartagena, Colombia.

Referencias

- Abbas, H., Perna, S., Shah, A., Al-Mannai, M., Gasparri, C., Infantino, V., Cereda, E., Peroni, G., Riva, A., Petrangolini, G., & Rondanelli, M. (2020). Risk factors for 5-year mortality in a cohort of elderly patients with sarcopenia. *Experimental gerontology*, 136, 110944. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2020.110944>
- Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Dancakers, L., Espinoza, M. T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W., ... Vallejo, M. S. (2013). Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and joint aches in mid-aged women. *Maturitas*, 75(1), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.012>
- Campodónico, I., Blümel, J. E., Arteaga, E., Vallejo, M. S., & Valdivia, M. I. (2018). Low bone mineral density in middle-aged women: a red flag for sarcopenia. *Menopause (New York, N.Y.)*, 25(3), 324–328. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000995>
- Chang, K. V., Hsu, T. H., Wu, W. T., Huang, K. C., & Han, D. S. (2016). Association between sarcopenia and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1164.e7–1164.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.013>
- Chen, L. K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T. W., Chou, M. Y., Iijima, K., Jang, H. C., Kang, L., Kim, M., Kim, S., Kojima, T., Kuzuya, M., Lee, J., Lee, S. Y., Lee, W. J., Lee, Y., Liang, C. K., Lim, J. Y., Lim, W. S., Peng, L. N., ... Arai, H. (2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 300–307.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., & Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2 (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*, 39(4), 412–423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>

Dhillon, R. J., & Hasni, S. (2017). Pathogenesis and Management of Sarcopenia. *Clinics in geriatric medicine*, 33(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.08.002>

Dodds, R. M., Syddall, H. E., Cooper, R., Benzeval, M., Deary, I. J., Dennison, E. M., Der, G., Gale, C. R., Inskip, H. M., Jagger, C., Kirkwood, T. B., Lawlor, D. A., Robinson, S. M., Starr, J. M., Steptoe, A., Tilling, K., Kuh, D., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2014). Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PloS one*, 9(12), e113637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113637>

Fábrega, R., Cruz, D., Martínez, A., Aibar, A., Redecillas, M., & Hita, F. (2020). Associations of sleep and depression with obesity and sarcopenia in middle-aged and older adults. *Maturitas* 142: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.019>

Fielding, R. A., Vellas, B., Evans, W. J., Bhasin, S., Morley, J. E., Newman, A. B., Abellan van Kan, G., Andrieu, S., Bauer, J., Breuille, D., Cederholm, T., Chandler, J., De Meynard, C., Donini, L., Harris, T., Kannt, A., Keime Guibert, F., Onder, G., Papanicolaou, D., Rolland, Y., ... Zamboni, M. (2011). Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(4), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.01.003>

Fu, X., Tian, Z., Thapa, S., Sun, H., Wen, S., Xiong, H., & Yu, S. (2020). Comparing SARC-F with SARC-CalF for screening sarcopenia in advanced cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, S0261-5614(20)30083-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.02.020>

Gade, J., Quick, A. A., Beck, A. M., Rønholt, F., & Vinther, A. (2020). SARC-F in hospitalized, geriatric medical patients - Feasibility, prevalence of risk of sarcopenia, and characteristics of the risk group, including one-year follow-up. *Clinical nutrition ESPEN*, 37, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.03.016>

Gao, L., Jiang, J., Yang, M., Hao, Q., Luo, L., & Dong, B. (2015). Prevalence of sarcopenia and associated factors in Chinese community-dwelling elderly: comparison between rural and urban areas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 1003.e1–1003.e10036. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.020>

Ida, S., Kaneko, R., & Murata, K. (2018). SARC-F for Screening of Sarcopenia Among Older Adults: A Meta-analysis of Screening Test Accuracy. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 685–689. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.001>

Krzywińska-Siemaszko, R., Deskur-Śmielecka, E., Kaluźniak-Szymanowska, A., Lewandowicz, M., & Wieczorowska-Tobis, K. (2020). Comparison of diagnostic performance of SARC-F and its two modified versions (SARC-CalF and SARC-F+EBM) in community-dwelling older adults from Poland. *Clinical interventions in aging*, 15, 583–594. <https://doi.org/10.2147/CIA.S250508>

Landi, F., Calvani, R., Cesari, M., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Saveria, G., Salini, S., Sisto, A., Picca, A., & Marzetti, E. (2018). Sarcopenia: an overview on current definitions, diagnosis and treatment. *Current protein & peptide science*, 19(7), 633–638. <https://doi.org/10.2174/1389203718666170607113459>

Lang, T., Streeper, T., Cawthon, P., Baldwin, K., Taaffe, D. R., & Harris, T. B. (2010). Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention, and assessment. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 21(4), 543–559. <https://doi.org/10.1007/s00198-009-1059-y>

Laakkonen, E. K., Soliymani, R., & Lalowski, M. (2018). Estrogen regulates muscle bioenergetic signaling. *Aging*, 10(2), 160–161. <https://doi.org/10.18632/aging.101380>

Liguori, I., Russo, G., Aran, L., Bulli, G., Curcio, F., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., Bonaduce, D., & Abete, P. (2018). Sarcopenia: assessment of disease burden and strategies to improve outcomes. *Clinical interventions in aging*, 13, 913–927. <https://doi.org/10.2147/CIA.S149232>

Malmstrom, T. K., & Morley, J. E. (2013). SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 531–532. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018>

Mijnarends, D. M., Luiking, Y. C., Halfens, R., Evers, S., Lenaerts, E., Verlaan, S., Wallace, M., Schols, J., & Meijers, J. (2018). Muscle, Health and Costs: A Glance at their Relationship. *The journal of nutrition, health & aging*, 22(7), 766–773. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1058-9>

Monterrosa-Castro, A., Ortiz-Banquéz, M., & Mercado-Lara, M. (2019). Prevalence of sarcopenia and associated factors in climacteric women of the Colombian Caribbean. *Menopause (New York, N.Y.)*, 26(9), 1038–1044. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001347>

Monterrosa-Castro A, Romero-Pérez I, Paternina-Caicedo A. (2010). Joint and muscular discomfort, and not hot flashes, are the most frequent symptoms in middle-age menopause women from the Colombian Caribbean. *Salud Uninorte* 26:179–188. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/593/5803>

Morley, J. E., Abbatecola, A. M., Argiles, J. M., Baracos, V., Bauer, J., Bhasin, S., Cederholm, T., Coats, A. J., Cummings, S. R., Evans, W. J., Fearon, K., Ferrucci, L., Fielding, R. A., Guralnik, J. M., Harris, T. B., Inui, A., Kalantar-Zadeh, K., Kirwan, B. A., Mantovani, G., Muscaritoli, M., ... Society on Sarcopenia, Cachexia and Wasting Disorders Trialist Workshop (2011). Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(6), 403–409. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.04.014>

Morley J. E. (2016). Frailty and sarcopenia in elderly. *Wiener klinische Wochenschrift*, 128 (Suppl 7), 439–445. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1087-5>

Nemerovsky, J. (2016). Sarcopenia. *Revista argentina de gerontología y geriatría. Anuario 2014-2016*, 28–33. <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/07/Sarcopenia.pdf>

Parra-Rodríguez, L., Szlejf, C., García-González, A. I., Malmstrom, T. K., Cruz-Arenas, E., & Rosas-Carrasco, O. (2016). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1142–1146. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.008>

Roberts, H. C., Denison, H. J., Martin, H. J., Patel, H. P., Syddall, H., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardized approach. *Age and ageing*, 40(4), 423–429. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr051>

Rojas, C., Buckcanan, A., & Benavides, G. (2019). Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor. *Revista Médica Sinergia. Vol 4 (5):24-34*. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/194>

Rosenberg I. H. (1989). Summary comments: epidemiological and methodological problems in determining nutritional status of older persons. *Am J Clin Nutr*, 50:1231–1233.

Rosenberg I. H. (2011). Sarcopenia: origins and clinical relevance. *Clinics in geriatric medicine*, 27(3), 337–339. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2011.03.003>

Sánchez-Rodríguez, D., Marco, E., Dávalos-Yerovi, V., López-Escobar, J., Messaggi-Sartor, M., Barrera, C., Ronquillo-Moreno, N., Vázquez-Ibar, O., Calle, A., Inzitari, M., Piotrowicz, K., Duran, X., Escalada, F., Muniesa, J. M., & Duarte, E. (2019). Translation and Validation of the Spanish Version of the SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia in Older People. *The journal of nutrition, health & aging*, 23(6), 518–524. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1204-z>

Santilli, V., Bernetti, A., Mangone, M., & Paoloni, M. (2014). Clinical definition of sarcopenia. *Clinical cases in mineral and bone metabolism : the official journal of the Italian Society of Osteoporosis, Mineral Metabolism, and Skeletal Diseases*, 11(3), 177–180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4269139/pdf/177-180.pdf>

Sato, P., Ferreira, A. A., & Rosado, E. L. (2020). The prevalence and risk factors for sarcopenia in older adults and long-living older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 89, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104089>

Schaap, L. A., van Schoor, N. M., Lips, P., & Visser, M. (2018). Associations of Sarcopenia Definitions, and Their Components, With the Incidence of Recurrent Falling and Fractures: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 73(9), 1199–1204. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx245>

Sipilä, S., Törmäkangas, T., Sillanpää, E., Aukee, P., Kujala, U. M., Kovanen, V., & Laakkonen, E. K. (2020). Muscle and bone mass in middle-aged women: role of menopausal status and physical activity. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 11(3), 698–709. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12547>

Sousa, A. S., Guerra, R. S., Fonseca, I., Pichel, F., Ferreira, S., & Amaral, T. F. (2016). Financial impact of sarcopenia on hospitalization costs. *European journal of clinical nutrition*, 70(9), 1046–1051. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2016.73>

Studenski, S. A., Peters, K. W., Alley, D. E., Cawthon, P. M., McLean, R. R., Harris, T. B., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Fragala, M. S., Kenny, A. M., Kiel, D. P., Kritchevsky, S. B., Shardell, M. D., Dam, T. T., & Vassileva, M. T. (2014). The FNIH sarcopenia project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 69(5), 547–558. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu010>

Terauchi, M., Odai, T., Hirose, A., Kato, K., Akiyoshi, M., & Miyasaka, N. (2020). Muscle and joint pains in middle-aged women are associated with insomnia and low grip strength: a cross-sectional study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology*, 41(1), 15–21. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1530211>

Tsekoura, M., Kastrinis, A., Katsoulaki, M., Billis, E., & Gliatis, J. (2017). Sarcopenia and Its Impact on Quality of Life. *Advances in experimental medicine and biology*, 987, 213–218. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57379-3_19

Yang, M., Hu, X., Xie, L., Zhang, L., Zhou, J., Lin, J., Wang, Y., Li, Y., Han, Z., Zhang, D., Zuo, Y., Li, Y., & Wu, L. (2018). Screening Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: SARC-F vs SARC-F Combined With Calf Circumference (SARC-CalF). *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(3), 277.e1–277.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.016>

Yoshimura, Y., Wakabayashi, H., Yamada, M., Kim, H., Harada, A., & Arai, H. (2017). Interventions for Treating Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(6), 553.e1–553.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.019>

Yu J. (2015). The etiology and exercise implications of sarcopenia in the elderly. *International Journal of Nursing Sciences*. 2(2): 199–203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000411?via%3Dihub>

Woo, J., Leung, J., & Morley, J. E. (2014). Validating the SARC-F: a suitable community screening tool for sarcopenia?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 630–634. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.021>

Woo, J., Leung, J., & Morley, J. E. (2015). Defining sarcopenia in terms of incident adverse outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.11.013>

Woo J. (2017). Sarcopenia. *Clinics in geriatric medicine*, 33(3), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.003>

INTERVENCIONES DE NUTRICIÓN Y SALUD BASADAS EN LAS TEORÍAS DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Alejandra Alonso Flores

Universidad Iberoamericana

Resumen

La disminución en las tasas de natalidad, así como las tasas de mortalidad son fenómenos que han traído como consecuencia el aumento de la esperanza de vida, estos años de vida aumentados se han considerados años de vida con discapacidad, aumentando así la carga de la enfermedad en el adulto mayor. Las acciones de nutrición basadas en las teorías del comportamiento con intervenciones que busquen un cambio conductual en las personas adultas mayores (PAM) es fundamental para aumentar los años de vida saludables, disminuyendo la dependencia y la discapacidad funcional. Las intervenciones de nutrición y salud basadas en las Teoría del Cambio de Comportamiento son eficaces para mejorar la calidad de vida en personas adultas mayores. No se encontró ningún estudio en población mexicana.

Palabras claves

Teoría del Cambio de Comportamiento, Modelo de Creencias en Salud, Personas Adultas Mayores, Intervenciones Educativas, Nutrición, Salud.

Introducción

En nuestro país se vive un envejecimiento acelerado como consecuencia de la disminución de las tasas de natalidad y aumento de la esperanza de vida. En la actualidad la esperanza de vida en México es de 75.23 años en promedio para hombres y mujeres, según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) (1). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) están incrementando a lo largo de los años, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) ha aumentado de un 9.2% a un 10.3% para la población de 20 años y más, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 y la ENSANUT 2018. ENSANUT 2012, reporta que 60% de las personas adultas mayores (PAM) ≥ 60 años a nivel nacional tienen por lo menos 1 enfermedad crónica y 20% tienen al menos 2, respectivamente. Otra de las enfermedades crónicas que se posicionan en las primeras causas de mortalidad es la hipertensión arterial (HTA) con una prevalencia para el 2018 de 18.4%, siendo mayor para la población a partir de los 50 años, llegando al 26.7% para el grupo de 70 a 79 años. (2)

Además de la alta prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas adultas mayores se presenta los llamados “síndromes geriátricos” que son manifestaciones comunes de enfermedad en el adulto mayor y que se asocian a la presencia de deterioro cognitivo y funcional crónico y alteraciones en la movilidad. Incluso un síndrome geriátrico puede desencadenar otro síndrome geriátrico, incrementando la dependencia funcional, el cual se asocia con disminución de la autoestima y del bienestar percibido del adulto mayor, el cual genera efectos negativos en la calidad de vida de las personas adultas mayores. (3)

La mala nutrición es considerada uno de los síndromes geriátricos, pudiéndose encontrar la desnutrición o la obesidad en las personas adultas mayores. La desnutrición, se caracteriza por un estado de nutrición donde existe una deficiencia de energía, tanto de macro y de micronutrientes que causa efectos adversos sobre la función corporal, además la alta prevalencia de ECNT, aumento de malestares agudos y a una menor adaptación a los estados inflamatorios y catabólicos.(4) En la ENSANUT 2012, se estimó la prevalencia de desnutrición a través de la medición de la masa muscular por circunferencia de pantorrilla, donde se obtuvieron valores de 16.8% en el grupo de 60 a 65 años, y 40.0% para el grupo después de los 75 años. (5) En el otro extremo de la mala nutrición, se encuentra el sobrepeso y la obesidad en las PAM con una prevalencia en México del 70%, estas condiciones se han asociado con un pobre estado de funcionalidad, menor calidad de vida, morbilidad y mortalidad. (6)

En consecuencia, tenemos dos problemáticas sobre las condiciones nutricionales en las personas adultas mayores, dando lugar a una doble carga de la enfermedad, por un lado, se presenta la problemática en el consumo excesivo de macronutrientes que nos traen como consecuencias la presencia de las ECNT y

por el otro lado se presenta la situación de la deficiencia, que se asocia con mayor prevalencia de hospitalización, inseguridad alimentaria, limitación funcional e institucionalización. (6) Es evidente que proporcionar atención primaria en salud centrada en la persona es un reto actual y una prioridad para mejorar el perfil epidemiológico en la población de PAM.

La importancia de promover educación en salud y nutrición basadas en cambios conductuales para prevenir las ENCT y síndromes geriátricos como la mala nutrición, es prioritario promoviendo nuevas conductas y estilos de vida saludables para mejorar las condiciones de vida de las PAM. Esta intervención busca mejorar estándares de calidad de vida tanto a nivel individual como a nivel poblacional para disminuir incidencias de las ECNT y síndromes geriátricos causantes de las primeras causas de mortalidad. (7)

Marco teórico

El Envejecimiento Demográfico y Epidemiológico

Un aumento en la esperanza de vida, como resultado del descenso de las tasas de mortalidad y las tasas de fecundidad son responsables del aumento rápido en la población de personas mayores de 60 años en casi todos los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este envejecimiento demográfico como un éxito en cuestión de políticas públicas de salud, pero también como un reto para la sociedad que debe adaptarse para la mejora de la calidad de vida y capacidad funcional de las PAM, integrando participación social y seguridad. La OMS nos recuerda que la población con más de 60 años pasará de 900 millones hasta 2000 millones, es decir habrá un aumento del 12% al 22%. (8)

Nuestro país presenta un intenso y acelerado proceso de cambio de distribución por edades en la población. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015) se proyecta que para el 2050 dos de cada diez mexicanos tendrán al menos de 15 años (20.7%), mientras que los adultos mayores de 60 años representarán el 21.5% de la población total. (9)

En México, la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015) afirma que México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud, es decir una disminución en los padecimientos propios del subdesarrollo y en el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados, esto dado por el acelerado crecimiento en la urbanización, mayores niveles educativos, especialmente en la mujer, incremento del saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, cambios en los estilos y condiciones de vida. (10)

Enfermedades crónicas no transmisibles.

En América Latina, las transformaciones, sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas han contribuido a nuevas prioridades en salud, las cuales destacan por sus altas incidencias las ECNT como las enfermedades cardiovasculares, DMT2, la enfermedad renal crónica, entre otros. Se describe en la literatura que más de un tercio de las PAM viven con, al menos, dos ECNT, es decir, 35 de cada 100 personas mayores presentan, al menos dos condiciones sincrónicas, entre ellas están HTA, DMT2, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia, deterioro cognitivo o demencia. La DMT2, es la principal causa de discapacidad en personas de 70 años o más. Además de representar una importante carga de mortalidad prematura, la DMT2 es responsable del 10% de los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD), sumando estilos de vida desfavorables como son el consumo excesivo de sal y grasas saturadas, el bajo consumo de granos y semillas que son factores que contribuyen aumentar dos terceras partes de los AVAD para personas de 60 años o más. (11, 12). La ENSANUT MC 2016 observó un aumento en la prevalencia de DMT2, con respecto a la ENSANUT 2012. Se estableció que el 46.4% de las personas con DMT2 no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad. Acerca de la HTA la prevalencia actual es con una prevalencia para el 2018 es de 18.4%, siendo mayor prevalente para la población a partir de los 50 años, llegando al 26.7% para el grupo de 70 a 79 años, y de éstos el 40% mencionó desconocer que padecía la enfermedad y la prevalencia más alta se encontró en el grupo de edad de 80 o más años. (13)

Estudios epidemiológicos han demostrado la asociación entre síndromes geriátricos como la fragilidad y ECNT, como es el caso de un estudio de corte transversal con una muestra de 740 PAM, el cuál analizó la asociación entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad, cuyos resultados revelaron que 7.4% cumplieron con los criterios de fragilidad de Fried, de estos 81.8% tenían enfermedades crónicas asociadas y 29.1% presentaban discapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD). (14)

En los últimos años se ha descrito una asociación significativa entre DMT2 y fragilidad, justificado por diversas vías que demuestran tal asociación. La insulinoresistencia es un predictor de fragilidad, y se ha demostrado que la DMT2 acelera el proceso de la patogenia de la sarcopenia, un síndrome geriátrico, dando como resultado la disminución de la fuerza muscular. (14) Una cohorte de 5 años donde participaron 2,305 adultos mayores con una media de 70 años determinó que los adultos mayores que se encontraban frágiles tuvieron una disminución en la expectativa de vida y 2.62 veces más posibilidad de tener comorbilidades, resultante de la diabetes que los que no se encontraron frágiles (15).

Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son manifestaciones comunes de enfermedad en el

adulto mayor y requieren un abordaje específico ya que muchas veces son consecuencia de la carga de la enfermedad, aunque existen diferentes factores de riesgo para que un adulto mayor presente un síndrome geriátrico. En una revisión sistemática se identificó que la edad avanzada, la presencia de deterioro cognitivo y funcional crónico y alteraciones en las movilizaciones, ya sea por trastornos en la marcha o equilibrio incrementaban el riesgo de presentar úlceras por presión, incontinencia urinaria, así como caídas y delirium. Incluso un síndrome geriátrico puede desencadenar otro síndrome geriátrico, como es el caso de la fragilidad, este síndrome se caracteriza por un aumento en el riesgo de morbimortalidad, susceptibilidad inusual de enfermar, pérdida de fuerza y resistencia. Se relacionan fenotipos como la debilidad muscular, fragilidad ósea, desnutrición, riesgo de caídas, vulnerabilidad al traumatismo, vulnerabilidad a infecciones, alto riesgo de confusión, presión arterial y disminución de capacidades. Existen 4 pilares básicos en la fisiopatología de la fragilidad: la sarcopenia, la disminución en la tasa metabólica en reposo, la disminución en el consumo energético total, así como la desnutrición crónica. (16,17)

Si se tiene en cuenta que la fragilidad aumenta la vulnerabilidad a desarrollar desenlaces desfavorables tales como la muerte, la discapacidad y la dependencia, donde se incrementa el uso de servicios de salud, es importante considerar la prevalencia de fragilidad es de 15.7% y pre-fragilidad es de 33.3% en México para PAM. (18)

Otro síndrome geriátrico es la sarcopenia, la cual se define como un trastorno muscular esquelético progresivo y generalizado que se asocia con una mayor probabilidad de resultados adversos, incluyendo caídas, fracturas, discapacidad física y mortalidad, en donde la calidad muscular también se ve afectada en la sarcopenia. La detección de bajo rendimiento físico predice resultados adversos, por lo que hay que definir la gravedad de la sarcopenia. Su presencia se asocia con la disminución de la densidad mineral ósea, resistencia a la insulina así como se deriva a una disminución en la capacidad para realizar esfuerzo físico, ya que se define como la pérdida de dos desviaciones estándar de la masa muscular en comparación con un joven sano de la misma estatura y talla. En algunos casos esta condición no representa una pérdida de peso con respecto al índice de masa corporal (IMC) debido a un incremento a la masa grasa, condición a la cual se le denomina obesidad sarcopenia, la cual se le ha asociado a un incremento en la mortalidad. (19)

La discapacidad es un síndrome geriátrico importante en las PAM, tienen una estrecha relación con el incremento en la expectativa de vida, son consideradas alteraciones propias del envejecimiento tanto estructural como funcional del organismo, unido a varios factores determinantes tanto psicológicos como sociales. La capacidad funcional se puede medir mediante el indicador las AVD, según la OMS, las cuales se definen como la capacidad del individuo para llevar a

cabo las actividades cotidianas esenciales, la capacidad de valerse por sí mismos y seguir desarrollando las actividades propias de la vida diaria, las cuales tienen que ver con el cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente. Es ineludible que, con el paso de los años, exista mayor probabilidad de sufrir pérdidas en la capacidad funcional, sin embargo, la edad no es necesariamente mantiene una relación causal para el estado de salud de los adultos mayores, existen otros factores que se acumulan a lo largo de la vida como son los hábitos, los estilos de vida y en general, las conductas de salud. (20)

La mala nutrición es también considerada como un síndrome geriátrico, caracterizado por un desequilibrio en la ingestión de los macro y micro nutrientes, con una etiología multifactorial los cambios del proceso de envejecimiento y los estilos de vida como la mala alimentación y el sedentarismo juegan un papel importante. La mala nutrición en la PAM está relacionada con el desarrollo de otros síndromes geriátricos como la sarcopenia, fragilidad, bajo desempeño físico, síndrome de caídas, dependencia funcional y discapacidad. (21)

Mala nutrición

La OMS define a la nutrición como la ingestión de alimentos relacionado con las necesidades dietéticas del organismo y menciona que una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud, enfatizando que una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades hasta alterar el desarrollo tanto físico como mental. (34). Por el otro lado la mala nutrición se ha definido, por un lado, como un estado de deficiencia y por el otro lado, un exceso, es decir un desequilibrio de energía, proteína entre otros nutrientes. El envejecimiento se asocia con una mayor prevalencia de problemas nutricionales, los adultos mayores tienden a padecer mayores problemas de mala nutrición debido a varios factores propios del proceso de envejecimiento como lo es la disminución en el ingestión de los alimentos, que puede dar lugar a padecimientos como anorexia en el adulto mayor, problemas masticatorios y en la deglución, cambios fisiológicos en la función gastrointestinal, enfermedades crónicas como las antes ya mencionadas, aunado a polifarmacia, y trastornos psicosociales como la depresión o aislamiento, entre otras. (22)

La ENSANUT 2018 en sus resultados preliminares mostró que el 22% de la población presenta inseguridad alimentaria ya sea moderada o severa, y que el 36.5% de la población adulta mayor presenta anemia. Según datos reportados de la OMS, el grupo de edad más vulnerable para padecer mala nutrición son las personas mayores de entre 66 y 74 años. Por otro lado, la obesidad y sobrepeso incrementan el riesgo de ECNT como las enfermedades cardiovasculares, DMT2, cáncer y mayor morbilidad y mortalidad teniendo como resultados mayores costos en servicios de salud. (23)

Según la ENSANUT MC 2016 la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 72.5%, esta prevalencia en sobrepeso es mayor en mujeres (75.6%) que en hombres (69.4%), así mismo se observa mayor prevalencia en obesidad en mujeres (38.6%), mientras que en el sexo masculino es de (27.7%), de igual forma que la categoría de obesidad mórbida es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres. Es importante mencionar que la obesidad abdominal se encontró significativamente más alta en los grupos de 40 a 79 años que en los grupos de 20 a 29 años. En la ENSANUT 2012, se estimó la prevalencia de desnutrición a través de la medición de la masa muscular por circunferencia de pantorrilla, donde se obtuvieron valores de 16.8% en el grupo de 60 a 65 años, y 40.0% para el grupo después de los 75 años. La prevalencia de desnutrición medida por IMC ($<18.5 \text{ kg/m}^2$), con criterios de la OMS refiere que aumenta con la edad (6.9% en 80 y más). (24)

Calidad de Vida en Personas Adultas Mayores en México

Según la OMS, la calidad de vida se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes, este concepto está influido por la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (25)

Como ya se ha mencionado, la vejez es la etapa final de la vida, en donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales, así como se presentan pérdidas en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico puede haber presencia de mayor aislamiento social, con menor disposición del anciano para la adaptación de estas nuevas circunstancias, además de los cambios físicos y biológicos de los cuales ya se han mencionado anteriormente. Todas estas alteraciones afectan la calidad de vida y el funcionamiento de las PAM. Por lo tanto, es importante que el adulto mayor adapte estrategias eficaces de afrontamiento para lograr un empoderamiento sobre los cambios tantos como físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales y para que estas herramientas de afrontamiento sean efectivas existen variables como lo son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo, traduciéndose a compromisos y creencias. (26)

Un estudio que midió la calidad de vida mediante la escala WHOQoL-Bref de los adultos mayores en la Ciudad de México, donde participaron 194 personas de entre 60 y 88 años, con una edad promedio de 71 años, reveló que la enfermedad de mayor prevalencia es la referente a la categoría crónico-degenerativa, ya que la incidencia de problemas de salud aumenta con la edad y un adulto mayor puede experimentar más de una enfermedad o problema de salud simultáneamente, es por eso que esto se traduce en una afectación en su capacidad funcional, pero estos cambios producidos por un mal control de las enfermedades a menudo, son reversibles. (26)

La calidad de vida se puede medir por varios instrumentos validados aplicables a diversas enfermedades y poblaciones, los cuales se han implementado para resolver los problemas del costo de la atención en salud, basado en las comparaciones de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad para el diseño de políticas públicas que coadyuven a mejorar la salud de las personas, se han utilizado dos indicadores, los cuales son años de vida ajustados por calidad (Quality Adjusted Life Years, QALYs, por sus siglas en inglés) y los años de vida ajustados por discapacidad (Disability Adjusted Life Years, DALYs, por sus siglas en inglés). Estos indicadores permiten contabilizar los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras y a discapacidad, permiten cuantificar la carga de la enfermedad que para una sociedad representa las pérdidas en salud comparando diferentes grupos de edad, géneros y estratos socioeconómicos. (27)

En el año 2016 se realizó un estudio de tipo transversal, en la ciudad de Querétaro, México, para derechohabientes de una institución de salud, donde la muestra consideró a 116 adultos mayores donde se estudiaron las variables de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Con respecto al autocuidado el 57.8% mencionó que comían alimentos nutritivos y 56.9% respondió que evitaban comer alimentos que pudieran hacerles daño; el 30.2% realizaban ejercicio y el 79.3% tomaban medidas adicionales para mantener su peso ideal; el 62.1% estaban habituados al consumo de agua regular; esto demostró que el 76.6% presentó muy buena capacidad de autocuidado. Mientras que la variable de percepción de calidad de vida se encontró que los entrevistados consideraban que 56% era regular y el 29.3% que era buena. Esto demostró que los participantes reconocían sus limitaciones físicas propias de la edad. (28) El grado de dependencia en la realización de las AVD y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que, a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor.

Es necesario fortalecer y fomentar en el adulto mayor, mediante la educación e intervenciones con herramientas que contribuyan al cambio de conducta y adopción de estilos de vida saludable para promover un envejecimiento exitoso y mejor calidad de vida.

Educación en Nutrición y Salud en Personas Adultas Mayores

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2015) hace referencia al envejecimiento activo, como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. (29) En donde se defiende que la educación es una necesidad básica para las PAM. El aprendizaje implica un cambio y una adaptación a nuevas situaciones, ya que el aprendizaje se define como un proceso por el cual los seres humanos crean y transforman experiencias en conocimientos, habilidades, actitudes, creencias, valores, sentidos y emociones. (30)

No obstante, para la OMS, el término adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud y aunque es considerada como insuficiente para describir las intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, cuestiona las palabras “instrucciones” respecto a las recomendaciones del prestador de asistencia sanitaria y se refiere a los pacientes como receptores pasivos en contraposición con el proceso del tratamiento, y apoya que los pacientes deben volverse activos con los profesionales de salud, para llevar a cabo una buena práctica clínica efectiva. (31)

En un estudio, el cual se realizó en Colombia, sobre la adherencia al tratamiento, refiere que los principales factores que inciden en el tratamiento de la HTA y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento que conlleva actitudes como falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los cambios en los comportamientos para obtener resultados positivos como la toma de los medicamentos, la dieta saludable, la actividad física, el nulo consumo de alcohol y tabaco y el autocontrol emocional. En este estudio el 79,5% eran mujeres y el 20,5% hombres, con rangos de edad entre 28-82 años con diagnóstico de HTA, en donde se realizaron cuatro grupos de intervención de 8 a 10 personas por grupo, los cuales asistieron a 18 sesiones semanales de dos horas y media cada una. Se realizó un programa de intervención biopsicosocial, que abarcó educación sobre la hipertensión arterial, autoeficacia, percepción de control sobre la enfermedad- autocontrol, nutrición saludable, actividad física, cumplimiento del tratamiento farmacológico, consumo de alcohol y tabaco y manejo del estrés, cuyos resultados fueron estadísticamente significativos con relación a los niveles de adherencia al tratamiento en las diferencias pre y post intervención ($p < 0.05$) y hace referencia hacia la importancia de integrar en las propuestas de intervención, componentes que garantice el nivel de compromiso y adherencia al cambio de comportamiento, en este caso los constructos del modelo biopsicosocial. (31)

La deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con ECNT tiene consecuencias adversas tanto como para la salud del individuo, como para el sistema en los servicios de salud, en el incremento del costo económico y para la calidad de la atención a la salud. La falta de adherencia al tratamiento ha llegado a ser una de las líneas de investigación predominantes. La OMS ha estimado que en los países desarrollados el 50% de los enfermos crónicos siguen su tratamiento, situación que se agrava en los países en vías de desarrollo, debido a la falta en la cobertura en los servicios de salud, los limitados recursos económicos, sociales, culturales, entre otros. (32)

La atención en salud para las PAM es compleja y requiere de diversos grados de compromiso para adaptarse a los regímenes prescritos en sus tratamientos.

En ocasiones estos regímenes incluyen comportamientos como son la ingestión dietética, la actividad física, el uso adecuado de medicamentos, el seguimiento en

la toma de exámenes de laboratorio, la asistencia regular con el profesional de la salud para evaluar el monitoreo para el control y mantenimiento de su salud.

Teorías Del Cambio Conductual.

La educación en la salud es un tema que involucra ramas de la psicología, debido a que los contextos para desarrollar cambios conductuales, los cuáles no solo implican aprendizaje nuevo, sino en ocasiones hacer un cambio radical o total de lo que ya se tenía aprendido que en ocasiones involucra la personalidad del individuo y relaciones sociales, y los modelos que pretenden lograr con éxito un cambio cultural deben incorporar estrategias que consideren el determinismo recíproco entre el sujeto, el comportamiento y la situación. (33)

La importancia de proveer modelos de cambio de conductas hacia estilos de vida saludable radica en la promoción de salud y en la búsqueda de mejores estándares de calidad de vida tanto como a nivel individual como a nivel poblacional disminuyendo tasas de prevalencia de enfermedades, así como tasas de morbimortalidad.

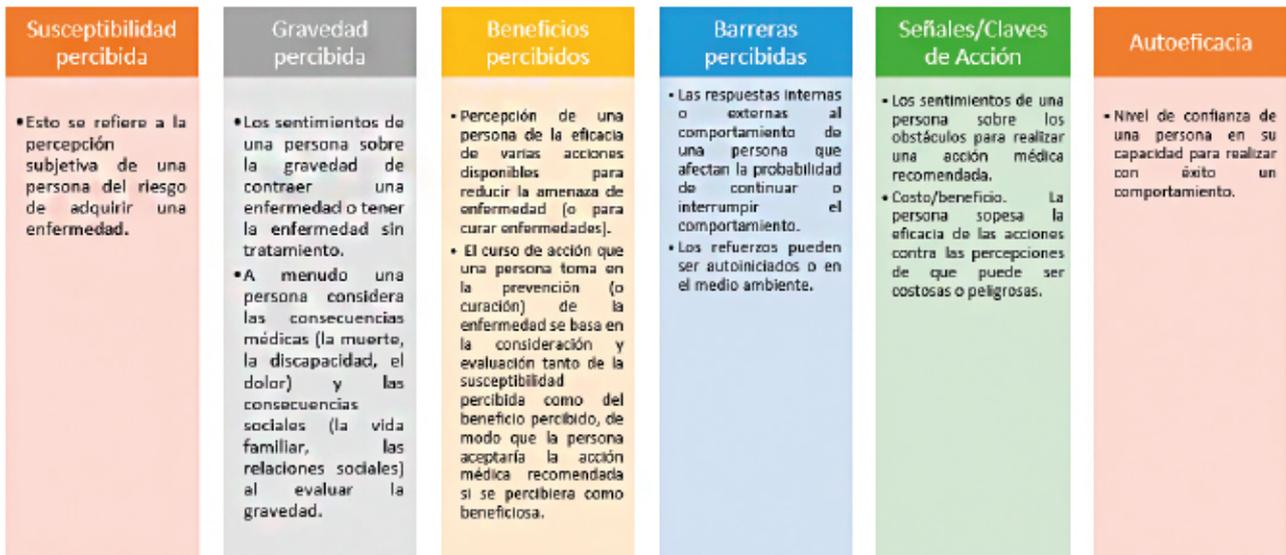
Modelo De Creencias En Salud.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Health Belief Model HBM, por sus siglas en inglés) es un prototipo que surgió especialmente para explicar las conductas de salud a partir de los esfuerzos iniciados en la década de los 50, el Modelo de Creencias en salud ha sido de los modelos más utilizados en relación a los cambios de comportamiento relacionados en salud, orientados a detectar las variables apropiadas para diseñar programas de educación para la salud. Las creencias en salud son características perdurables que moldean la conducta y que se adquieren mediante las experiencias sociales, no son fijas y pueden diferir en individuos con los mismos antecedentes. Este Modelo de Creencia en Salud se enfoca en que una persona no llevará a cabo la conducta de salud, ya sea de prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación a menos que cuente con un mínimo de motivación hacia la salud, así como información relevante sobre su condición. (37,38)

Esta teoría se utiliza con el fin de comprender el fracaso de las personas para adoptar estrategias de prevención de enfermedades. El MCS es una teoría basada en la valoración subjetiva, en términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso de enfermedad. (39) El objetivo de utilizar esta teoría para el cambio conductual es conservar y mejorar la salud, evitando situaciones de riesgo para prevención y control de enfermedades.

Los constructos más fuertes por las cuales el adulto mayor puede tener una actitud positiva ante esta teoría son los siguientes: (40)

Figura 4. Constructos del Modelo de Creencias en Salud.



Fuente: Elaboración propia

Ventajas del Modelo de Creencias en Salud: uno de los puntos fuertes de esta teoría es que la aceptación implica la percepción individual, ya que es la que determina el cambio del comportamiento, y no el medio ambiente en el que vive y/o se desarrolla el individuo. (40)

Limitaciones del Modelo de Creencias en Salud:

1. No tiene en cuenta las actitudes, creencias u otros determinantes individuales que dictan la aceptación de un comportamiento de salud por parte de una persona.
2. No tiene en cuenta comportamientos habituales y, por lo tanto, puede informar al proceso de toma de decisiones para aceptar una acción recomendada (por ejemplo, fumar).
3. No tiene en cuenta los comportamientos que se realizan por razones no relacionadas con la salud, como la aceptabilidad social.
4. No tiene en cuenta factores ambientales o económicos que puedan prohibir o promover la acción recomendada.
5. Se supone que todos tienen acceso a cantidades iguales de información sobre la enfermedad o enfermedad.
6. Se supone que las señales a la acción son ampliamente frecuentes al alentar a la gente a actuar y que las acciones de "salud" son el objetivo principal en el proceso de toma de decisiones.

Estudios de Intervención Nutricional y de Salud en Personas Adultas Mayores con el Modelo de Creencias en Salud.

En un meta análisis, realizado por Harrison, Mullen y Green (2002), en donde mencionan que se encontraron relaciones positivas significativas entre los constructos del Modelo de Creencias en Salud (MCS) y los comportamientos de salud, se midieron los constructos de susceptibilidad, gravedad, beneficios y costos y el comportamiento de salud en 16 estudios, aunque los estudios elegibles no fueron exclusivos de adultos mayores, se demostraron resultados en los constructos sobre la gravedad percibida ($p < 0.02$), los beneficios percibidos ($p < 0.001$), así como en las barreras percibidas ($p < 0.001$) (41,42)

En Baiviera, Alemania se realizó una revisión sistemática, en el cual se pretendía buscar resultados sobre el empoderamiento para una nutrición saludable. El estudio demostró que existen tres puntos relevantes para asegurar la eficacia del empoderamiento, la primera es el empoderamiento individual, que hace referencia a la esfera psicológica de un individuo, el cual se encuentra estrechamente relacionada con la autoeficacia, así como la participación de las personas y su comunidad. (43)

Un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos basado en la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la autodeterminación, realizado en Finlandia, evaluó el efecto de la intervención de asesorías individualizadas, basado en las teorías del envejecimiento activo y calidad de vida en donde el grupo de intervención llamado “Grupo de Asesoramiento”, mientras que el grupo control “Grupo de información de Salud” quienes fueron evaluados al inicio, a los 6 meses a mediados de las asesorías y a finales de las asesorías, es decir 12 meses posteriores. Las sesiones tenían una duración de 90 minutos cara a cara y se les brindó información escrita sobre el envejecimiento activo, el cual se midió a través de la Escala Activa de Envejecimiento (UJACAS) de la Universidad de Jyv-skyl. Posteriormente tuvieron asesoramiento telefónico a los 1, 3, 6 y 9 meses después de la sesión presencial, también recibieron material escrito en donde se describían actividades organizadas para las personas mayores, así como historias de éxito de otros participantes. Mientras que al grupo control se les brindó material escrito con información similar a lo que se utiliza en los servicios de atención médica para personas mayores. Las sesiones para este grupo fueron a los 1, 3, 6 y 9 meses donde se les brindó información sobre ejercicio, nutrición, enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, respectivamente. El estudio demostró que la intervención aumentó la puntuación total del envejecimiento activo estadísticamente significativo para el grupo de intervención. Se mostraron resultados a los 6 meses de la primera intervención, para el Grupo Intervención (media: 200.6 (25.7)), vs 12 meses de la intervención (media: 207.2 (24.6)), mientras que para el Grupo. Control: (media: 203.0 (24.6) vs 206.6 (24.1)) ($p = 0.05$). El estudio concluye que puede ser posible promover un envejecimiento activo con asesoramiento individualizado dirigido a la motivación autónoma (44)

En un estudio de tipo transversal, realizado en Beijín, en 2014, tuvo como objetivo determinar los factores asociados con la adherencia antihipertensiva con base en el MCS, en donde participaron 745 participantes de 18 a 80 años, de los cuales el 23% era de 60 a 69 años y el 13% era de 70 a 80 años, con diagnóstico de hipertensión en donde se demostró que los participantes tuvieron una mayor adherencia al tratamiento quienes tuvieron niveles más altos en los constructos de autoeficacia y gravedad percibida y un nivel más bajo de barreras percibidas. El estudio señaló que los pacientes mayores de 60 años presentaron mayor autoeficacia ($p < 0.001$) El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.748, y percepción de las barreras más baja ($p < 0.001$) El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.527, los cuales se asociaron significativamente con una mayor adherencia a la medicación antihipertensiva, mientras que las mujeres percibieron mayor gravedad de la enfermedad. El coeficiente de alfa de Cronbach fue de 0.664. (45)

En otro estudio que se realizó en China, que utilizó el MCS, para entender la adherencia al tratamiento médico con 256 pacientes, la edad oscilaba entre 31 a 60 años de edad, teniendo un porcentaje de 16.7% de personas de 51 a 60 años, el 50% eran del sexo femenino, con hipertensión arterial, afirma que el MCS es confiable para predecir la adherencia a la medicación, menciona que los programas de intervención basados en los constructos de modelo de creencias en salud influyen en las creencias de salud de los pacientes y resultan indirectamente en sus compromisos de salud, ya que los 6 constructos medidos (susceptibilidad percibida, barreras percibidas, señales de acción y autoeficacia, severidad percibida, beneficios percibidos) explicaron 48.8% de la varianza en la adherencia con una precisión de predicción del 82.8%.(46)

Un estudio de tipo casos y controles que se realizó en China, cuyo objetivo era la evaluación la eficacia efecto de la intervención de la educación sanitaria basada en el MCS en pacientes con hipertensión comunitaria para mejorar el control de la presión arterial de los pacientes con recién diagnóstico de hipertensión. El estudio fue realizado del 2016 al 2017, con una $n = 400$, los centros de salud fueron elegidos aleatoriamente donde el grupo de intervención, con 206 participantes recibieron 3 clases con duración de 20 a 30 minutos basados en la educación en salud sustentado por el modelo de creencias en salud, mientras que el grupo control tenía 194 pacientes, recibieron atención habitual. Se les midió la presión arterial (basal y final), 134 pacientes en el grupo de intervención y 129 pacientes en el grupo control terminaron la intervención, donde los resultados fueron una reducción de la presión sistólica de los pacientes en 7.37 mmHg, así como la presión diastólica se redujo en 4.07 mmHg ($P < 0.05$). Los constructos como la susceptibilidad percibida y la autoeficacia tuvieron una influencia significativa en la presión arterial ($p < 0.05$). (47)

Un estudio de tipo cualitativo, basado en cuestionarios de preguntas auto reportadas por los participantes, realizado en México por Porras Juárez y

colaboradores en donde buscaron demostrar la percepción del adulto mayor sobre la actividad física utilizando algunos constructos como la percepción de los beneficios y las barreras del Modelo de Creencias en Salud que pueden estimular o limitar el cambio de conducta, el estudio estuvo conformado por 15 adultos mayores con un rango de edad de 65 a 72 años de edad (9 del sexo femenino y 6 del sexo masculino) demostró que los adultos mayores si perciben la realización de la actividad física como importante para su salud, y pudieron identificar algunas barreras que les impiden el cambio de conducta como la edad, ocupación, la economía, el estado civil y el proceso fisiológico propio del envejecimiento afectan la actitud emocional negativa y de desconfianza para sí mismos. El estudio concluye, que una vez detectadas las barreras, se puede trabajar en otros constructos como la susceptibilidad de la enfermedad, así como la percepción de la gravedad de las condiciones para lograr el desempeño de la actividad física. (48)

Conclusión

Existen intervenciones educativas sobre nutrición y salud basadas en las teorías del comportamiento en salud como el MCS, las cuales son eficaces para cambiar cualquier acción o empezar a realizar nuevos comportamientos para mejorar la calidad de vida de personas adultas mayores. La evidencia indica que la aplicación del MCS se puede utilizar para aumentar la eficacia de los programas educativos e intervenciones. Es así como los programas educativos basados en modelos y teorías del cambio de comportamiento ponen a disposición de los investigadores herramientas para diseñar y evaluar el comportamiento de salud en un comportamiento deseado, ya sea para promoción de salud o prevención de enfermedad, así como el control de enfermedades para esta población. No se han encontrado estudios en población geriátrica mexicana. Por lo tanto, es pertinente llevar a cabo ensayos clínicos que prueben la eficacia de estas intervenciones basado en el MCS en las distintas poblaciones geriátricas mexicanas.

Referencias

Alfaro Alfaro. N., Carothers Enríquez M.R., González Torres Y.S. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. (2006). Vol. VIII (3):152-156.

Averiana, P. & Ali, C. (2006). Hipertensión Arterial: Efectividad De Un Programa De Intervención Biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 535-547.
Barrera Sotolongo J., Osorio León S. Envejecimiento y Nutrición. (2007) Rev Cubana Invest Bioméd v.26 n.1 Ciudad de la Habana.

Barbeito, T. O. T. (2004). Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas. Scielo, Salud Pública. Cuba 2000-2004 Prevalence of physical disability in elders from selected.

Brandstetter, S., Curbach, J., Lindacher, V., Rueter, J., Warrelmann, B., & Loss, J. (2017). Empowerment for healthy nutrition in German communities: a study framework, Public Health Nutrition. (October 2015), Vol 18, Issue 17 500-510. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav092>

Carlos, J., Guerra, L., Guerra, M. A., Ii, H., & Perera, E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores Behavior of non-communicable chronic diseases in older adults, (2018); (8):103-100.

Cabrera, J. R. (2011). Artículo de revisión Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores, 27(5), 455-462

Consejo Nacional de Población. CONAPO. (2019). Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las Entidades Federativas., Disponible en URL: www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico Consultado el 20 de julio de 2019.

Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento SABE. Estado de México (2015) Disponible en línea. URL: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EncuestaSABE_EdoMex.pdf. Consultado el 06 de abril de 2020.

ENSANUT MC 2016. Prevalencias de Sobrepeso y Obesidad. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 MC. Disponible en línea en: <http://ensanut.insp.mx/doc-tos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf> Consultado el 07 de abril de 2020

Educación y envejecimiento activo. Una experiencia comunitaria Tesis Doctoral. (2013).

Fuentes Ceruti J., Díaz Canepa C. Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. (2009). Tesis de Licenciatura. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales

Fanning, J. (2019). Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach, 1007–1019.

Fernando, L. (2013). Nutrición en el Adulto Mayor. *Rev Med Hered.* 2013; 24: 183–185

González Karla Denisse. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas Introducción y el proceso de envejecimiento (2015)

Gutiérrez Robledo L.M., Giraldo Rodríguez L., Agudelo Botero M., Medina Campos. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriatria. Ciudad de México. (1); 2016. (27-32).

Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults, 7(1), 107–116.

Holder, H. (2020). Malnutrition in the elderly. *The Permanente Journal.* 29(2), 2019–2020.

Hubbard, R. E., Andrew, M. K., Fallah, N., & Rockwood, K. (2010). Short Report Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people, 603–606. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.02977.x>

Jauregui, J. R. Rubín Romina K. Fragilidad en el adulto mayor. *Unidad de Investigación de Biología del Envejecimiento.* (2012) 32, 110–115.

López Esqueda F., González González G., et al. (2017.) Nutrición en el Adulto Mayor. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Montaña Álvarez M. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. *El Residente.* 2010; Vol V (3): 66–78.

López-Ortega M., Rosas Carrasco O., Torres Carrillo N.M. (2010). Frailty : Development, Concepts And Outcomes / Fragilidad, Conceptos, Desarrollo Y Desenlaces. Instituto Nacional de Geriatria (2015) (158-170).

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-torres, R. M., & Xequé-morales, A. S. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria.* Querétaro, México 2016; 13 (3): 159-165.

Magdalena, M., & Magdalena, M. Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (2): 127-132.

Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. (2009).

Modelo, E. L., & Papenfuss, L. (1997). Modelo de Creencias de Salud. Un Enfoque Teórico para la Prevención del SIDA. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.71 no.4 Madrid jul. 1997

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no.311. Disponible en Url: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado el 03 de mayo de 2020.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de Vida. Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida Consultado el 07 de abril de 2020

Org, S. G., Transmisibles, E. N., Transmisibles, E. N., Envejecimiento, S., Este, C. V., Vital, C., Introducción, N. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Diagnosis. Publicación Científica de Fundación PROSAM*, 37, 74-105.

Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). ENSANUT. Disponible en línea en: URL: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php>. Consultado el: 05 de abril de 2020

Prevalencias de Sobrepeso y Obesidad. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 MC. ENSANUT MC 2016. Disponible en línea en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf> Consultado el 07 de abril de 2020.

Rantanen, T., Hassandra, M., Pynnönen, K., Siltanen, S., Kokko, K., & Karavirta, L. (2020). The effect of individualized, theory based counselling intervention on active aging and quality of life among older people (the AGNES intervention study). *Aging Clinical and Experimental Research*. Faculty of Sport and Health Sciences, Gerontology Center, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland (2020) <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01535-x>

Rosa, G., Viveros, O., & Herrera, O. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio- cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana Vol: 21 (228), 79-90.

Residente, E., & Montaña-Álvarez, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos, *V*, 66-78.

Rendón-rodríguez, R., & Osuna-padilla, I. A. (2018). [r e v i s i ó n] El papel de la nutrición en la prevención y manejo de la sarcopenia en el adulto, XII, 23–36. <https://doi.org/10.7400/NCM.2018.12.1.5060>

Rubenstein, LZ; Josephson, KR; Wieland, D; et al. (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J.Med*; 311:1664–70.

Sánchez-García, S., Sánchez-arenas, R., García-peña, C., Rosas-carrasco, O., Ávila-funes, J. A., Ruiz-arregui, L., & Juárez-cedillo, T. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics. *Geriatrics & Gerontology International*. (2014); 14:395–402 <https://doi.org/10.1111/ggi.12114>

Shen Ying Wang Tao. G. Min Hu. C. Zhu et al. (2020). Evaluación de la efectividad de la educación para la salud basada en el modelo de creencias sobre la salud en pacientes con hipertensión comunitaria. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 54 (02):155–159. DOI: 10 .. 3760/ CMA. J. Issn. 0253–9624.2020. 02. 008

Velarde-jurado, E., & Avila-figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida, 44(4), 349–361.

Yang, S., He, C., Zhang, X., Sun, K., Wu, S., Sun, X., & Li, Y. (2016). Patient Education and Counseling Determinants of antihypertensive adherence among patients in Beijing: Application of the health belief model. *Patient Education and Counseling*, ELSEVIER. Vol: 99(11), 1894–1900. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.014>

Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Patient Education and Counseling Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 669–673. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.007>

Ying, S., Taotao, W., Min, G., Kang, H., Xiaorou, Z., Xing, Z., Xinying, S. La evaluación del efecto de intervención sanitaria basada en el Modelo de Creencias en Salud en pacientes con Hipertensión en la comunidad. (2020). 54(2), 155–159. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253>

II. PRÁCTICA CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL

NEUROPSICOLOGÍA POSITIVA Y PREVENCIÓN DE DEMENCIAS: PROMOVRIENDO LA SALUD COGNITIVA

Yunier Broche Pérez, Zoylen Fernández Fleites, Elizabeth Jiménez Puig

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Resumen

A nivel mundial acudimos a un escenario demográfico sin precedentes en la historia de la humanidad. Esta realidad ha sido considerada dentro de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, que comprende a los adultos mayores como agentes activos del desarrollo social. En este escenario, promover un envejecimiento saludable constituye un reto ineludible para los gobiernos y los sistemas de salud. En el presente capítulo se analiza el papel de la Neuropsicología Positiva en campo de la salud cognitiva y particularmente en el escenario la prevención de las demencias. La evidencia actual sostiene que las acciones de prevención del deterioro cognitivo y la promoción de la salud cognitiva constituyen la mejor alternativa disponible en la reducción de la incidencia de las demencias.

Palabras claves

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Neuropsicología Positiva, Salud Cognitiva, Prevención, Demencias.

Introducción

El siglo XXI podría ser declarado como el siglo del envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la natalidad a nivel global, han favorecido un aumento significativo del número de personas que superan los 60 años, en comparación con el resto de los grupos de edades. Entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a 1400 millones de personas (Huenchuan, 2018). En nuestra región (Continente Americano), se pronostica que, para 2037, la proporción de adultos mayores igualará la proporción de personas menores de 15 años (20%), estimándose que para 2037 las personas de 60 años o más alcanzará una cifra que oscilará entre los 147 y los 200 millones de personas (Huenchuan, 2018; Zurique et al., 2019).

Esta realidad ha sido considerada dentro de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, la cual establece un plan de acción universal que enfatiza en los grupos más vulnerables, incluidos los adultos mayores (Dugarova, 2017). De acuerdo con la Agenda, reconocer a los adultos mayores como agentes activos del desarrollo social constituye la principal garantía para alcanzar un desarrollo inclusivo, sostenible y transformador.

En este escenario, garantizar un envejecimiento saludable representa un reto ineludible para los gobiernos y, especialmente, para los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento saludable como el proceso de desarrollo y mantenimiento de las habilidades funcionales que hacen posible el bienestar en la adultez mayor (World Health Organization, 2018). Dentro de la categoría de habilidades funcionales, se comprenden las capacidades físicas y mentales, tales como la marcha, la preservación del pensamiento, la visión, la audición y la memoria (Pernecky, 2019). El enfoque sobre el envejecimiento saludable otorga un valor fundamental a la prevención de las enfermedades crónicas no-transmisibles, de elevada prevalencia en la adultez mayor.

En este sentido, las demencias se encuentran entre las enfermedades de mayor prevalencia entre los adultos mayores (GBD 2016 Neurology Collaborators, 2019), por lo que actualmente representa un obstáculo para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030. En 2015 el número de casos diagnosticados con esta enfermedad ascendía a más 15 millones de personas; para 2030 se estiman 90 millones de nuevos casos y la cifra alcanzará los 150 millones para 2050 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En la región de Latinoamérica y el Caribe, en 2010 el número estimado de personas con demencia alcanzaba los 3 420 000 casos, calculándose que para 2030 el número de personas con demencia en la región será superior a los 7 500 000 casos. Actualmente, México presenta una prevalencia de la enfermedad entre el 8.5 y el 8.6% de las personas mayores de 65 años. Para 2030 en México se estiman

1 437 000 nuevos casos, un incremento considerable en comparación con la cifra reportada en 2010 (621 000 casos). En el área del Caribe, Cuba es el país con mayor número de personas diagnosticadas con demencia, estimándose que en la actualidad esta enfermedad afecta al 10.4% de la población mayor de 65 años (Prina et al., 2017). Para el año 2030, el número de personas diagnosticadas con demencia en la mayor de las Antillas superará los 273 mil nuevos casos.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el subtipo más frecuente de demencia, representando entre el 60 y el 80% de todos los casos (Informe ADI/Bupa, 2013). La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, irreversible e incapacitante. Su enorme impacto no se limita a las personas afectadas sino también a sus familiares, quienes frecuentemente actúan como los cuidadores principales, y alcanza además a las economías de los países. Por ejemplo, Reino Unido estima que anualmente el impacto económico de la demencia supera los 26 mil millones de euros. Con el incremento estimado en la prevalencia, para 2050 el gasto superará los 50 mil millones de euros (Lewis et al., 2014). En el continente americano, los gastos asociados a la demencia superan al de otras enfermedades frecuentes como la depresión, la hipertensión, la diabetes, el ictus cerebral y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Liu et al., 2009). Paradójicamente, mientras que los países en vías de desarrollo acumulan dos tercios del total de casos mundiales de demencia, apenas el 10% de las investigaciones poblacionales sobre el tema tienen lugar en dichas naciones (Prina et al., 2017). La problemática se agrava ante la inexistencia de tratamientos farmacológicos que permitan curar o retrasar el progreso de la enfermedad, incrementándose el interés por las intervenciones no-farmacológicas como complemento a las terapias ya existentes (Redolat & Fernández-Ríos, 2019).

En este escenario cobra especial relevancia la Neuropsicología, disciplina que extiende sus fronteras y campos de actuación hacia la prevención del deterioro cognitivo y la promoción de la salud cognitiva. Si bien durante casi toda su evolución la Neuropsicología ha sido identificada como una ciencia orientada al estudio de procesos patológicos (Randolph, 2013), su historia más reciente muestra un cambio orientado hacia un incremento en el número de investigaciones dedicadas a examinar las variables potenciadoras de la salud cognitiva (Pimentel, 2017; Randolph, 2015). Este movimiento emergente responde a un campo que apenas se encuentra en sus inicios, pero que avanza con firmeza y aceleradamente. Denominado “Neuropsicología Positiva”, el enfoque constituye un importante aliado para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030, especialmente en lo concerniente a la potenciación del bienestar y la inclusión de los adultos mayores. Sobre la Neuropsicología Positiva y su papel en el campo de la prevención de las demencias trata este capítulo.

Neuropsicología Positiva: Definición y Dimensiones

La Neuropsicología estuvo, desde sus inicios, centrada en el diagnóstico de

lesiones cerebrales y sus repercusiones en el comportamiento. Con la aparición de las técnicas de neuroimágenes este objetivo quedó relegado a un segundo plano, conllevando a redefinir el objetivo primario del examen neuropsicológico: de la localización topográfica de la lesión, a la intervención y rehabilitación (Ruff, 2003). Desde 1999, la Academia Nacional de Neuropsicología de Estados Unidos (*National Academy of Neuropsychology, NAN*) alerta sobre la necesidad de trascender el enfoque diagnóstico y patogénico, y priorizar la intervención neuropsicológica; definiendo la labor del neuropsicólogo como el salvaguarda de la salud cognitiva (Ruff, 2003).

Se ha enfatizado además en la necesidad de avanzar hacia intervenciones hechas a la medida, que logren la integración de los tratamientos psicoterapéuticos y cognitivos. Sin embargo, la terminología neuropsicológica durante la última década del siglo XX continuó centrada en términos como “paciente”, “enfermedad” y “diagnóstico”.

Solo recientemente se observan intentos de reorientar la Neuropsicología hacia un enfoque orientado a la salud. El aumento del número de investigaciones dirigidas al estudio de factores de riesgo, protectores o potenciadores de la salud cognitiva constituye evidencia de ello (Pimentel, 2017). Dichos resultados avalan la necesidad de trascender hacia una Neuropsicología preventiva (Hall, 2016) y enfocar las investigaciones contemporáneas hacia la identificación de factores biológicos, psicológicos y sociales que potencian la salud cognitiva y prevengan el deterioro (Forstmeier & Maercker, 2008).

Este nuevo enfoque ha sido definido como Neuropsicología Positiva (NP) (*Positive Neuropsychology*) (Randolph, 2015), cuyo objetivo se orienta al estudio y promoción de la salud cognitiva (Randolph, 2018). La NP no se concentra únicamente en el estudio de las personas con alteraciones cognitivas, abarca además a las personas con un funcionamiento cognitivo normal (Broche-Pérez, 2018b). Esta característica es especialmente relevante para la prevención del deterioro, armonizando con el enfoque para el desarrollo sostenible planteado por las Naciones Unidas en su agenda para 2030 (Naciones Unidas, 2018).

Una propuesta teórica para el estudio de la salud cognitiva es el modelo CAPE (*Compensatory, Activity, Prevention, Education*) (Randolph, 2015). Los dominios de este modelo están conformados por las dimensiones Estrategias ¿Compensatorias (cognitivas y afectivas), Participación en actividades cotidianas (físicas, sociales e intelectuales), *Prevención del deterioro cognitivo y Educación* (neuroeducación y neuromitos) (Randolph, 2018).

Aunque actualmente se reconoce la importancia de la salud cognitiva, no existe una clara definición sobre este constructo (Anderson & McConnell, 2007; Broche-Pérez, 2018a). Existe consenso sobre los indicadores del funcionamiento

cognitivo saludable, entre los que se incluyen memoria, pensamiento, solución de problemas, lenguaje, juicio y toma de decisiones, percepción, entre otros (Anderson & McConnell, 2007). Por ejemplo, el *Critical Evaluation Study Committee* (integrado al *Transnational Institutes of Health*, de Estados Unidos) adopta como definición de salud cognitiva no sólo la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo y la preservación de la estructura cognitiva multidimensional que permite mantener la interacción social, un sentido de propósito, y las habilidades que permiten la independencia funcional (Hendrie et al., 2006). Otra definición plantea la salud cognitiva como la posibilidad de disponer de nuestros procesos cognitivos de manera óptima con el objetivo de adaptarnos activamente a nuestro medio (Broche-Pérez, 2018b). Este concepto estima el valor de la salud cognitiva como proceso que facilita la funcionabilidad, constituyendo una garantía de bienestar, independencia funcional y calidad de vida (Medalia & Erlich, 2017).

No obstante, si bien no todos los especialistas en este campo están de acuerdo con “qué es” la salud cognitiva, sí existe comunidad de criterios con aquello “que facilita”. Esto significa que se reconoce en la salud cognitiva un factor fundamental para la adaptación activa de los individuos a su medio social, permitiendo la independencia funcional e incrementando su calidad de vida (Anderson & McConnell, 2007). Debe tenerse en cuenta que la ausencia de salud cognitiva puede ser la razón para que una persona tenga que abandonar sus actividades habituales, no pueda cuidar de sí mismo ni de los suyos, tampoco pueda ser fuente de ingresos para su familia o realizar actividades tan sencillas como tomar un medicamento a la hora indicada o cuidar de su higiene personal.

La Neuropsicología Positiva es especialmente relevante en el escenario de la prevención de la demencia. Un número cada vez más mayor de investigaciones confirman la posibilidad de reducir la incidencia de las demencias (Livingston et al., 2017), y especialmente de la Enfermedad de Alzheimer, si se realizan acciones en los niveles de prevención primario, secundario y terciario (Smith & Yaffe, 2014). La prevención de las demencias cobra mayor importancia si se reconoce que, hasta la fecha, los resultados de ensayos clínicos con fármacos dirigidos a cambiar el curso de la enfermedad han sido decepcionantes (Schneider et al., 2014). Mientras que para otras enfermedades crónicas (como los trastornos cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y el SIDA) existen alternativas terapéuticas multimodales exitosas (Bredesen & John, 2013), en el caso de las demencias las terapias farmacológicas experimentales propuestas no han corrido la misma suerte (Bredesen, 2014). Una de las principales razones que dan al traste con el éxito de estos tratamientos radica en que todos tienen un único objetivo terapéutico, mientras que la patofisiología de la enfermedad es multicausal. Esto implica que al abordar la salud cognitiva se necesiten enfoques integrativos y sistémicos (Bredesen, 2014; Bredesen et al., 2016). De esta forma, resulta necesario repasar la evidencia científica concerniente a la temática de la prevención de las demencias, y cómo los resultados obtenidos hasta el momento podrían tener un favorable impacto en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible para 2030.

¿Prevención de la Demencia?: Sí, prevención es la palabra correcta

Al hablar de prevención se hace referencia al conjunto de acciones que son llevadas a cabo para erradicar, eliminar o minimizar el impacto de un evento. Dentro del campo de las Ciencias Médicas, la prevención suele definirse de acuerdo a tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria (American Psychological Association, 2014).

La prevención primaria hace referencia a los esfuerzos en salud pública para evitar la aparición de una enfermedad antes de que se manifiesten los primeros síntomas. La prevención secundaria es aquella que tiene como objetivo reducir o eliminar los síntomas de una enfermedad una vez que estos síntomas se han hecho evidentes. Por último, la prevención terciaria implica la existencia de un tratamiento que bloquea (interrumpe) la progresión de una enfermedad instaurada. El objetivo de este nivel es reducir la discapacidad y mejorar el pronóstico a largo plazo para aquellas personas en las que se ha diagnosticado el padecimiento (Savica & Petersen, 2011).

La prevención de las demencias, y particularmente de la EA, carece de sentido si no se asume que esta enfermedad es la última fase de un proceso, y no una enfermedad de aparición súbita. Actualmente se reconoce la existencia de un continuo que abarca varias fases o estadios, y que involucra *una etapa de cambios cognitivos normales relacionados con el envejecimiento, una etapa preclínica, una fase de Deterioro Cognitivo Leve (DCL)* hasta llegar al diagnóstico de Demencia (Smith, 2016). A medida que la enfermedad progresa, la cognición del individuo cambia desde una completa preservación (primera etapa) hasta la fase final (donde se afectan significativamente las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, la memoria y el pensamiento) (Giacobini & Gold, 2013).

Los primeros marcadores patofisiológicos de la enfermedad pueden aparecer incluso en personas que no muestran indicios clínicos de la patología, pudiendo comenzar hasta 20 años antes de manifestarse los primeros síntomas comportamentales de la EA (Schneider et al., 2014). Por esta y otras razones, varios de los estudios que actualmente se desarrollan en el campo de la prevención de las demencias se realizan en poblaciones en riesgo, como mejor estrategia para reducir la incidencia y la prevalencia de la enfermedad (Crous-Bou et al., 2017). A continuación, se presenta una revisión sintética de las estrategias actuales para reducir la prevalencia y la incidencia de la demencia (con énfasis en la EA) en los niveles de prevención primario y secundario.

Prevención primaria: Modificación de Factores de Riesgo

En la actualidad existe un importante movimiento que aboga por un enfoque preventivo con relación a las demencias, el cual se concentra fundamentalmente en la modificación de un grupo de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (Ashby-Mitchel et al., 2017; Mukadam et al., 2019; Oliveira et al., 2019; Smith

& Yaffe, 2014; Vos et al., 2017). Sus representantes proponen a los gobiernos desarrollar políticas que promuevan la disminución del consumo de cigarrillos y de alcohol, estimular una dieta rica en vegetales, frutas y carnes blancas, evitar la obesidad, la depresión y la diabetes, así como controlar la presión arterial. Paralelamente, recomiendan divulgar entre el público general que “adoptar un estilo de vida saludable ayuda a detener la demencia como lo hace con otras enfermedades” (Smith & Yaffe, 2014, p. 699).

Se estima que aproximadamente un tercio de los diagnósticos de demencia pueden ser reducidos con el manejo de elementos como estilos de vida saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares (Norton et al., 2014; Smith & Yaffe, 2014). Específicamente, una reducción del 20% de los factores de riesgo por década representaría una disminución de hasta un 30% la incidencia de demencia para el año 2050 (Ashby-Mitchel et al., 2017; Vos et al., 2017). Un aspecto fundamental en este enfoque es determinar qué factores de riesgo considerar y en qué época de la vida es más importante su manejo. Una revisión reciente sugiere que los factores como la diabetes, la hipertensión, la depresión, el sedentarismo y fumar, son más relevantes en la adultez media (Livingston et al., 2017). Por ejemplo, la educación en edades tempranas, incrementar la actividad física y del compromiso social, reducir el consumo de cigarrillos, el control de la hipertensión y de la diabetes, constituyen factores protectores frente a la demencia (Livingston et al., 2017). Se afirma que un estilo de vida saludable es tan beneficioso para la prevención de demencias como para otras enfermedades crónicas no transmisibles (Barnett et al., 2013).

El estudio más completo sobre este tema fue desarrollado por Mukadam et al. (2019) quienes evaluaron nueve factores de riesgo potencialmente modificables (educación en la infancia, dificultades auditivas en la adultez media, hipertensión, obesidad, hábito de fumar, depresión, inactividad física, aislamiento social y diabetes) en poblaciones de países con ingresos bajos y medios. Del continente americano estuvieron incluidos países como Cuba, México, República Dominicana, Perú, Puerto Rico y Venezuela. Los resultados mostraron que la reducción de los factores de riesgo considerados implicaría una disminución del 56% de los casos futuros de demencia en Latinoamérica. Los autores estratificaron además los factores de riesgo por etapas del desarrollo. Por ejemplo, incrementar la escolarización en las etapas tempranas de la vida podría reducir en un 11% la incidencia de demencia en la región. Por su parte, atender en la edad media (madurez) las dificultades auditivas, reducir la hipertensión y la diabetes implicaría una reducción del 25% de los nuevos diagnósticos de demencia en el área geográfica. Además, si en la tercera edad se reduce el consumo de cigarrillos, se maneja la depresión, se incrementa la actividad física, se controla la diabetes y se reduce el aislamiento social se podrían prevenir el 21% de los casos de demencia que se prevén en el futuro.

Adicionalmente, existen interesantes resultados que consideran no solamente los factores de riesgo antes mencionado, sino además el efecto de procesos psicológicos “positivos” sobre el funcionamiento cognitivo. Estos procesos actuarían como factores protectores del declive cognitivo en la tercera edad. Por ello resulta cada vez más frecuente el estudio de constructos como el optimismo, el bienestar, la resiliencia y la satisfacción con la vida (Broche-Pérez, 2018b).

Por ejemplo, Allerhand et al. (2014) realizó una investigación longitudinal donde se estimó la asociación entre el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo en una muestra con de 10,985 participantes con edades comprendidas entre los 50 y los 90 años. Los autores reportan que las mayores variaciones en las puntuaciones del funcionamiento cognitivo se explicaban mejor a partir de la edad, mientras que las puntuaciones del bienestar se explicaban mejor a partir de la existencia o no de síntomas de depresión. Por otra parte, cuando se controlaron las variables edad y depresión se comprobó la existencia de asociación entre el bienestar y el rendimiento cognitivo, donde los adultos con mayores niveles de bienestar psicológico también mostraban un funcionamiento cognitivo superior (Allerhand et al., 2014).

Otro ejemplo es un estudio realizado por Goveas et al. (2016) quienes condujeron una investigación longitudinal con el objetivo de determinar los predictores del funcionamiento cognitivo preservado en adultos mayores con más de 80 años, en una muestra de 1,905 participantes. Entre las variables estudiadas se encontraban el hábito de fumar, la actividad física, el consumo de alcohol, calidad del sueño, apoyo social y la existencia de eventos estresores. Se incluyeron además mediciones del nivel de optimismo, depresión, felicidad y el bienestar emocional. Los resultados mostraron un mejor funcionamiento cognitivo en los adultos mayores con niveles más elevados de bienestar emocional y menos tendencia a la depresión (Goveas et al., 2016). Aunque el estudio del impacto de los procesos psicológicos positivos y su relación con la cognición en la adultez mayor se encuentra en su infancia, constituye uno de los campos más promisorios en la temática de la salud cognitiva. Por ejemplo, ya existen evidencias que sugieren que la afectividad positiva está asociada con un mayor volumen de materia gris en la región parahipocampal del giro dentado, el precuneus y el córtex prefrontal ventromedial izquierdo (Luo et al., 2017; Shi et al., 2018).

Todavía no existe total claridad sobre los mecanismos de acción que median entre los factores de riesgo identificados y el deterioro cognitivo durante el envejecimiento. En este sentido, se ha establecido una asociación entre el riesgo vascular y la diabetes con la deposición de plaquetas beta-amiloides (Gottesman et al., 2017; Langa, 2015). La hipertensión arterial en la adultez media, y no en la adultez mayor, ha sido asociada también con un aumento del 50% en las probabilidades de desarrollar EA. El aumento en la presión arterial podría comprometer la integridad de la barrera hematoencefálica, conllevando a la extravasación de proteínas en el tejido cerebral, implicando daño celular, apoptosis

y un incremento en la acumulación de proteína beta-amiloide (Deane et al., 2004). En el caso del ejercicio físico se han propuesto mecanismos que involucran la activación de la plasticidad cerebral, la reserva cognitiva, la estimulación de la neurogénesis y la reducción de la inflamación (Rolland et al., 2008; Vos et al., 2017). Mientras tanto, el hábito de fumar se relaciona, aproximadamente, con el 14% de los diagnósticos de demencia, y las hipótesis sobre su efecto sobre la cognición se debaten entre los efectos oxidativos y las respuestas inflamatorias (Durazzo et al., 2014).

Este aumento de la evidencia empírica contrasta con la persistencia en el público general y en el personal sanitario de creencias erróneas y mitos relacionados con la demencia y su prevención. De aquí que sea tan importante, en primer lugar, explorar en el público general el nivel de conocimiento relacionado con las demencias, sus factores de riesgo y también la existencia de creencias erróneas y mitos relacionados con esta enfermedad. En segundo lugar, resulta imprescindible e impostergable acercar el conocimiento científico al público general a través de acciones de comunicación social y de divulgación científica. No se debe esperar que, de manera espontánea, el público general se suscriba a *Science*, *Nature* o *The Lancet*. Es nuestra obligación acercar la ciencia a quienes más pueden beneficiarse de sus resultados. El primer objetivo permitirá establecer una línea base sobre el nivel de conocimientos existentes, los mitos a los que nos enfrentamos y las creencias erróneas que debemos desconstruir. El segundo objetivo constituye un primer paso que podría potenciar el cambio.

Mitos sobre la Demencia y la Salud Cognitiva

Los mitos y estigmas sobre la demencia varían de acuerdo a la cultura y generalmente se estructuran alrededor de dimensiones como la intervención temprana y el diagnóstico. Contrario a lo que podría pensarse, los profesionales de la salud son especialmente vulnerables a los mitos sobre la demencia (Vernooij-Dassen et al., 2005). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Australia reveló que el personal de salud mostraba un pobre conocimiento sobre las demencias, así como creencias erróneas en cuanto a la promoción de salud en el marco de esta enfermedad (Annear, 2020). La ruptura con algunos de estos mitos y conocimientos erróneos es una premisa para abordar la prevención de la demencia y la promoción de la salud cognitiva. Al respecto, recientes investigaciones muestran resultados interesantes. Por ejemplo, uno de los mitos más extendidos plantea que el deterioro cognitivo es un tema concerniente únicamente a la adultez mayor.

Sobre este tema, en un estudio realizado por Hartshorne and Germine (2015) comprobó, en una muestra con edades entre 10 y 90 años de edad, una disminución del funcionamiento en varios dominios cognitivos para diferentes etapas del desarrollo. Por otra parte, Blazer et al. (2015) plantean que las habilidades de razonamiento inductivo y deductivo comienzan a declinar en la adultez media y no en la adultez mayor como piensa una gran parte del público general (y también algunos especialistas). Recientemente, se describe que el envejecimiento cognitivo

normativo se caracteriza por un declive lineal que comienza en la adultez temprana, fundamentalmente en procesos como la velocidad de procesamiento, la memoria y el razonamiento (Salthouse, 2019). Estos argumentos contradicen la creencia popular de que el declive cognitivo es un problema solo de adultos mayores (Broche-Pérez, 2018a).

Otro mito bastante extendido plantea que la neuroplasticidad no existe en la tercera edad (Broche-Pérez, 2018a). Sin embargo, existen resultados que contradicen esta creencia. Es cierto que la evidencia empírica sugiere que, en comparación con etapas anteriores de la vida, los adultos mayores muestran una disminución en la neuroplasticidad (entendida como la capacidad de las células cerebrales y los circuitos neurales de modificarse en respuesta a factores internos y externos) (Livingston et al., 2017). Sin embargo, estos autores describen que las actividades cognitivas de ocio y la práctica de ejercicio físico (específicamente 40 minutos de caminatas con una frecuencia semanal de tres ocasiones) permiten incrementar el volumen de estructuras cerebrales como el hipocampo, tanto en adultos jóvenes como en adultos mayores. Además, los resultados de intervenciones multidominio, que combinan el entrenamiento cognitivo, la práctica de ejercicios de Tai Chi y el asesoramiento grupal, sugieren que es posible retardar el envejecimiento cerebral, así como mejorar el metabolismo en regiones comúnmente afectadas por la edad, incrementando la conectividad entre regiones como el córtex prefrontal y el lóbulo temporal (Li et al., 2014). Incluso se ha comprobado que los efectos resultantes de la estimulación cognitiva en los adultos mayores pueden perdurar en el tiempo en un rango que abarca desde los 3 hasta los 5 años, dependiendo del tipo de intervención (Jedrzejewski et al., 2014).

Frecuentemente aparece como otro de los mitos el hecho de que, con el envejecimiento, se presenta un deterioro de todos los procesos cognitivos. Sin embargo, existen argumentos que indican que aunque algunos procesos cognitivos muestran deterioro, otros muestran estabilidad e incluso se consolidan en las últimas décadas de la vida (Blazer et al., 2015). Por ejemplo, mientras las habilidades verbales pueden deteriorarse, el vocabulario y la comprensión del significado de las palabras se mantienen estables con el paso de los años (Blazer et al., 2015). Los resultados anteriores sustentan dos premisas fundamentales. En primer lugar se debe asumir que el envejecimiento es un proceso y no un resultado y en segundo lugar que el envejecimiento no es por sí mismo una enfermedad (Browne & Nair, 2018). Para desconstruir estos mitos y las falsas creencias relacionadas con la salud cognitiva y las demencias es fundamental incrementar las acciones de neuroeducación, no solamente dirigidas al público general, sino además al personal especializado que trabaja con adultos mayores y poblaciones vulnerables. El vacío de conocimiento debe ser llenado por información basada en la evidencia, y esta a su vez debe ser transmitida de la manera más sencilla y accesible posible, sin restarle rigor científico. La existencia de conocimiento adecuado no siempre garantiza el cambio hacia comportamientos más saludables, pero la ausencia de

conocimiento o en su lugar, los mitos y las falsas creencias, abonan el camino a la enfermedad.

Prevención Secundaria: Iniciativas en Salud Cognitiva

Tomando como referencia la promoción de salud cognitiva y la prevención de las demencias han surgido interesantes experiencias dirigidas específicamente a la potenciación de salud cognitiva, tanto en poblaciones psiquiátricas, el público general, como en personas con déficit cognitivos específicos (Deterioro Cognitivo Leve, Demencias, etc.). Estas intervenciones toman como referencia los resultados obtenidos desde la prevención primaria, convirtiéndose en estrategias relevantes para la prevención de la enfermedad demencial. Considerando que en la actualidad no existe tratamiento farmacológico que permita curar o enlentecer el avance de la EA y otros tipos de demencia, se ha incrementado en los últimos años el interés por las intervenciones no-farmacológicas (Redolat & Fernández-Ríos, 2019), que permitan en el caso de los pacientes con EA potenciar el funcionamiento cognitivo, reduciendo los síntomas clínicos y comportamentales de la enfermedad. Sin embargo, este enfoque no-farmacológico es también muy útil en el diseño de acciones de prevención y ya existen evidencias de su efectividad en grupos específicos y a nivel poblacional.

De esta forma podemos mencionar la iniciativa Cognitive Remediation to Promote Recovery (CR2PR) (Medalia & Erlich, 2017); *The Healthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health* (Centers for Disease Control and Prevention & Alzheimer's Association, 2007); *My Mind Project* especialmente concebido para pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y EA (Giuli et al., 2016); *el Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability* (FINGER) (Coley et al., 2019; Ngandu et al., 2015); *el Prevention of Vascular Dementia by Intensive Care* (PreDIVA) (Richard et al., 2009); *el Multidomain Alzheimer Preventive Trial* (Vellas et al., 2014) y más recientemente *el Healthy Ageing Through Internet Counseling in the Elderly* (HATICE) (Richard et al., 2016), una iniciativa online orientada a comprobar la efectividad de las intervenciones multidominio en adultos mayores en riesgo de padecer demencia. Conviene repasar brevemente algunas de estas iniciativas, así como los resultados más relevantes obtenidos hasta la fecha.

El primer proyecto de intervención orientado a la promoción de salud cognitiva en Estados Unidos se conoce como *Cognitive Remediation to Promote Recovery* (CR2PR) (Medalia & Erlich, 2017). Esta iniciativa se orienta a la promoción de salud cognitiva en pacientes con enfermedades psiquiátricas. Desde 2015, el CR2PR se ha implementado en 13 centros de atención psiquiátrica para la atención de personas en edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad, mostrando excelentes resultados en la promoción de salud cognitiva en paciente psiquiátricos.

Otra iniciativa surgió de la Asociación de Alzheimer, denominada *The Healthy Brain Initiative: A National Public Health Road Map to Maintaining Cognitive Health*

(Centers for Disease Control and Prevention & Alzheimer's Association, 2007). The Healthy Brain Initiative tiene entre sus objetivos principales el desarrollo de políticas públicas que fomenten la salud cognitiva, con énfasis en la prevención de las demencias y la formación de competencias de los recursos humanos, así como la educación y empoderamiento de la población general en este tema tan sensible.

En esta línea de trabajo, se encuentra además My Mind Project (Giuli et al., 2016), diseñado para adultos mayores con diagnóstico de DCL y EA. El programa de intervención implementado a través de esta iniciativa mejoró el desempeño de los adultos mayores, incorporando de manera particular modificaciones del estilo de vida como parte de la intervención. En este marco también se han desarrollado ensayos clínicos aleatorizados. Por ejemplo, el primero de ellos a gran escala, denominado *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability* (FINGER), incluyó una intervención longitudinal multidominio a lo largo de dos años. Los 1200 participantes de FINGER presentan un riesgo elevado de desarrollar deterioro cognitivo. Hasta la fecha, los resultados de este programa a gran escala (con un diseño de ensayo clínico aleatorizado), han demostrado que las intervenciones multidominio que incluyen modificación de la dieta, ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y control de los riesgos vasculares pueden potenciar y mantener el funcionamiento cognitivo en los adultos mayores que presentan elevado riesgo de demencia (Coley et al., 2019; Ngandu et al., 2015).

También podemos hacer mención a la iniciativa Multidomain Alzheimer Preventive Trial (Vellas et al., 2014), cuyo objetivo consistió en evaluar la eficacia de una intervención multidominio en la reducción del declive cognitivo en una muestra de más de 1600 adultos mayores. La intervención incluyó asesoría nutricional, ejercicio físico y entrenamiento cognitivo. Luego de un periodo de seguimiento de 3 años, hasta la fecha no se ha comprobado que la intervención tenga un efecto en la reducción del declive cognitivo. Sin embargo, los críticos al ensayo han sugerido que la media de edad de la muestra al inicio del estudio podría haber sido muy alta (70 años), y además que haber establecido como criterio de inclusión la presencia de quejas subjetivas de memoria pudieron ser factores que modularan los resultados, impidiendo observar un efecto potenciador de la salud cognitiva (Crous-Bou et al., 2017).

Resulta paradójico que las iniciativas mencionadas provengan de naciones con elevados ingresos, donde el impacto a mediano y largo plazo de las demencias será mucho menor en comparación con las naciones de ingresos medios y bajos (Prina et al., 2017). Al respecto, países como México, Costa Rica y Cuba cuentan ya con estrategias para abordar el síndrome demencial y la Enfermedad de Alzheimer (Bosch-Bayard et al., 2016), pudiéndose realizar acciones orientadas a la promoción de salud cognitiva dentro del marco de estos planes nacionales. Sin embargo, estos planes están diseñados, fundamentalmente, para trabajar con personas que ya presentan el diagnóstico de la enfermedad, no así con poblaciones cognitivamente saludables que se encuentran en riesgo.

Un ejemplo de acción llevada a cabo por un país de la región es el caso de la Iniciativa Cubana en Salud Cognitiva (CogniciON). Esta iniciativa tiene como objetivo fundamental la promoción de la salud cognitiva y la prevención de las demencias a partir del trabajo en tres dimensiones principales: la exploración de creencias y conocimiento general sobre la salud cognitiva y la demencia; la dimensión educativa-formativa con acciones de sensibilización al público general sobre los factores de riesgo para el desarrollo de demencias y la formación de los recursos humanos en el área de la salud pública; y la dimensión investigación- implementación, que se orienta al desarrollo de intervenciones y puesta en práctica de acciones basadas en la evidencia que potencien la salud cognitiva, tanto en poblaciones vulnerables y en riesgo, así como en pacientes con DCL y demencia (Broche-Pérez, 2018a).

No obstante, el número de iniciativas en la región latinoamericana y caribeña todavía es insuficiente. Para lograr un mayor número de acciones en este campo, resulta imprescindible incrementar la cooperación entre las naciones más vulnerables, aumentar el financiamiento a proyectos de investigación en esta área, propiciar el diseño de esquemas de formación de los recursos humanos involucrados, desarrollar proyectos de investigación que atiendan las particularidades socioculturales y económicas de cada región y además contar con la voluntad política que permita la implementación de los resultados obtenidos. De esta manera se podrá avanzar en el logro de objetivos estratégicos para la región latinoamericana y caribeña.

Conclusiones

A nivel mundial, y especialmente en nuestra región, acudimos a un escenario demográfico sin precedentes en la historia de la humanidad. El número de personas mayores de 60 años se incrementa considerablemente, al mismo tiempo que se reducen la natalidad y la fecundidad. Esta realidad ha sido considerada dentro de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, la cual establece un plan de acción universal que enfatiza en los grupos más vulnerables, incluidos los adultos mayores, donde se les reconoce como agentes activos del desarrollo social, como principal garantía para alcanzar un desarrollo inclusivo, sostenible y transformador. En este escenario, garantizar un envejecimiento saludable constituye un reto ineludible para los gobiernos y, especialmente, para los sistemas de salud.

Se reconoce que las demencias (y particularmente la Enfermedad de Alzheimer), se encuentran entre las enfermedades de mayor prevalencia entre los adultos mayores, constituyendo actualmente un obstáculo para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030. Esta enfermedad neurodegenerativa es progresiva, irreversible e incapacitante, teniendo un enorme impacto en las personas afectadas, en los familiares que frecuentemente actúan como los cuidadores principales, y además en las economías de los países. Si consideramos que no existen tratamientos farmacológicos que permitan curar o retrasar el

progreso de la enfermedad, las intervenciones no-farmacológicas cobran una relevancia especial, y de modo especial la Neuropsicología Positiva, disciplina cuyo objetivo se orienta al estudio y promoción de la salud cognitiva. La Neuropsicología Positiva es especialmente relevante en el escenario de la prevención de la demencia y el fomento de la salud cognitiva.

En este capítulo se presentaron las evidencias que avalan el diseño de acciones de prevención de las demencias desde los niveles primario (reducción de factores de riesgo modificables) y secundario (diseño de iniciativas para promover salud cognitiva y prevenir las demencias). Nuestra propuesta considera tres líneas de trabajo fundamentales que incluyen 1) el estudio del conocimiento y las creencias sobre las demencias tanto en la población general como en el personal sanitario, 2) la sensibilización del público general sobre los factores de riesgo para el desarrollo de demencias (y las acciones de prevención a implementar) así como la formación de los recursos humanos en el área de la salud pública y 3) el diseño e implementación de intervenciones basadas en la evidencia que potencien la salud cognitiva, tanto en poblaciones vulnerables, así como en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y distintos tipos de demencia. Para lograr un mayor número de acciones en este campo, resulta imprescindible incrementar la cooperación entre las naciones más vulnerables, aumentar el financiamiento a proyectos de investigación en esta área, propiciar el diseño de esquemas de formación de los recursos humanos involucrados, desarrollar proyectos de investigación que atiendan las particularidades socioculturales y económicas de cada región y además contar con la voluntad política que permita la implementación de los resultados obtenidos. En lo concerniente al envejecimiento saludable nuestra mejor alternativa continúa siendo la prevención y la Neuropsicología Positiva una aliada inestimable para conseguir este objetivo. Podemos lograrlo y estamos obligados a intentarlo.

Referencias

- Allerhand, M., Gale, C. R., & Deary, I. J. (2014). The Dynamic Relationship Between Cognitive Function and Positive Well-Being in Older People: A Prospective Study Using the English Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging, 29*(2), 306–318. <https://doi.org/10.1037/a0036551>
- American Psychological Association. (2014). Guidelines for Prevention in Psychology. *American Psychologist, 69*(3), 285–296. <https://doi.org/10.1037/a0034569>
- Anderson, L. A., & McConnell, S. R. (2007). Cognitive health: An emerging public health issue. *Alzheimer's & Dementia 3*, 570–573. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.01.018>
- Annear, M. J. (2020). Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *Journal of Applied Gerontology, 39*(1), 62–73. <https://doi.org/10.1177/0733464817752085>
- Ashby-Mitchel, K., Burns, R., Shaw, J., & Antsey, K. J. (2017). Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. *Alzheimer's Research & Therapy, 9*(11). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0238-x>
- Barnett, J. H., Hachinski, V., & Blackwell, A. D. (2013). Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. *BMC Medicine, 11*, 246. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/246>
- Blazer, D. G., Yaffe, K., & Liverman, C. T. (Eds.). (2015). *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*. The National Academies Press.
- Bosch-Bayard, R. I., Llibre-Rodríguez, J. J., Fernández-Seco, A., Borrego-Calzadilla, C., Carrasco-García, M. R., Zayas-Llerena, T., Moreno-Carbonell, C. R., & Raymond-Vasconcelos, A. G. (2016). Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. *MEDICC Review, 18*(4), 9–13.
- Bredesen, D. E. (2014). Reversal of cognitive decline: A Novel Therapeutic program. *Aging, 6*(9), 707–717. <https://doi.org/10.18632/aging.100690>
- Bredesen, D. E., Amos, E. C., Canick, J., Ackerley, M., Raji, C., Fiala, M., & Ahdidan, J. (2016). Reversal of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Aging, 8*(6). <https://doi.org/10.18632/aging.100981>
- Bredesen, D. E., & John, V. (2013). Next generation therapeutics for Alzheimer's disease. *EMBO Mol Med*(5), 795–798. <https://doi.org/10.1002/emmm.201202307>

Broche-Pérez, Y. (2018a). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 153-165.

Broche-Pérez, Y. (2018b). Neuropsicología Positiva: Nuevo Enfoque, Nuevas Oportunidades. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 13(2), 45-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.5839/rcnp.2018.13.02.08>

Browne, W., & Nair, B. K. R. (2018). Physiology of Ageing. In B. K. R. Nair (Ed.), *Geriatric Medicine: a problem-based approach*. Springer Nature Singapore Pte. Ltd and Byword Books Private Limited. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-3253-0>

Centers for Disease Control and Prevention, & Alzheimer's Association (Eds.). (2007). *The Healthy Brain Initiative: a national public health road map to maintaining cognitive health*. Alzheimer's Association, .

Coley, N., Ngandu, T., Lehtisalo, J., Soininen, H., Vellas, B., Richard, E., Kivipelto, M., & Andrieu, S. (2019). Adherence to multidomain interventions for dementia prevention: Data from the FINGER and MAPT trials. *Alzheimer's & Dementia* (15), 729-741. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.03.005>

Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N., & Molinuevo, J. L. (2017). Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(71). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>

Deane, R., Wu, Z., & Zlokovic, B. V. (2004). RAGE (Yin) versus LRP (Yang) balance regulates Alzheimer amyloid β -peptide clearance through transport across the blood-brain barrier. *Stroke*, 35(11), 2628-2631. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000143452.85382.d1>

Dugarova, E. (2017). Ageing, Older Persons And The 2030 Agenda For Sustainable Development. United Nations.

Durazzo, T. C., Mattsson, N., Weiner, M. W., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2014). Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimer's & Dementia*, 10, 122-145. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.04.009>

Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational Reserve: Lifetime Motivational Abilities Contribute to Cognitive and Emotional Health in Old Age. *Psychology and Aging* 23(4), 886-899. <https://doi.org/10.1037/a0013602>

GBD 2016 Neurology Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*, 18, 459-480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)

Giacobini, E., & Gold, G. (2013). Alzheimer disease therapy—moving from amyloid- β to tau. *Nature Reviews Neurology*, 9(12), 677. <https://doi.org/10.1038/nr-neurol.2013.223>

Giuli, C., Papa, R., Lattanzio, F., & Postacchini. (2016). The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project. *Rejuvenation Research*, 19(6), 485-494. <https://doi.org/10.1089/rej.2015.1791>

Gottesman, R. F., Schneider, A. L., Zhou, Y., Coresh, J., Green, E., Gupta, N., & Wagenknecht, L. E. (2017). Association between midlife vascular risk factors and estimated brain amyloid deposition. *JAMA*, 317(14), 1443-1450. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3090>

Goveas, J. S., Rapp, S. R., Hogan, P. E., Driscoll, I., Tindle, H. A., Smith, J. C., Kesler, S. R., Zaslavsky, O., Rossom, R. C., Ockene, J. K., Yaffe, K., Manson, J. E., Resnick, S. M., & Espeland, M. A. (2016). Predictors of Optimal Cognitive Aging in 80+ Women: The Women's Health Initiative Memory Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 71(1), 62-71. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv055>

Hall, P. A. (2016). Prevention Neuroscience: A new frontier for preventive medicine. *Preventive Medicine*(86), 114-116. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.020>

Hartshorne, J. K., & Germine, L. T. (2015). When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the lifespan. *Psychol Science*, 26(4), 433-443. <https://doi.org/10.1177/0956797614567339>

Hendrie, H. C., Albert, M. S., Butters, M., Gao, S., Knopman, D., Launer, L. J., Yaffe, K., Cuthbert, B. N., Edwards, E., & Wagsted, M. V. (2006). The NIH Cognitive and Emotional Health Project. Report of the Critical Evaluation Study Committee. *Alzheimer's & Dementia* 2, 12-32. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2005.11.004>

Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos* (LC/PUB.2018/24-P). (Libros de la CEPAL, Issue 154).

Informe ADI/Bupa. (2013). La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. *Alzheimer's Disease International* (ADI). <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>

Jedrziwski, m. K., Ewbank, D. C., Wang, H., & Trojanowski, J. Q. (2014). The Impact of Exercise, Cognitive Activities, and Socialization on Cognitive Function: Results From the National Long-Term Care Survey. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(4), 372-378. <https://doi.org/10.1177/1533317513518646>

Langa, K. M. (2015). Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? *Alzheimer's Research & Therapy* 7(34). <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0118-1>

Lewis, F., Karlsberg-Schaffer, S., Sussex, J., O'Neill, P., & Cockcroft, L. (2014). *The Trajectory of Dementia in the UK Making a Difference*. Office of Health Economics.

Li, R., Zhu, X., Yin, Y., Zheng, Z., Huang, X., Wang, B., & Li, J. (2014). Multimodal intervention in older adults improves resting-state functional connectivity between the medial prefrontal cortex and medial temporal lobe. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6(39). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00039>

Liu, Z., Albanese, E., Li, S., Huang, Y., Ferri, C., & Yan, F. (2009). Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *BMC Public Health*(9). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-394>

Livingston, G., Sommerland, A., Orgeta, V., Costagreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., & Cohen-Mansfield, J. (2017). Dementia prevention, intervention and care. *Lancet*, 390, 2673-2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Luo, Y., Qi, S., Chen, X., You, X., Huang, X., & Yang, Z. (2017). Pleasure attainment or self-realization: the balance between two forms of well-beings are encoded in default mode network. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1678-1686. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx078>

Medalia, A., & Erlich, M. (2017). Why Cognitive Health Matters. *Am J Public Health*, 107(1), 45-47. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303544>

Mukadam, N., Sommerland, A., Huntley, J., & Livingston, G. (2019). Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Global Health*, 3, 596-603. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30074-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30074-9)
[Record #870 is using a reference type undefined in this output style.]

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2015, 2015/06/06/). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13(8), 788-794. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X)

Oliveira, D., Jun-Otuyama, L., & Mabunda, D. (2019). Reducing the number of people with dementia through primary prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: an analysis of population-based data. *J Alzheimers Dis*. <https://doi.org/10.3233/JAD-180636>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*. Informe de la Directora General (A70/28). Organización Mundial de la Salud.

Pernecky, R. (2019). Dementia prevention and reserve against neurodegenerative disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(1).

Pimentel, P. (2017). The Brave New World of Positive Neuropsychology. *Applied Neuropsychology: Adult*, 24(2), 98-99. <https://doi.org/10.1080/23279095.2016.1269489>

Prina, A. M., Acosta, D., Acosta, I., Guerra, M., Huang, Y., Jotheeswaran, A. T., Jimenez-Velazquez, I. Z., Liu, Z., Llibre-Rodríguez, J. J., Salas, A., Sosa, A. L., Williams, J. D., & Prince, M. (2017). Cohort Profile: The 10/66 study. *International Journal of Epidemiology*, 46(2), 406-406i. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw056>

Randolph, J. J. (Ed.). (2013). *Positive neuropsychology: evidence-based perspectives on promoting cognitive health*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6605-5>.

Randolph, J. J. (2015). Positive Neuropsychology: A Framework for Cognitive Health *NAN Bulletin*, 29(2), 25-27.

Randolph, J. J. (2018). Positive neuropsychology: The science and practice of promoting cognitive health. *Applied Neuropsychology: Adult*, 25(4), 287-294. <https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1457465>

Redolat, R., & Fernández-Ríos, M. (2019). Towards a more Comprehensive Approach to Non-Pharmacological Therapies for Alzheimer's Disease and other Dementias. *SM Gerontology and Geriatric Research*, 3(1), 1019. <https://doi.org/10.36876/smger.1019>

Richard, E., Jongstra, S., Soininen, H., Brayne, C., van Charante, E. P. M., Meiller, Y., & Ngandu, T. (2016). Healthy ageing through internet counselling in the elderly: the HATICE randomised controlled trial for the prevention of cardiovascular disease and cognitive impairment. *BMJ Open*, 6(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010806>

Richard, E., Van den Heuvel, E., van Charante, E. P. M., Achthoven, L., Vermeulen, M., Bindels, P. J., & Van Gool, W. A. (2009). Prevention of dementia by intensive vascular care (PreDIVA): a cluster-randomized trial in progress. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(3), 198-204. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31819783a4>

Rolland, Y., van Kan, G. A., & Vellas, B. (2008). Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(6), 390-405. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.02.007>

Ruff, R. M. (2003). A friendly critique of neuropsychology: facing the challenges of our future. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 847-864. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2003.07.002>

Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and Aging*, 34(1), 17-24. <https://doi.org/10.1037/pag0000288>

Savica, R., & Petersen, R. C. (2011). Prevention of Dementia. *Psychiatr Clin North Am*, 34(1), 127-145. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.006>

Schneider, L. S., Mangialasche, F., Andreasen, N., Feldman, H., Giacobini, E., Jones, R., & Kivipelto, M. (2014). Clinical trials and late-stage drug development for Alzheimer's disease: an appraisal from 1984 to 2014. *Journal of Internal Medicine*, 257(3), 251-283. <https://doi.org/10.1111/joim.12191>

Shi, L., Sun, J., Wu, X., Wei, D. Q. C., Yang, W., Chen, H., & Qiu, J. (2018). Brain networks of happiness: dynamic functional connectivity among the default, cognitive and salience networks relates to subjective well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(8), 851-862. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy059>

Smith, A. D., & Yaffe, K. (2014). Dementia (Including Alzheimer's Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *Journal of Alzheimer's Disease* 38, 699-703. <https://doi.org/10.3233/JAD-132372>

Smith, G. E. (2016). *Healthy Cognitive Aging and Dementia Prevention*. *Am. Psychol.*, 71(4), 268-275. <https://doi.org/10.1037/a0040250>

Vellas, B., Carrie, I., Gillette-Guyonnet, S., Touchon, J., Dantoine, T., Dartigues, J. F., Cuffi, M. N., Bordes, S., Gasnier, Y., Robert, P., Bories, L., Rouaud, O., Desclaux, F., Sudres, K., Bonnefoy, M., Pesce, A., Dufouil, C., Lehericy, S., Chupin, M., Mangin, J. F., & Andrieu, S. (2014). Mapt Study: A Multidomain Approach for Preventing Alzheimer's Disease: Design and Baseline Data. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 1(1), 13-22.

Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., Lepeleire, J. D., Leuschner, A., Zanetti, O., Rotrou, J., Kenny, G., Franco, M., Vincent, P., & Iliffe, S. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*(20), 377-386. <https://doi.org/10.1002/gps.1302>

Vos, S. J. B., van Boxtel, M. P. J., Schiepers, O. J. G., Deckers, K., de Vugt, M., Carriere, I., Dartigues, J. F., Peres, K., Artero, S., Ritchie, K., Galluzzo, L., Scafato, E., Frisoni, G. B., Huisman, M., Comijs, H. C., Sacuiu, S. F., Skoog, I., Irving, K., O'Donnell, C. A., Verhey, F. R. J., Visser, P., & Kohler, S. (2017). Modifiable Risk Factors for Prevention of Dementia in Midlife, Late Life and the Oldest-Old: Validation of the LIBRA Index. *Journal of Alzheimer's Disease* 58, 537-547. <https://doi.org/10.3233/JAD-161208>

Savica, R., & Petersen, R. C. (2011). Prevention of Dementia. *Psychiatr Clin North Am*, 34(1), 127-145. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.006>

Schneider, L. S., Mangialasche, F., Andreasen, N., Feldman, H., Giacobini, E., Jones, R., & Kivipelto, M. (2014). Clinical trials and late-stage drug development for Alzheimer's disease: an appraisal from 1984 to 2014. *Journal of Internal Medicine*, 257(3), 251-283. <https://doi.org/10.1111/joim.12191>

Shi, L., Sun, J., Wu, X., Wei, D. Q. C., Yang, W., Chen, H., & Qiu, J. (2018). Brain networks of happiness: dynamic functional connectivity among the default, cognitive and salience networks relates to subjective well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(8), 851-862. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy059>

Smith, A. D., & Yaffe, K. (2014). Dementia (Including Alzheimer's Disease) can be Prevented: Statement Supported by International Experts. *Journal of Alzheimer's Disease* 38, 699-703. <https://doi.org/10.3233/JAD-132372>

Smith, G. E. (2016). *Healthy Cognitive Aging and Dementia Prevention*. *Am. Psychol.*, 71(4), 268-275. <https://doi.org/10.1037/a0040250>

Vellas, B., Carrie, I., Gillette-Guyonnet, S., Touchon, J., Dantoine, T., Dartigues, J. F., Cuffi, M. N., Bordes, S., Gasnier, Y., Robert, P., Bories, L., Rouaud, O., Desclaux, F., Sudres, K., Bonnefoy, M., Pesce, A., Dufouil, C., Lehericy, S., Chupin, M., Mangin, J. F., & Andrieu, S. (2014). Mapt Study: A Multidomain Approach for Preventing Alzheimer's Disease: Design and Baseline Data. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 1(1), 13-22.

Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., Lepeleire, J. D., Leuschner, A., Zanetti, O., Rotrou, J., Kenny, G., Franco, M., Vincent, P., & Iliffe, S. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*(20), 377-386. <https://doi.org/10.1002/gps.1302>

Vos, S. J. B., van Boxtel, M. P. J., Schiepers, O. J. G., Deckers, K., de Vugt, M., Carriere, I., Dartigues, J. F., Peres, K., Artero, S., Ritchie, K., Galluzzo, L., Scafato, E., Frisoni, G. B., Huisman, M., Comijs, H. C., Sacuiu, S. F., Skoog, I., Irving, K., O'Donnell, C. A., Verhey, F. R. J., Visser, P., & Kohler, S. (2017). Modifiable Risk Factors for Prevention of Dementia in Midlife, Late Life and the Oldest-Old: Validation of the LIBRA Index. *Journal of Alzheimer's Disease* 58, 537-547. <https://doi.org/10.3233/JAD-161208>

World Health Organization. (2018). *WHO clinical consortium on healthy ageing 2017: focus: development of comprehensive assessments and care plans: report of consortium meeting* (WHO/FWC/ALC/18.1). World Health Organization.

Zurique, C., Cadena, M. O., Zurique, M., Camacho, P. A., Sánchez, M., Hernández, S., Velásquez, K., & Ustate, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 54(6), 346-355. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>

MODELO PSICOGERONTOLÓGICO INTEGRAL PARA ENVEJECER SATISFACTORIAMENTE

Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Margie Stefania Quintero Mantilla

Universidad Pontificia Bolivariana

Resumen

En respuesta a las necesidades de la población mayor respecto a la atención, evaluación e intervención adecuada, en el año 2010 se crea en la ciudad de Bucaramanga el Modelo Psicogerontológico Integral, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores de la región, en sus líneas de trabajo: clínica, neuropsicológica, lúdico-educativa, interdisciplinaria, grupos y líderes, y familia. Este modelo se ha nutrido, desde el año 2016, con la línea de investigación, del Semillero CVTE de la UPB de Bucaramanga, enfocada en el paradigma del envejecimiento saludable y activo, sustentado a través de un análisis teórico y empírico de experiencias prácticas que, enfocado en la promoción de forma integral de condiciones de salud biopsicosocial de los individuos, es posible envejecer satisfactoriamente y comprender la vejez como una etapa de potencialidad.

Palabras claves

Modelo Psicogerontológico Integral, Vejez, Envejecimiento saludable, Calidad de vida

Introducción

El envejecimiento poblacional y la vejez se han convertido en los últimos años en temas de análisis, desde diferentes perspectivas. Investigadores, políticos, activistas sociales y otros entes, han tomado como bandera un grupo específico de la población para generar políticas muchas de ellas encaminadas a favor de la población mayor, pero otras solo tomándoles como nicho de mercado. La mayoría de las investigaciones coinciden en afirmar que la pirámide poblacional se ha invertido y que todas las naciones están encaminadas a observar un envejecimiento acelerado de su población. Es por ello por lo que, rápidamente se están generando acciones y propuestas en favor de los países que se consideran envejecientes a un ritmo acelerado. De esta manera, América Latina y el Caribe están proponiendo en la agenda de envejecimiento mundial algunas acciones estratégicas desde políticas públicas, sociales y educativas en favor de esta población.

Desde una mirada investigativa, en el presente capítulo se propone presentar un modelo de atención integral para el adulto mayor que desde la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga en Santander, Colombia, se ha desarrollado en favor de la población mayor y de propender por un envejecimiento exitoso, concibiendo que no se trata solamente de prolongar la vida y aumentar los años, sino de vivirlos con calidad.

Este Modelo se basó para su diseño y puesta en marcha de antecedentes en el área de investigación gerontológica, los cuáles serán expuestos a continuación y en un marco conceptual basado en el envejecimiento exitoso. Inicialmente, se abordará el tema de envejecimiento poblacional y algunas cifras importantes para el país de Colombia. Posteriormente, se desarrollará un apartado con las bases teóricas del modelo, para luego revisar la metodología, algunos resultados y los posteriores alcances e impactos evidenciados en la población atendida.

Antecedentes y marco conceptual

Envejecimiento poblacional

En los últimos tiempos, cuando se ha incrementado la esperanza de vida a nivel mundial, y la evidencia de que las personas pueden vivir más años, se han adelantado diversos estudios asociados con la calidad de vida relacionada a la salud en personas mayores, para garantizar que estos años se vivan con calidad (Aponte, 2015). Según algunas cifras consultadas, el 8% de la población en el 2012 tenía más de 65 años, y para el 2032 este porcentaje aumentaría al 20%, muchas de estas incluso serán mayores de 80 años (Berrio, 2012). Por consiguiente, el incremento en la población adulta mayor se ha considerado un fenómeno global, ya que esta población está aumentando tan rápidamente, más que cualquier otro grupo

poblacional, constituyéndose un reto para las naciones, como es el preservar la salud y envejecer con calidad. Para los investigadores del tema, existen diferentes determinantes demográficos del envejecimiento poblacional, entre ellos la disminución de la fecundidad, y la mortalidad, el aumento de la vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades y la emigración entre otros factores (Bayarre et al., 2006).

Para Colombia, según el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015), la cifra de personas mayores de 60 años representó el 11% de la población colombiana, es decir 5,2 millones de personas; para el año 2020 este porcentaje ha aumentado al 12,5%, que equivale a 6,5 millones de personas y para el 2050 se proyecta en un 23%, es decir, 14,1 millones de personas mayores. En el mismo estudio, al indagar sobre la calidad de vida, las narraciones de las personas entrevistadas se relacionaban con tener vivienda, ingresos, empleo, entre otras, evidenciando entonces que dicho constructo en las personas estaba basado principalmente en relación con la satisfacción de necesidades básicas.

Dicho comportamiento demográfico revela que Colombia ha entrado en un proceso de transición que, para los especialistas del tema, lo observan como un proceso de desplazamiento a través de la pirámide poblacional hacia edades más avanzadas. En pocas palabras, el país llegó a la edad madura, a la que, como nación, permite adentrarse al círculo de los países que tienen un nivel porcentual considerable de personas mayores.. Bajo este panorama, investigadores de la Universidad de Antioquia (Rivillas et al., 2017) recomiendan algunas áreas de acción para abordar de forma efectiva este índice de envejecimiento, las cuales se condensan en fortalecer la coordinación intersectorial, asegurar la sostenibilidad fiscal del sistema de protección social, innovar en políticas, programas y servicios de salud para la población mayor, mejorar el monitoreo en salud, y fortalecer el conocimiento e investigación a través del observatorio.

De acuerdo con lo anterior, Colombia es un país que envejece rápidamente, y esto ha despertado el interés de investigadores en el área, para determinar no solo el índice de envejecimiento de la población, sino cómo llegar a la vejez con calidad, siendo necesario abordar el concepto de Calidad de vida en la vejez.

Calidad de vida en la vejez

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), en su condición de rector de la política colombiana de envejecimiento humano y vejez, entre otras políticas, manifiesta que la calidad de vida se refleja en las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Según el ente

regulador, estas condiciones de vida serán criterios para la medición, regulación y seguimiento, para que la oferta de servicios al adulto mayor esté acorde con el cumplimiento de sus derechos y la satisfacción de las necesidades básicas, cumpliendo con los mínimos de calidad, con el fin de contribuir a los propósitos de un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable.

Este concepto, no puede ir separado del envejecimiento activo. Si bien es cierto, existen diferentes criterios para considerar un envejecimiento saludable, exitoso o activo, especificaremos la promoción de ese tipo de envejecimiento.

Promoción del envejecimiento saludable y activo

La definición de envejecimiento activo según la organización mundial de la salud, Organización Mundial de la Salud (2015), se resume en la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen, lo que les permite realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida, y participar en la sociedad de acuerdo a sus deseos y capacidades, mientras se les proporciona cuidados adecuados.

Publicaciones en el área, muestran el creciente interés en torno al tema. Cerquera y Quintero (2015) publican una reflexión en torno a los siguientes interrogantes, ¿De qué depende la calidad de vida en el envejecimiento?, ¿Es posible hablar de vejez sin enfermedad?, ¿Por qué la gente tiene miedo a envejecer?, así mismo rescatan la importancia del enfoque histórico cultural en la reconceptualización de la vejez. En relación a la calidad de vida y las relaciones con algunas variables, concluyen que las redes de apoyo social, la salud, las actividades de ocio, la experiencia y la propia historia de vida, son factores que determinan la calidad de vida en la vejez. Además, plantean que sí es posible concebir la vejez separada de la enfermedad, y que este fenómeno es individual y diferencial y es así como la persona envejece de acuerdo a cómo ha vivido.

De la misma manera, desde la línea de trabajo de Calidad de Vida en la Tercera Edad de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana en Bucaramanga, Santander, Colombia y sus investigadores, se han propuesto diversos estudios en relación al envejecimiento saludable. Quintero (2016) empleó un diseño de enfoque cualitativo a través de la metodología de teoría fundamentada tipo emergente, con el que pretendió generar una teoría contextualizada a los significados propios de los sujetos y su realidad, respecto a los factores protectores y buenos hábitos de 40 adultos mayores sanos

santandereanos considerados como viejos –viejos para investigar los estilos de vida y perfiles psicosociales que contribuyen a un envejecimiento saludable de esta población. El instrumento principal establecido fue una entrevista a profundidad autoconstruida denominada “Factores Psicosociales y Protectores que favorecen el envejecimiento saludable” (FAPPES), con la que se recolectó información acerca del estilo de vida del adulto mayor y sus características psicosociales subdividido en dos segmentos: (1) Datos sociodemográficos, situación laboral, profesión u ocupación, (2) 12 Preguntas abiertas organizadas en tres dimensiones, a saber: (a) Social- Ambiental, (b) Emocional-Psicológica y (c) Salud general y percepción de vejez, las cuales dieron cuenta del perfil individual a nivel afectivo, físico, emocional, motivacional y productivo; características sociales/familiares, condiciones instrumentales, recursos positivos, percepción de la propia salud y demás factores relacionados a su individualidad y experiencia. Este instrumento, fue sometido a evaluación y validación por tres jueces expertos en función de su coherencia, redacción y pertinencia.

Entre los resultados se identificaron seis categorías: Actitudes favorables respecto al self, Actitudes favorables respecto a los demás, Valores protectores, Estrategias de afrontamiento positivas, Factores laborales y ocupacionales protectores y Condiciones físicas e instrumentales positivas, logrando brindar una perspectiva de vejez fundamentada en la potencialidad como aporte a la prevención del envejecimiento patológico y reafirmando la certeza de que es posible envejecer exitosamente.

Los resultados del estudio evidenciaron múltiples dimensiones positivas que favorecieron el bienestar, la salud y la calidad de vida en el envejecimiento, poniendo de manifiesto un amplio número de predictores multidimensionales de envejecimiento con éxito, entre los cuales se encontraron variables psicológicas, intelectuales, de la personalidad y motivacionales. Este enfoque del envejecimiento activo se basa principalmente en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, cuestión que coincide con lo encontrado en Ramos et al. (2016), donde se evidencia que es necesario promover la autonomía, la participación y el derecho que tienen los mayores a envejecer activamente y sostienen que para promover este tipo de envejecimiento, es importante la implicación de los sujetos, las políticas sociales y la sociedad en su conjunto. Esta línea de trabajo de Calidad de vida, está relacionada con múltiples investigaciones en donde evidencian que este concepto enuncia varias dimensiones que lo conforman, entre otras se encuentran, satisfacción de necesidades personales, aspectos emocionales, espiritualidad, y satisfacción existencial (Aponte, 2015). Sin embargo, es conveniente considerar, que la Calidad de Vida, resulta ser un concepto subjetivo que parte de las necesidades individuales y expectativas de cada sujeto en su contexto particular (Urzúa y Caqueo, 2012). En concordancia a lo anterior, en la actualidad, las nuevas concepciones en este campo gerontológico conducen a la necesidad de una integración multifactorial y

multisectorial para enfrentar el fenómeno de envejecimiento poblacional desde el punto de vista social e individual, con el fin de lograr un envejecimiento de calidad (Martínez et al., 2018). Por tal razón, a continuación, se mostrará una propuesta innovadora en el tema resultado de una propuesta investigativa multidisciplinar.

Modelo Psicogerontológico Integral

Para coadyuvar a envejecer saludablemente y en pro de satisfacer las necesidades de las personas mayores de la capital de la región santandereana en Colombia, un grupo de profesionales del área de Psicología y Neurociencias de la Universidad Pontificia Bolivariana en el año 2010, diseñaron el Modelo Psicogerontológico Integral (Cerquera y Prada, 2010) cuyo propósito se centra en atender a la población desde diferentes áreas de la salud, partiendo de realizar un diagnóstico a la población para identificar los posibles déficits y poder orientar la ruta a seguir, promoviendo potencialidades desde las diferentes líneas propuestas.

Estas líneas se dividieron en:

- a. Línea de atención clínica: donde se realizan sesiones individuales y grupales atendiendo a problemáticas particulares tanto del consultante mayor como de su familia.
- b. Línea de evaluación neuropsicológica: donde se realizan evaluaciones desde la neuropsicología utilizando diversos instrumentos para realizar una línea base en memoria, atención y aprendizaje, para desarrollar programas de prevención y estimulación cognitiva a partir del diagnóstico realizado.
- c. Línea lúdico-educativa: donde se desarrollan diferentes talleres lúdicos con la participación de los mayores en áreas relacionadas con creatividad, innovación y recursividad.
- d. Línea de apoyo en familia: donde se realizan encuentros periódicos con familias de los mayores, se reflexionan y analizan temas pertinentes a las realidades de los contextos en donde viven las personas mayores. Se pretende con el desarrollo de esta línea vincular al grupo familiar en la red de apoyo del mayor, así como propiciar un espacio para la expresión de vivencias personales que puedan ser compartidas con los demás familiares.
- e. Línea de grupos y líderes: en donde se privilegia el desarrollo de competencias y habilidades para el liderazgo en sus familias y grupos de referencia, se fomentan y ejecutan actividades de tipo terapéutico para problemáticas comunes siempre en pro de mantener el estilo de vida saludable de las personas que integran los grupos.
- f. Línea interdisciplinaria: cuyo objetivo está encaminado en acompañar los casos individuales en la evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento desde diversas disciplinas de la salud que trabajan en función a la asistencia de las personas mayores; entre estas están la psicología, la neuropsicología, la fisioterapia, la enfermería y otras áreas que se pueden en el equipo interdisciplinar para responder a las necesidades de la población.

Es importante mencionar que se desde cada línea de intervención se establecían mediciones antes y después de la intervención, además de establecer los criterios de evaluación y seguimiento, para dar cuenta de la efectividad y eficacia de los abordajes.

Respecto a la participación de los mayores y sus familias en la implementación del modelo en las diversas instituciones y centros geriátricos, esta fue de manera voluntaria, después de firmar el consentimiento informado establecido para el trabajo, en donde se clarificaba que la investigación no representaba ningún tipo de riesgo para sus participantes, especialmente las personas adultas, además que los participantes podían retirarse en el momento que lo desearan sin ninguna restricción al respecto.

Aspectos metodológicos de este modelo

Con un enfoque longitudinal, El Modelo Psicogerontológico Integral ha sido implementado y replicado, desde su creación y hasta la actualidad, en la población de mayores de 60 años, hombres y mujeres pertenecientes a grupos de tercera edad y centros geriátricos de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana que desearan de forma voluntaria participar en el proyecto.

En cuanto a los instrumentos que se emplearon para la evaluación y seguimiento, se compiló una batería de pruebas, entre las que se encuentran:

- Ficha de rastreo: Creada por los investigadores, en donde se recogían datos de identificación general y una breve descripción de su estado de salud (Cerquera y Prada, 2010).
- Escala de capacidad funcional, (Barthel, 1993, citado en Ruzafa y Moreno, 1997) puntuando las respuestas de 0 a 10, donde 0 es el mínimo de la función y 10 el valor máximo. Esta escala evalúa aspectos tales como balance, desplazamiento, continencia, vestido y aseo y tiene como objetivo evaluar las actividades de la vida diaria.
- CES- D, valoración de la depresión y dominio emocional, con 4 opciones de respuesta distribuidas en rara vez o ninguna (menor a 1 día), alguna vez (de 1 a 2 días), ocasionalmente (de 3 a 4 días), siempre o todo el tiempo (de 5 a 7 días) (Radloff, 1977).
- Mini mental State Examination, (Rosselli, et. al, 2000). Determina el estado cognitivo de la persona evaluando aspectos tales como orientación, retención, atención y cálculo, memoria de fijación y reciente y lenguaje.
- Escala de soporte social para evaluar el dominio social, con 5 posibilidades de respuesta: nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, nunca o no responde, cuantifica la calidad y cantidad de los contactos sociales que posee una persona (Oostrom, 1995, citado en Cárdenas et al., 2015).

Respecto al procedimiento que se ha llevado a cabo para la implementación, inicialmente, se establece el contacto con las instituciones geriátricas o grupos de la tercera edad que estuviesen interesados en participar en el proyecto. En un segundo momento, se realiza la evaluación inicial con todo el grupo, la aplicación de la ficha de rastreo y los instrumentos que sean requeridos de acuerdo con las necesidades de la población. En tercer lugar, se evalúa a algunos adultos de forma personalizada, en caso de tener dificultades particulares, sea en su dimensión de salud física, psicológica o su funcionamiento sociofamiliar. En cuarto lugar, se realiza un informe general y se inicia la remisión de los participantes a las diferentes líneas de intervención. Finalmente, se realiza la evaluación post intervención y seguimiento para establecer los logros alcanzados por los participantes.

Resultados y experiencias prácticas de implementación del modelo en Santander

Con la puesta en marcha de este modelo durante estos 10 años, se ha pretendido producir un impacto a largo plazo en el fortalecimiento de las líneas de investigación en el área, en el diseño de estrategias de apoyo a la calidad de vida y en la formación de redes de apoyo e intervención para las personas mayores.

En la región, este Modelo Psicogerontológico Integral se ha extendido a los diferentes hogares, asilos, centros geriátricos y centros vida (o centros día de atención al adulto mayor) con diferentes actividades que promueven la calidad de vida de los mayores, tanto en la ciudad, como en municipios cercanos. Entre algunos de los trabajos realizados en concordancia a este macroproyecto están el ejecutado en el año 2012 en el municipio de Villanueva, Santander, por Ballesteros (2012), donde se enfatizó en la creación del Programa de atención integral en Psicogerontología, en base a las líneas de intervención del Modelo Psicogerontológico Integral, y aplicado a la modalidad de hogar día para los adultos mayores de la región, participaron 70 mayores quienes fueron evaluados antes y después de la intervención, con la siguiente batería de pruebas: Ficha de rastreo, Mini examen cognoscitivo de Folstein, Escala de depresión geriátrica de Yessavage, Escala de experiencias sociales, Índice de capacidad funcional de Bartell, y Ficha clínica y sociodemográfica. Los resultados mostraron cambios significativos en las diferentes escalas, concluyendo que el modelo es una buena estrategia para atender las condiciones de vida y su mejoramiento en la población mayor de la región. Según la autora, la implementación del programa permitió en la población del municipio, además de un espacio para compartir actividades, el reconocimiento de que la población mayor puede mejorar sus condiciones de vida, con intervenciones multidisciplinarias, cuestión que coincide con el supuesto central del Modelo Psicogerontológico Integral (Ballesteros, 2012).

Otras aportaciones del modelo se han realizado en las prácticas gerontológicas realizadas desde la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana,

Bucaramanga, que, adaptándolo a las situaciones particulares de los centros, se ha propendido por la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que los conforman. Este es el caso de Mejía (2007) que, con el apoyo al modelo de atención integrada al adulto mayor, realizó intervenciones individuales y grupales, con población de adultos mayores en Floridablanca, Santander, encontrando que el proceso de intervención grupal refleja un proceso de construcción hacia espacios terapéuticos novedosos para esta población, en pro del mejoramiento de la salud mental transformando modelos de vida.

De la misma manera, Cáceres (2010), trabajó en la línea clínica y la línea de grupos, desarrollando un programa de atención en duelo para adultos mayores, de una unidad deportiva de Floridablanca, Santander. Después de realizada la intervención, identificó las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adultos mayores y logró concluir que a través de la aplicación del protocolo, se logró la concienciación de los sujetos frente a su situación, utilizando técnicas de afrontamiento adecuadas relacionadas con pensamientos, emociones, comportamientos y experiencias.

Así mismo, se hace mención de la experiencia significativa realizada por Pérez(2016), quien implementó el modelo gerontológico en una fundación del municipio de Girón, Santander, aplicando las seis líneas de intervención, abordando actividades que beneficiaran al adulto mayor, sus familias y los miembros de la fundación, asegurando un espacio de trabajo agradable, bajo un clima de tolerancia y respeto, brindando una atención integral al consultante evaluando e interviniendo en las áreas físicas, socioemocionales, intelectivas y relacionales, obteniendo como resultados mejoras en la calidad de vida del adulto mayor participante.

Finalmente, es de interés resaltar el proyecto de Mantilla (2016) quien trabajó en la implementación de dicho modelo en 37 adultos mayores institucionalizados y 100 no institucionalizados en un rango de edad de 60 a 85 años, pertenecientes a la asociación San Antonio de Padua, del municipio de los Santos, Santander, esto con el fin central de mejorar su calidad de vida. Para ello realizó la aplicación de cuatro pruebas psicológicas: la escala de depresión (CES-D), el mini examen de estado mental (MINIMENTAL), el inventario de ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE) y la escala de calidad de vida (FUMAT); como resultados, se logró impactar en el bienestar psicológico de las personas con evidencias de mayor afección por reporte de los funcionarios, demás, se evidenció una mejoría en las relaciones sociales de los adultos mayores y un mejor rendimiento en su dimensión cognitiva, generando a través de las intervenciones un aporte al cambio en los conceptos que se tenían sobre la vejez tanto a nivel individual como grupal. Agregando, que, a través de este modelo, la autora destaca que alcanzó también un gran impacto en la modificación del estilo de vida de los adultos mayores, el cual estaba caracterizado por la inactividad, ayudando al fortalecimiento biopsicosocial de la población participante del programa.

Conclusión

Las diferentes adaptaciones al Modelo Psicogerontológico en las intervenciones realizadas, evidencian una respuesta positiva en relación a los diferentes aspectos de evaluación, medición e intervención de manera interdisciplinaria para la población mayor, sus familias y los entes asistenciales que trabajan en los centros e instituciones geriátricas. De esta manera, el hecho de recibir una atención especializada y de carácter integral, permite que las personas mayores perciban el apoyo social como una estrategia importante de afrontamiento frente a las dificultades que se puedan presentar en el desarrollo de este periodo de vida. En este sentido, se debe tener en cuenta que la promoción de apoyo social no sólo se realiza desde las familias sino desde los mismos grupos intrageneracionales, promoviendo de esta manera actividades integrativas y de ocio, entre las que se destacan la terapia artística, socioterapia, estimulación de procesos cognitivos y la constante actividad física, la cual conlleva efectos psicológicos positivos en las personas mayores (De Gracia y Marcó, 2000).

Por otra parte, entre las líneas que más se ha evidenciado en la implementación de este modelo, que se han denotado como áreas de difícil abordaje, se encuentran la línea de familia, la línea de grupos y líderes, y la línea interdisciplinaria; sin embargo, estas se constituyen como ejes centrales de la intervención integral en población mayor, comprendiendo la red de apoyo familiar en adultos autovalentes o en condición de institucionalización son un importante factor determinante asociado a la calidad de vida, además, que respecto a la promoción del liderazgo en algunos de ellos, se evidencia cómo se favorecen aspectos motivacionales y de participación de la población en las diversas actividades lúdicas y de ocio. En cuanto a la línea interdisciplinaria, se considera importante enfatizar cómo resulta fundamental no sólo trabajar en equipo en el favorecimiento del bienestar del adulto mayor, sino prestar principal atención al bienestar del cuidador formal, ya que, en dichos entornos laborales los entes asistenciales se encuentran expuestos a mucha carga física y emocional que inevitablemente desencadena en dificultades interpersonales, estrés y problemáticas en la salud, siendo de esta manera relevante considerar, que trabajar en pro de la calidad de vida del equipo interdisciplinario impactará también positivamente en la calidad de la asistencia brindada.

Otro aspecto que es significativo destacar, es como a través de este modelo y las experiencias de implementación realizadas, se ha reflejado en la trayectoria de la línea de investigación-intervención la importancia del rol del psicólogo en el cambio de concepción tanto del adulto mayor como de las demás personas del proceso de envejecer, de su contribución en la aceptación y potencialización de capacidades de las personas adultas mayores, promoción del ocio y la productividad; lo anterior en función de contribuir a un mayor bienestar y calidad de vida de este grupo poblacional. Así pues, en concordancia con Hernández (2004)

“Es tarea del psicólogo acompañar el planeamiento estratégico del proceso de envejecimiento revirtiendo los prejuicios que actúan como inhibidores para el logro de la identidad personal y como barreras en todo el espectro social, que incluye además al propio adulto mayor y a los profesionales que lo tratan.” (p.315).

Actualmente, resulta fundamental centrar el rol del psicólogo desde una perspectiva mucho más activa y que se fundamente en la promoción un envejecimiento saludable y productivo que contribuya a la calidad de vida de adultos mayores, siendo relevante sensibilizar a la población y a las nuevas generaciones, acerca de la importancia de brindar un apoyo tangible y no sólo de contenido instrumental, sino también emocional y práctico a los adultos mayores, disminuyendo concepciones negativas entorno a la vejez y empezando a concebirla como una etapa de sabiduría, respeto y de satisfacción con los logros la vida; pues en la medida que el anciano mantenga su autovalencia y un adecuado rol social, incidirá en la mantención de una buena salud física y mental (Zavala et al., 2006).

Referencias

Aponte, V.C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.

Bayarre, H.D., Pérez, J. P. y Menéndez, J. (2006). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Geroinfo*, 1(3), http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf.

Ballesteros, P.C. (2012). *Creación de un Programa de Atención Integral en Psicogerontología el cual se planteará con base en Cerquera y Cols (2010)*. En Riquelme et al. *Manual de Psicogerontología; que permita el establecimiento de una modalidad de Hogar Día para las Personas Mayores del Municipio de Villanueva, Santander* (Tesis de Pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_21920.pdf

Berrio, M.I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista colombiana de anestesiología*, 40(3), 192- 194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.r-ca.2012.04.001>

Cáceres, G.S. (2010). *Modelo de atención integrada al adulto mayor. Una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida* (Tesis de Postgrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_19253.pdf

Cárdenas, Barrientos, J. y Alvarado, E.R. (2015). Estructura factorial de la escala de soporte social subjetivo: validación en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Acta Colombiana de psicología*, 18(1), 95-101.

Cerquera, A. M. y Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>.

Cerquera, A. M. y Prada, E.L (2010). Atención integrada al adulto mayor: una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida. En Riquelme, A., Ortigosa, J. y Martín, M. (ED). *Manual de Psicogerontología*. Ediciones académicas.

De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12(2), 285-292. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7592/7456D>

Hernández, Z. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2) 303-319. <http://www.redalyc.org/pdf/292/29290207.pdf>

Mantilla, D. A. (2016). *Implementación del modelo psicogerontológico integral en pro de calidad de vida de los adultos mayores de la asociación Asampadua* (Pasantía de Pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_31376.pdf

Martinez, T. D., González, C.M., Castellanos, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.

Mejía, R. (2007). *Apoyo al proyecto modelo de atención integrada al adulto mayor. Una opción de apoyo en el mejoramiento de la calidad de vida* (Monografía de postgrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_18304.pdf

Ministerio de protección social (2017). Resolución 024 Numeral 2,6. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200024%20de%202017.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/3>.

Pérez, A.J. (2016). *Implementación del modelo psicogerontológico para el adulto mayor en la Fundación Esperanza y Vida del municipio de Girón* (Servicio social de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_31367.pdf

Quintero, M. S. (2016). *Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico* (Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga). Repositorio Alejandría UPB. https://biblioteca.bucaramanga.upb.edu.co/docs/digital_32141.pdf

Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.

Ramos, A. M., García, M. Y. y Miranda, M. A. (2016) El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista de archivos médicos de Camaguey*, 20(3), 330-337.

Rivillas, J. C., Gómez, L., Rengifo, H. A. y Muñoz, E. P. (2017). Envejecimiento poblacional y desigualdades sociales en la mortalidad del adulto mayor en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 369-381.

Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla-Ardila, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O. y Camacho, M. (2000). El examen mental abreviado (Mini-mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista española de neurología*, 30, 428- 432.

Ruzafa, J.C. y Moreno, J.D. (1977). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista especializada de salud pública*, 71(2), 127-138.

SABE Colombia (2015). Estudio Nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Ministerio de Salud. *Colciencias Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>.

Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería* [online], 12(2), 53-62. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

REMINISCENCIAS EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS: EXPERIENCIAS DE VIDA SIGNIFICATIVAS

Martha Leticia Salazar Garza¹, Liliana Sousa², Ma. de los Angeles Vacio Muro¹, Gian Carlo Floriano Zermeño¹

¹Universidad Autónoma de Aguascalientes, ²Universidad de Aveiro

Resumen

La reminiscencia consiste en evocar experiencias significativas ocurridas en el pasado, positivas y negativas. La Escala de Funciones de las Reminiscencia identifica las funciones más relevantes en población de adultos mayores. Este estudio presenta la equivalencia funcional de la versión española para México con adultos de 59 años en adelante. El estudio se realizó considerando las indicaciones de la Comisión Internacional de Test, a través de cuatro fases: 1) Solicitud de autorización para modificar la versión española de la escala, 2) Evaluación por jueces expertos, 3) Evaluación por informantes clave y 4) Aplicación con 10 adultos mayores de la población general. Como resultado se obtuvo una escala adaptada cultural y lingüísticamente para población mexicana de adultos mayores.

Palabras claves

Envejecimiento, Memorias Autobiográficas, Experiencias Pasadas, Adaptación de Escalas, Adultos Mayores.

Introducción

En 1963, Butler describe la reminiscencia como un proceso universal y natural del ser humano. En los adultos mayores la reminiscencia se asocia con la revisión e integración de la vida; sólo si éstas adquieren un sentido positivo permiten la integridad del yo y la integración con la vida, pero si tienen un sentido negativo, conduce a la desesperación o depresión de los individuos (Erikson, 1959; Wong, 1995). Siendo así que, la reminiscencia, puede definirse como un proceso mental voluntario y espontáneo de recuperación de memorias autobiográficas, asociado a eventos de vida considerados significativos y verídicos para el propio individuo (Gonçalves et al., 2010). La reminiscencia ocurre cotidianamente, pueden ser o no compartidas con otros, se presentan en diferentes contextos, cuando una persona relata o piensa en su historia de vida (Afonso et al., 2011; Westerhof et al., 2010). Entonces, las memorias pueden recuperarse voluntariamente, lo que las convierte en una herramienta relevante para la intervención psicológica. El proceso de la reminiscencia ocurre con diferentes funciones. Webster (1993) construyó y validó la Escala de Funciones de la Reminiscencia (Reminiscence Functions Scale, RFS), identificando ocho funciones de la reminiscencia:

- i) Identidad: usar una memoria para identificar un patrón de coherencia de la propia vida.
- ii) Preparación para la muerte: usar una memoria para permanecer en paz sobre el fin de la propia vida.
- iii) Resolución de problemas: recordar experiencias pasadas para resolver problemas del presente.
- iv) Enseñar/informar: compartir recuerdos con otros para transmitir lecciones de vida.
- v) Conversación: comunicar las memorias personales sin la intención de hacer una evaluación o dar alguna lección.
- vi) Disminución del aburrimiento: las memorias son usadas para llenar un vacío relacionado con la falta de intereses en el momento presente.
- vii) Reavivamiento de la amargura: recordar memorias de circunstancias difíciles en la vida.
- viii) Mantenimiento de la intimidad: mantener viva la memoria de personas significativas, de las cuáles la persona se separó, sobre todo por la muerte.

Estas funciones no son mutuamente excluyentes, puesto que recordar aspectos del pasado puede tener diferentes funciones simultáneas. Las reminiscencias tienen efectos en la salud mental y el bienestar de las personas mayores: algunas formas de recordar el pasado pueden asociarse con perturbaciones psicológicas; mientras que otras se asocian con el ajuste o bienestar (Hallford & Mellor, 2013). Cappeliez & O'Rourke (2006) asociaron las funciones de las reminiscencias con la salud mental bajo un modelo triádico (modelamiento de ecuaciones estructurales), que agrupa las funciones en tres

variables latentes: auto-positivo (identidad, resolución de problemas y preparación para la muerte); auto-negativo (revivir recuerdos amargos, disminución del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad); y pro sociales (enseñar/informar y conversación). Las dos primeras variables predicen niveles de estrés elevados y las variables pro sociales emergen como variables moderadoras o mediadoras, asociadas a la salud mental, solamente en las personas con contactos frecuentes y fuertes, con amigos y familiares.

En este contexto las reminiscencias son relevantes como estrategias de intervención, mediante la estimulación de las funciones positivas y el desaliento de las funciones negativas (Cappeliez, Guindon et al., 2008; Pinquart & Forstmeier, 2012). Las intervenciones pueden centrarse en distintos grupos, utilizando actividades diversas (Westerhof et al., 2010). Las intervenciones han sido empleadas con poblaciones de adultos mayores con efectos en (Gonçalves et al., 2010): disminución de la sintomatología depresiva, mejora de la cognición y el humor, aumento de la calidad de vida, satisfacción con la vida y una mejor autoestima. Es así que la evaluación de las funciones de la reminiscencia es relevante para desarrollar intervenciones, estimulando y activando sus funciones positivas, por lo que es parte del proceso de intervención con adultos mayores.

La RFS fue desarrollada por Webster (1993, 1997), presentado índices adecuados de confiabilidad y validez, así como una estructura factorial consistente (Webster, 1997; Webster & Gould, 2007). La RFS se integra por 43 reactivos, divididos en ocho factores: 1) reavivamiento de la amargura (cinco reactivos); 2) reducción del aburrimiento (seis reactivos); 3) conversación (cinco reactivos); 4) preparación para la muerte (seis reactivos); 5) identidad (seis reactivos); 6) mantenimiento de la intimidad (cuatro reactivos); 7) resolución de problemas (seis reactivos) y; 8) enseñar/informar (cinco reactivos), con niveles de confiabilidad que varían entre .79 y .89. La escala de respuesta es de tipo Likert de seis puntos, que va desde nunca (1) hasta muy frecuentemente (6).

Debido a las características psicométricas de la RFS, ésta ha sido adaptada en diferentes países con diversos propósitos, entre los que destacan: i) la validación empírica de un modelo de la reminiscencia (Cappeliez & O'Rourke, 2006); ii) su evaluación con grupos multiétnicos (Washington, 2009); iii) la evaluación de su estructura factorial en una muestra de adultos mayores afroamericanos en Estados Unidos (Shellman & Zhang, 2014); iv) la evaluación de la estructura factorial y confiabilidad de la RFS con adultos mayores chinos (Lou & Choy, 2014); la comparación de la estructura latente de la RFS entre adultos mayores de Canadá e Israel (O'Rourke et al., 2013); así como la adaptación de la RFS para población de adultos mayores españoles (Ros et al., 2016).

Considerando los resultados de las adaptaciones de la RFS ya referidos, se decidió realizar su adaptación con adultos mayores mexicanos, debido a que de

esta manera se podría contar con una herramienta de evaluación que permita medir las reminiscencias en adultos mexicanos, para evaluar como contribuyen en su desarrollo psicológico, para comparar como se presentan entre los adultos mayores de nuestro país y los adultos mayores de otros países, y para contar con un instrumento de evaluación que puede integrarse en los procesos de intervención con adultos mayores mexicanos, bajo las directrices de la Terapia de Reminiscencias. Siendo así que, se decidió adaptar la versión española desarrollada por Ros et al. (2016) de la RFS. Dicha versión tiene una estructura factorial de ocho dimensiones, con adecuados índices de confiabilidad (de .73 a .87). Este proceso se realizó considerando las directrices y sugerencias de aplicación de la Comisión Internacional de Test (International Test Commission [ITC], 2017), la ITC cuenta con la publicación de una guía en la que se describen los pasos previos a la evaluación de los test en una nueva población, así como aquellos que deben seguirse para la evaluación de las características psicométricas de éstos.

El objetivo de este capítulo es reportar los resultados del proceso ejecutado para obtener la equivalencia funcional de la RFS en su versión española, para adultos mayores mexicanos (mayores de 59 años).

Método

El proceso para llevar a cabo el estudio involucró cuatro fases en las que se integraron las siete primeras directrices propuestas por la ITC (2017), mismas que se describen a continuación.

La primera fase consistió en solicitar el permiso a los autores de la versión española para el uso de la escala, mismo que fue obtenido por medio de correo electrónico al Coordinador de la adaptación de la escala en España.

La segunda fase consistió en la adaptación cultural y lingüística de la escala, en la cual se consideró la participación de jueces expertos en psicología y envejecimiento, hablantes nativos de México, que en el pasado hubieran vivido en España, a fin de que fueran sensibles a las variaciones lingüísticas y culturales entre México y España, y que por lo menos uno de ellos tuviera experiencia en la construcción de instrumentos de medición en psicología. La versión española de la escala fue enviada a cada experto en archivo de Word por correo electrónico con las instrucciones para su evaluación; ellos fueron invitados a identificar, justificar y hacer sugerencias de cambios, respecto a: i) los diferentes párrafos de las instrucciones y; ii) cada reactivo de la escala. Específicamente, los expertos fueron cuestionados sobre: i) la claridad en la redacción; ii) si el vocabulario era adecuado para la población mexicana; iii) si la escala Likert de respuesta sería comprendida por la población de adultos mayores; iv) la claridad de las instrucciones y; v) si ellos consideraban relevante incluir otros reactivos o si los reactivos eran relevantes para la población de adultos mayores mexicanos.

Después de recibir todas las respuestas de los jueces, se integraron todas las sugerencias y comentarios en un documento. Entonces, se realizó una reunión grupal con los expertos. En ésta cada sugerencia o comentario enviado por correo electrónico, fue presentado al grupo y discutido hasta lograr un acuerdo entre los expertos. La reunión tuvo una duración aproximada de 120 minutos. Finalmente, se compilaron todos los acuerdos en un nuevo documento, mismo que fue enviado nuevamente a los expertos para que verificaran la integración de todas sus sugerencias en el sentido acordado.

La tercera fase consistió en reunir un grupo de informantes privilegiados de la población de adultos de 59 años en adelante, quienes en el pasado tuvieron la ocupación de profesores. La reunión con los informantes duró aproximadamente 120 minutos, en la que se revisó la claridad de las instrucciones, las opciones de respuesta y la redacción de cada reactivo. Las observaciones fueron registradas a lápiz y papel, y con éstas se hicieron nuevas modificaciones al instrumento.

Finalmente, la cuarta fase consistió en aplicar la escala modificada, a partir de las sugerencias de jueces e informantes privilegiados, con 10 adultos mayores voluntarios de la población general, con quienes se aplicó la escala de manera individual a fin de identificar el tiempo de respuesta, el entendimiento de las instrucciones, las opciones de respuesta y los reactivos de la escala. Los adultos podían responder la escala por sí solos o con ayuda de alguno de los aplicadores (psicólogos colaboradores del proyecto). Las observaciones hechas por los aplicadores en esta fase, se integraron en un nuevo documento para obtener la versión de la escala con equivalencia funcional para adultos mayores mexicanos.

Resultados

Evaluación por parte de jueces expertos

Los jueces expertos fueron dos hombres y dos mujeres, expertos en psicología del adulto mayor, originarios de México. Tres de ellos habían vivido en España, al menos seis meses, y una de las jueces era experta en la construcción de pruebas psicométricas. La opinión de los jueces dio como resultado la modificación de: i) la redacción de las instrucciones para su mejor comprensión, lo que consistió en el cambio de algunas palabras, redacción de oraciones y una mayor explicación sobre la manera en cómo responder la prueba usando cada una de las opciones de respuesta; ii) la redacción de la frase que antecede a la presentación de los reactivos, “Cuando yo recuerdo el pasado lo hago (rodee con un círculo)”, por “Cuando yo recuerdo el pasado lo hago con la intención de:...”. En esta frase se omitió la petición de rodear con un círculo la respuesta, ya que esto se integró en las instrucciones previas a la presentación de la frase; iii) la redacción inicial de todos los reactivos, considerando el cambio en la redacción de la frase que los antecede, iniciando así con la acción que se quiere resaltar en cada uno de estos. Por ejemplo, el reactivo 4 en la versión española estaba redactado como “Porque me

ayuda a planear el futuro”, mismo que fue cambiado a “Ayudarme a planear el futuro”. Este cambio en la manera de iniciar la redacción de los reactivos, se realizó con el resto de los que integran la escala y; iv) finalmente, los expertos sugirieron cambiar la redacción de los reactivos mostrados en la Tabla 1.

Tabla 1. Reactivos que fueron modificados considerando la evaluación de jueces

Reactivos versión española	Reactivos versión para México
Frase previa: Cuando yo recuerdo el pasado lo hago (rodee con un círculo)	Frase previa: Cuando yo recuerdo el pasado lo hago con la intención de:
1. Para enseñar a los jóvenes de mi familia cómo era la vida cuando yo era joven y vivía en otros tiempos.	1. Enseñar a los jóvenes de mi familia cómo era la vida cuando yo era joven.
2. Para ayudarme a “poner mi casa en orden antes de morir.	2. Ayudarme a “poner mis asuntos en orden” antes de morir.
3. Porque me ayuda a llenar el vacío que siento cuando tengo tiempo de sobra.	3. Ayudarme a llenar el vacío que tengo cuando siento que el tiempo pasa muy lento.
6. Porque me ayuda a conocer nuevas personas y me hace sentir cerca de mis amigos.	6. Acercarme más a nuevos amigos y conocidos.
7. Porque favorece el compañerismo y el sentimiento de pertenecer a un grupo o colectivo.	7. Favorecer el compañerismo y el sentimiento de ser parte de algo.
9. Porque acercándome al final de mi vida me da un sentimiento de plenitud personal.	9. Me da un sentimiento de plenitud personal al acercarme al final de mi vida.
10. Para ver cómo mi pasado señala el recorrido que he seguido a lo largo de mi vida.	10. Ver cómo mi pasado “encaja” con mi trayectoria de vida.
11. Me ayuda a pasar el tiempo durante momentos de inquietud o de ocio.	11. Pasar el tiempo durante momentos de intranquilidad o incomodidad.
14. Por lealtad, para mantener viva la memoria de un ser querido que ha fallecido.	14. Ser leal y mantener viva la memoria de un ser querido que ha fallecido.
17. Para recordar algún tiempo pasado en que fui tratado injustamente.	17. Acordarme de alguna situación del pasado en que fui tratado injustamente.
18. Para hacerme consciente de que aún tengo capacidad de luchar con problemas del presente.	18. Acordarme de que tengo la capacidad de luchar con problemas del presente.
21. Porque no tengo otra cosa en la que pensar.	21. Ocuparme, porque no tengo otra cosa en la que pensar.
23. Para educar a los jóvenes sobre valores culturales.	23. Enseñar a los jóvenes sobre valores de nuestra cultura.
24. Porque me da un sentido de identidad personal.	24. Tener un sentido de identidad personal.
26. Para recordar el pasado y que ello me ayude a definir quién soy ahora.	26. Definir quién soy ahora.

27. Como forma de reducir las diferencias generacionales existentes.	27. Reducir las diferencias que existen entre las distintas generaciones.
28. Para estimular o dar lugar a una conversación.	28. Propiciar una conversación.
29. Porque me ayuda a prepararme para mi propia muerte.	29. Prepararme para mi propia muerte.
32. Para tratar de tener una mejor comprensión de mí mismo.	32. Entenderme mejor.
33. Porque tengo menos miedo a la muerte cuando he terminado de recordar.	33. Tener menos miedo a la muerte después de recordar.
34. Para iniciar de forma fácil una conversación.	34. Iniciar una conversación fácilmente.
36. Como forma de autoconocimiento y crecimiento personal.	36. Conocerme a mí mismo y crecer personalmente.
37. Por hacer algo.	37. Para ocuparme en algo.
38. Porque me ayuda a hacer frente a los pensamientos sobre mi propia muerte.	38. Enfrentar los pensamientos sobre mi muerte.
41. Para recordar seres con quien tenía una estrecha amistad y que ya no forman parte de mi vida.	41. Acordarme de personas cercanas que ya no forman parte de mi vida.
43. Para mantener vivos en mi memoria recuerdos tristes del pasado.	43. Mantener vivos recuerdos tristes.

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, los jueces comentaron que una escala Likert de 6 opciones de respuesta les parecía extensa y podría ser confusa para los adultos mayores, sobre todo de edades avanzadas. No obstante, sugirieron que esta fuera sometida a evaluación por informantes privilegiados, a fin de obtener una propuesta de cambios más adecuada para la población. Finalmente, es importante aclarar que los jueces no hicieron sugerencias respecto a integrar nuevos reactivos a la escala y estuvieron de acuerdo en que los reactivos de la escala y el concepto que se evalúa es relevante para la población de adultos mayores mexicanos.

Evaluación de informantes privilegiados

Los informantes privilegiados fueron tres hombres y tres mujeres, entre los 61 y 80 años de edad, que en el pasado fueron profesores de educación básica o media superior. Las sugerencias de los informantes fueron: i) que las opciones de respuesta, nunca, raramente, casi nunca, ocasionalmente, a menudo y muy frecuentemente, se cambiaran por nunca, casi nunca, pocas veces, algunas veces, frecuentemente y siempre; ii) que la frase previa a los reactivos “Cuando yo recuerdo el pasado lo hago con la intención de:...”, se presentará cada diez reactivos y no sólo al inicio de éstos, para que los adultos mayores tuvieran

presente el propósito de la evaluación a lo largo de ésta y; iii) que se cambiara la redacción de los reactivos que se muestran en la Tabla 2. Es importante decir que todos los reactivos, excepto el 31, fueron modificados previamente por los jueces expertos.

Tabla 2. Reactivos modificados con base en las observaciones de informantes privilegiados.

Reactivos modificados por jueces expertos o de la versión española	Reactivos versión para México
3. Ayudarme a llenar el vacío que siento cuando siento que el tiempo pasa muy lento.	3. Ayudarme a llenar el vacío que tengo cuando siento que el tiempo pasa muy lento.
10. Ver cómo mi pasado “encaja” con mi trayectoria de vida.	10. Ver cómo mi pasado coincide con mi trayectoria de vida.
11. Pasar el tiempo durante momentos de intranquilidad o incomodidad..	11. Superar mis momentos de intranquilidad o incomodidad.
28. Propiciar una conversación.	28. Generar una conversación.
31. Para poder ver los problemas que me sucedieron desde una perspectiva diferente.	31. Ver los problemas que me sucedieron desde un punto de vista diferente.
33. Tener menos miedo a la muerte después de recordar.	33. Perder el miedo a la muerte después de recordar.
37. Para ocuparme en algo.	37. Ocuparme en algo.

Fuente: Elaboración propia

Aplicación de la escala con una muestra pequeña de adultos mayores

Esta aplicación se realizó con seis mujeres y cuatro hombres, entre los 59 y 76 años de edad. Ésta permitió determinar que: i) el tiempo de respuesta de la escala puede oscilar entre 15 y 25 minutos y; ii) la necesidad de cambiar la redacción de los reactivos mostrados en la Tabla 3. Los reactivos que sufrieron nuevas modificaciones y que habían sido cambiados en su redacción previamente por los jueces expertos o los informantes clave, fueron el 10, 17, 18, 41 y 43, mientras que los reactivos 25, 30 y 39 no habían sido modificados previamente.

Tabla 3. Reactivos modificados con base en la aplicación con 10 adultos mayores.

Reactivos modificados por jueces expertos, informantes claves o de la versión española	Reactivos versión para México
10. Ver cómo mi pasado coincide con mi trayectoria de vida.	10. Ver cómo mi pasado coincide con mi trayectoria (recorrido) de vida.
17. Recordar alguna situación del pasado en que fui tratado injustamente.	17. Acordarme de alguna situación del pasado en que fui tratado injustamente.

18. Recordar que tengo la capacidad de luchar con problemas del presente.	18. Acordarme de que tengo la capacidad de luchar con problemas del presente.
25. Recordar a alguien que ha fallecido.	25. Acordarme de alguien que ha fallecido.
30. Transmitir la historia y el patrimonio cultural familiar.	30. Transmitir la historia, costumbres y valores familiares.
39. Examinar cómo mis fortalezas pueden ayudarme a solucionar un problema actual.	39. Reconocer cómo mis fortalezas pueden ayudarme a solucionar un problema actual.
41. Recordar personas cercanas que ya no forman parte de mi vida.	41. Acordarme de personas cercanas que ya no forman parte de mi vida.
43. Mantener en la memoria viejas heridas.	43. Mantener vivos recuerdos tristes.

Fuente: Elaboración propia

Al final de este documento se puede encontrar la versión de la RFS con la integración de todos los cambios.

Conclusión

Este estudio sienta las bases para la evaluación empírica de la RFS en adultos mayores mexicanos, como requisito previo para la obtención de su confiabilidad y validez factorial. La obtención de una escala con características psicométricas óptimas, permitirá realizar actividades de evaluación e intervención con adultos mayores mexicanos. . Lo que sin lugar a dudas traerá una mayor comprensión sobre este grupo de la población respecto a su desarrollo psicológico y satisfacción con la vida.

En comparación con la versión española (Ros et al, 2016), la versión adaptada para población de adultos mayores mexicanos, considera el mismo número de reactivos y opciones de respuesta, aunque con algunos cambios en la manera de describir las instrucciones, vocabulario, las opciones de respuesta y formato de presentación de la frase que antecede a los reactivos. No obstante, se espera que el cuidado de la equivalencia funcional y el significado en ambas versiones, permita validar empíricamente la escala.

El proceso de obtención de la equivalencia funcional que implicó la solicitud del permiso para el empleo de la versión española de la escala, la participación de jueces expertos, informantes clave y adultos mayores de la población general, permitió obtener la equivalencia funcional para nuestra población, de acuerdo con la guía de la ITC (2017). La solicitud del permiso a los autores de la versión española para adaptarla con adultos mayores mexicanos, representa el respeto a la propiedad intelectual, lo que posteriormente posibilitará la comparación entre los resultados obtenidos en ambas poblaciones con la aplicación de la escala.

La evaluación de jueces expertos permitió concluir que el uso de la escala es pertinente en la población de adultos mayores mexicanos, ya que el constructo que

evalúa es entendible entre la población y los reactivos reflejan situaciones que los adultos mayores reportan en su vida cotidiana. Así también, debido a que los jueces son nativos de México y a que tres de ellos vivieron al menos seis meses en España, se puede asegurar que los cambios realizados en la redacción y vocabulario de las instrucciones y reactivos, tienen equivalencia funcional con la versión española. De igual manera, la inclusión de informantes clave y adultos mayores que respondieron la escala, apoyó en la obtención de evidencia respecto a la equivalencia funcional de la RFS en ambas versiones. Lo anterior posibilita la evaluación empírica de la escala, descartando el sesgo de la falta de entendimiento de las instrucciones, reactivos y formato por parte de los adultos mayores mexicanos.

Una posible limitación del estudio es que entre los jueces no se contempló la participación de un hablante nativo de España con residencia en México, a fin de contar con un elemento más que permitiera corroborar la equivalencia entre ambas versiones. Lo cual puede ser una sugerencia para futuros estudios.

El siguiente paso para la conclusión de la adaptación de la escala es su evaluación empírica con una muestra mayor de adultos mayores mexicanos, a fin de evaluar el funcionamiento de los reactivos, la comprensión de la escala por un mayor número de adultos, la obtención de su confiabilidad y su validez factorial, tal como lo propone la ITC (2017).

En conclusión, se cuenta con una versión de la Escala de Funciones de la Reminiscencia adaptada cultural y lingüísticamente, para adultos mayores mexicanos (ver Anexo). Misma que, en un futuro será validada empíricamente con una muestra mayor de adultos mexicanos, a fin de obtener sus características psicométricas. Una vez obtenido el coeficiente de confiabilidad y su validez factorial, la escala podrá ser utilizada para evaluar su correlación con otras variables o constructos y comparar su uso en diferentes grupos étnicos, tal como lo realizado en estudios previos (Cappeliez & O'Rourke, 2006; Washington, 2009; Ros et al., 2016).

Notas:

1) Este artículo fue respaldado por Fondos Nacionales a través de FCT – Fundación para la Ciencia y la Tecnología (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) dentro de CINTESIS, Unidad de I + D (referencia UIDB / 4255/2020).

2) Este artículo recibió el apoyo de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, a través del Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa [PFCE] 2019.

Referencias

- Afonso, R., Bueno, B., Loureiro, M., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology, 37*, 1063-1080. Doi: 10.1080/03601277.2010.500585.
- Butler, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 26*, 65-76.
- Cappeliez, P. & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology, 61B* (4), 237-244.
- Cappeliez, P., Guindon, M. & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies, 22*, 266-272. Doi: 10.1016/j.jaging.2007.06.003.
- Comisión Internacional de Test (International Test Commission [ITC], 2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). [www.InTest-Com.org]. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf [retrieved in 26 maio 2020]
- Erikson, E. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International Universities Press.
- Gonçalves, D. C., Guedes, J. M., Fonseca, A. M., & Martín, I. (2010). Psychometric properties of the reminiscence functions scale for the Portuguese population. *International Journal of Aging & Human Development, 71*, 153-166. Doi: 10.2190/AG.71.2.d.
- Hallford, D. & Mellor, D. (2013). Reminiscence-based therapies for depression: should they be used only with older adults? *Clinical Psychology, 20*, 452-468. Doi: 10.1111/cpsp.12043.
- Lou, V. & Choy, J. (2014). Factorial structure and psychometric properties of a brief version of the Reminiscence Functions Scale with Chinese older adults. *Aging and Mental Health, 18*(4), 531-536. Doi:10.1080/13607863.2013.860423.
- O'Rourke, N.; Carmel, S.; Chaudhury, H.; Polchenko, N. & Bachner, Y. (2013). A cross-national comparison of reminiscence functions between Canadian and Israeli older adults. *Journals of Gerontology B Psychol Sci Soc Sci; 68*(2):184-92. Doi: 10.1093/geronb/gbs058.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*(5), 541-558. Doi: 10.1080/13607863.2011.651434.

Ros, L.; Meléndez, J.; Webster, J.; Mayordomo, T.; Sales, A.; Latorre, J. & Serrano, J. (2016). Reminiscence functions scale: factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1521-1532. Doi: 10.1017/S1041610216000326.

Shellman, J. M. and Zhang, D. (2014). Psychometric testing of the modified reminiscence functions scale. *Journal of Nursing Measurement*, 22, 500-510. Doi: 10.1891/1061-3749.22.3.500.

Washington, G. (2009). Modification and psychometric testing of the reminiscence functions scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 134-147. Doi: 10.1891/1061-3749.17.2.134.

Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the reminiscence functions scale. *Journal of Gerontology*, 48, 256-262. Doi: 10.1093/geronj/48.5.P256.

Webster, J. D. (1997). The reminiscence functions scale: a replication. *International Journal of Aging and Human Development*, 44, 137-148. Doi: 10.2190/AD4D-813-DF5XN-W07G.

Gonçalves, D. C., Guedes, J. M., Fonseca, A. M., & Martín, I. (2010). Psychometric Webster, J. D., & Gould, O. (2007). Reminiscence and vivid personal memories across adulthood. *The International Journal of Aging & Human Development*, 64, 149-170. Doi: 10.2190/Q8V4-X5H0-6457-5442.

Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30(4), 697-721. Doi: 10.1017/S0144686X09990328.

Wong, P. (1995). The Processes of Adaptative Reminiscence. In B. Haight & J. Webster (Ed), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (23-35). Bristol: Taylor & Francis.

Anexo: Escala de Funciones de la Reminiscencia adaptada cultural y lingüísticamente para México.

Instrucciones

En diferentes épocas de la vida, la mayoría de las personas adultas piensan en el pasado. Recordar tiempos pasados puede suceder espontáneamente o a propósito, tanto en privado como en compañía de otros, puede dar lugar a recuerdos de episodios tanto alegres como tristes. Este proceso de recuerdos de nuestro pasado personal es llamado reminiscencia, una actividad que es llevada a cabo por adultos de todas las edades. Este cuestionario se refiere a por qué recordamos, o a cuáles son las funciones de la reminiscencia, es decir, que finalidad tiene el recuerdo o que objetivos puede ayudarme a conseguir recordar algunas memorias.

A continuación, aparecerán 43 frases que otras personas han identificado como funciones o utilidad de la reminiscencia. Lea cuidadosamente cada frase y valórela siguiendo la escala que se le presenta a continuación, en función de la frecuencia con que recuerda el pasado con una **intención concreta**. Tenga en cuenta que no le estamos preguntando con qué frecuencia recuerda el pasado en general, sino la frecuencia del propósito concreto con que usted lo recuerda.

Vea el siguiente ejemplo.

La frase podría ser:

“Yo recuerdo el pasado porque me ayuda a resolver problemas actuales”

Si usted **nunca** usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 1.

Si usted casi nunca usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 2.

Si usted pocas veces usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 3.

Si usted algunas veces usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 4.

Si usted a frecuentemente usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 5.

Por último, si usted siempre usa el recuerdo del pasado con la finalidad de resolver problemas actuales, entonces rodee con un círculo el número 6.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

Por favor responda cada cuestión de forma separada. Es decir, algunas de las frases pueden parecer que describen funciones similares, aun así, valore cada una de las frases de forma independiente. Responda lo más sinceramente posible sin detenerse a pensar mucho en su respuesta, su primera impresión es normalmente la más correcta. Por favor utilice las hojas que vienen a continuación para señalar sus respuestas. Gracias

CUANDO YO RECUERDO EL PASADO LO HAGO CON LA INTENCIÓN DE:

1. Enseñar a los jóvenes de mi familia cómo era la vida cuando yo era joven.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

2. Ayudarme a “poner mis asuntos en orden” antes de morir.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

2. Ayudarme a llenar el vacío que tengo cuando siento que el tiempo pasa muy lento.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

3. Ayudarme a llenar el vacío que tengo cuando siento que el tiempo pasa muy lento.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

4. Ayudarme a planear el futuro.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

5. Mantener viva la memoria de un ser querido que murió.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

6. Acercarme más a nuevos amigos y conocidos.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

7. Favorecer el compañerismo y el sentimiento de ser parte de algo.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

8. Comparar cómo he ido cambiando, y que a pesar de ello sigo siendo el mismo.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

9. Me da un sentimiento de plenitud personal al acercarme al final de mi vida.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

10. Ver cómo mi pasado “coincide” con mi trayectoria (recorrido) de vida.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

CUANDO YO RECUERDO EL PASADO LO HAGO CON LA INTENCIÓN DE:

11. Superar mis momentos de intranquilidad o incomodidad.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

12. Solucionar dificultades del presente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

13. Mantener vivos algunos recuerdos que son dolorosos para mí.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

14. Ser leal y mantener viva la memoria de un ser querido que ha fallecido.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

15. Volver a pensar en las oportunidades perdidas.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

16. Reducir el aburrimiento.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

17. Acordarme de alguna situación del pasado en que fui tratado injustamente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

18. Acordarme de que tengo la capacidad de luchar con problemas del presente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

19. Aliviar la depresión.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

20. Transmitir los conocimientos aprendidos a otras personas.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

CUANDO YO RECUERDO EL PASADO LO HAGO CON LA INTENCIÓN DE:

21. Ocuparme, porque no tengo otra cosa en que pensar.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

22. Crear lazos de unión entre viejos y nuevos amigos.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

23. Enseñar a los jóvenes sobre valores de nuestra cultura.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

24. Tener un sentido de identidad personal.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

25. Acordarme de alguien que ha fallecido.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

26. Definir quién soy ahora.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

27. Reducir las diferencias que existen entre las distintas generaciones.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

28. Generar una conversación.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

29. Prepararme para mi propia muerte.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

30. Transmitir la historia, costumbres y valores familiares.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

CUANDO YO RECUERDO EL PASADO LO HAGO CON LA INTENCIÓN DE:

31. Ver los problemas que me sucedieron desde un punto de vista diferente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

32. Entenderme mejor.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

33. Perder el miedo a la muerte después de recordar.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

34. Iniciar una conversación fácilmente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

35. Ver que he vivido una vida completa, y por lo tanto, puedo aceptar la muerte con más calma.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

36. Conocerme a mí mismo y crecer personalmente.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

37. Ocuparme en algo.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

38. Enfrentar los pensamientos sobre mi muerte.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

39. Reconocer cómo mis fortalezas pueden ayudarme a solucionar un problema actual.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

CUANDO YO RECUERDO EL PASADO LO HAGO CON LA INTENCIÓN DE:

40. Revivir recuerdos amargos.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

41. Acordarme de personas cercanas que ya no forman parte de mi vida.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

42. No repetir en el futuro los errores cometidos en el pasado.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

43. Mantener vivos recuerdos tristes.

Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5	6

CAPACITACIÓN EN REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

Paola Flores Rodríguez¹, Alma Rodríguez Gallegos¹, Irving Rosales Martínez¹, Luis Hernández Jácquez², José Luna Muñoz³

¹Universidad Juárez del Estado de Durango, ²Universidad Pedagógica de Durango, ³Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

Por primera vez en la historia de la humanidad habrá más personas adultas mayores que niños, y para el 2050 se proyecta que serán el doble, llevando a que la pirámide poblacional se invierta. El proceso de envejecimiento que acompaña a esta población los hace más susceptible a padecer demencia como la enfermedad de Alzheimer. A consecuencia se ha presentado un creciente interés en los cuidados de esta población desde el enfoque multidisciplinario gerontológico. Nosotros planteamos un meta-metamodelo de aprendizaje donde se capacita al cuidador principal en atención y rehabilitación cognitiva, lo que lograra una mejora en la calidad de vida del adulto mayor y su familia, con un valor de beneficio a terceros de manera incondicional y amorosa.

Palabras claves

Adulto Mayor y Envejecimiento, Demencia, Cuidador Principal, Rehabilitación Cognitiva y Gerontología.

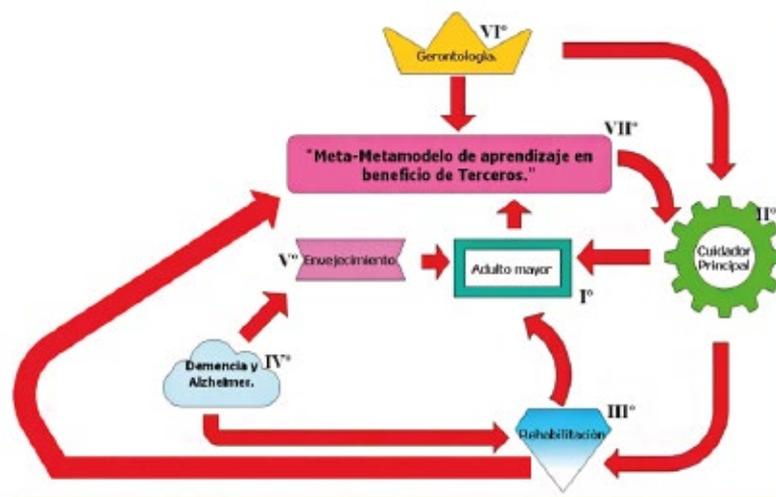
Introducción

Interesados en mejorar la calidad de vida del adulto mayor que pueden ser además pacientes con alzhéimer, utilizando la herramienta más poderosa que tiene el ser humano, que es conocimiento al cual se llega por medio de los procesos educativos. Por este poderoso argumento, escribimos este capítulo del libro para plasmar una propuesta que permita las relaciones intergeneracionales y redes de apoyo que mejoren la calidad de vida de las personas por medio de la implementación de meta-metamodelo de educación gerontológico; lo dividimos en tres partes la primera es una Introducción a la realidad con entusiasmo para abordarla que explica las palabras claves relacionándolo con el modelo que se creó; la segunda es el Desarrollo de las teorías para implementación en el aprendizaje de los años enfocado en teorías y modelos en los cuales nos apoyamos para el desarrollo de dicho meta-metamodelo de los cuales destaca por su grandeza y belleza “la teoría de la Neurociencias” que manejaremos con una visión educativa y clínica desde las nuevas tecnologías diagnosticas que se manejan a nivel mundial en el área de la medicina; y por último, la Conclusión con entusiasmo del aprendizaje que cambia la vida de las personas adultas mayores que indica la evolución de nuestro trabajo con una perspectiva de los resultados tan maravillosos y satisfactorios que hemos tenido ayudando a muchos adultos mayores, a sus cuidadores principales y a su familia para mejorar su vida y sueños en los últimos años de vida para que sean realmente dorados y felices. Al final de cada apartado relacionamos los conceptos para que nuestra idea sea fácil de comprender para el lector de una manera dinámica y colorida. Bueno ahora sí, solo queda decir empezamos.

Existe una relación entre las teorías cognitivas con el adulto mayor y el envejecimiento (Figura 1.- I°, V° y VII°), para ello debemos tener en cuenta que es la manera de enseñar y aprender que va cambiando conforme avanzamos en el tiempo, en esta parte la gerontología juega un papel fundamental en la vida del adulto mayor, al interactuar tanto como cuidador principal, así como profesional responsable, y del mismo modo al poder brindar una capacitación para demás cuidadores informales (Figura 1.- VI°, II°).

Una enseñanza y práctica constante de un conocimiento evita la progresión de una enfermedad mental como la demencia o el Alzheimer. Estos estados de poco aprendizaje y cognición en los adultos mayores deben ser evitados por los cuidadores a través de una rehabilitación cognitiva en la cual primero el cuidador debe conocer y saber aplicar las teorías cognitivas del conocimiento para mantener la mente fresca y activa de su adulto mayor (Figura 1.- IV° y III°), Aquí toma partido el meta-metamodelo de aprendizaje en beneficio a terceros donde la información es llevada al cuidador informal para así profesionalizar su trabajo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Figura 4. Constructos del Modelo de Creencias en Salud.



Fuente: Elaboración propia. Diseño: Rodríguez-Gallegos Alma, Rosales-Martínez Irving.

Desarrollando las teorías para implementación en el aprendizaje de los años

Nuestra propuesta se enfoca en que todos los adultos mayores y sus familias cuenten con un proceso de aprendizaje adecuando que les permita brindar el esmero y respeto que requiere el adulto mayor en cada uno de sus días.

Para lograr alcanzar el enfoque multidisciplinario del modelo, tan educativamente humanitario en los años, se requiere desarrollar un marco teórico global basado en varias teorías y modelos de enseñanza. El presente documento se dividirá cuatro partes: la primera corresponde a las Teorías sobre el aprendizaje, la segunda a los modelos de enseñanza, nuestra propuesta innovadora en el área educativa como lo es el Meta-Metamodelo, y por último la relación de las teorías con las palabras clave.

Las Teorías

La filosofía propone concebirnos a nosotros mismos dentro de nuestro entorno, siendo su mayor interés la transformación que lleva a cabo la información para convertirse en conocimiento, esta transformación se denomina aprendizaje. Para comprender el aprendizaje del cuidador debemos de entender cómo se origina, desarrolla y madura; bajo este encausamiento el hombre ha planteado a lo largo del tiempo lo que se conoce como teorías del aprendizaje, que son intentos para explicar cómo aprendemos a través de la interpretación de este proceso.

Las teorías del aprendizaje se dividen en internas y externas, Las internas se dividen en dos ramas importantes, la primera rama; es la parte material donde se guarda la mente, contenedor altamente evolucionado llamado cerebro, La segunda rama; de la teoría interna, es la parte mental o psique que corresponde a los procesos consientes e inconscientes propios de la mente humana donde entra la

parte inmaterial y estructurada del concepto de experiencia, ambas ramas son estudiadas por una miscelánea de disciplinas conocidas como Neurociencias. En las externas se abordan al individuo en relación a su entorno, considerando la influencia que se tienen para el proceso de aprendizaje

Teoría Interna “La verdad de las Neurociencias”

Las neurociencias es una disciplina que es considerada una ciencia naciente, remontada al microscopio y al Dr. Santiago Ramón y Cajal quien fue el primero en visualizar la unidad funcional del cerebro, la neurona. Su aplicación es buscar mecanismos fisiológicos donde el aprendizaje lleva a la adquisición de conocimientos modificando la memoria (Simpson, 2015).

Las neurociencias empiezan a trabajar dentro del contexto de aprendizaje por medio de la función cerebral, dentro de sus mayores aportaciones es la objetividad que plantea por medio del método cuantitativo. Pero sobre todo en el equilibrio que propone la combinación con el método cualitativo (Cashman, 2015; Wegerif, 2014), presentando dos ramas para su abordaje.

La primera rama el punto vital de las neurociencias; las neuronas, ese universo conectándose entre sí que trasmite diferentes estímulos e información. Los Núcleos neuronales son un grupo de neuronas, que cuando se conectan entre si se denominan redes neuronales que son la forma más elevada de integración neuronal y cada núcleo se convierte en un centro de especialización que gracias a la gran red de conexiones permite llevar a cabo funciones tan complejas de memoria y aprendizaje (Hobson & Pace-Schott, 2002; Ruffle, 2014). Las neurociencias utilizan los fundamentos de las redes neuronales para poder comprender de qué manera se aprende (Hobson & Pace-Schott, 2002; Ruffle, 2014). Este aprendizaje es medible de dos formas, con la plasticidad neuronal, que es la capacidad de las neuronas de formar nuevas conexiones con otras (sinapsis) en respuesta a un proceso de evolución y adaptación a los estímulos del medio externo (Bartol et al., 2015). y la Neurogenesis, el proceso donde las neuronas generan nuevas neuronas, por medio de la división y diferenciación celular (Videnovic, Lazar, Barker, & Overeem, 2014). Se creía que este proceso era único en la etapa embrionaria, pero en la actualidad se ha descubierto que en el adulto se lleva a cabo la plasticidad neuronal, principalmente en el hipocampo y en el bulbo olfatorio (Mignot, Taheri, & Nishino, 2002; Pace-Schott & Hobson, 2002; Steriade, 2005; Steriade & Timofeev, 2003).

Ambas unidades de medida se utilizan para determinar de manera objetiva el proceso de aprendizaje. Esto permitirá determinar si la rehabilitación cognitiva presenta resultados sobre el adulto mayor para mejorar el déficit y deterioro cognitivo leve, moderado o severo del paciente con Alzheimer. Por medio de los biomarcadores se estatuirá si hay retroceso en el proceso de deterioro cognitivo o si se presenta una fase de estabilización.

La segunda rama puntualiza que el proceso de aprendizaje en la mayoría de los casos tiene un resultado que se puede considerar como recompensa o castigo, que está determinado de manera externa como lo podría ser una calificación, por lo tanto, la valoración de la recompensa o castigo está determinada por una parte no-social (Reyes Carreto, Godínez Jaimes, Ariza Hernández, Sánchez Rosas, & Torreblanca Ignacio, 2014). El proceso de aprendizaje en los niños está basado principalmente en recompensas considerado una red no social. En los adultos el proceso de aprendizaje lleva un factor consiente para el valor costo-beneficio, influenciado por las ideas sociales (Ruff & Fehr, 2014). En términos sociales se plantean tres situaciones donde el cerebro valora de qué manera se realizará la activación neuronal de la memoria siendo resultado del proceso de aprendizaje:

- 1) Situaciones donde el cerebro evalúa como es el aprendizaje en el mismo. *“el efecto del aprendizaje sobre el individuo”*
- 2) Evalúa la toma de decisiones y las consecuencias que tiene en relación con otras personas. *“análisis del aprendizaje en terceros”*.
- 3) El cerebro guía su comportamiento exclusivamente por las normas y principios sociales. *“importancia de la sociedad a seguir preparándose”*.

Las neurociencias difieren en términos del sujeto, así como en las referencias de la naturaleza social, pero el efecto final de la capacidad del ser humano por conocer, aprender y percibirse a sí mismo y su entorno; es la consumación de la evolución mental y cognitiva que conocemos como: Toma de decisiones (Bilimoria et al., 2016; Chang, George Kolcun, & Wang, 2016). Esta incorpora tres fases, que requieren la evaluación apropiada. Cada una de las toma de decisiones activa partes específicas del cerebro, que incrementan el consumo de los niveles de oxígeno, gracias a esto se conocen las redes neuronales que caracterizan cada tipo de decisión (Putilov, Münch, & Cajochen, 2013; Videnovic et al., 2014; Xie et al., 2013). La primera fase “Evaluación de la experiencia”, considera el tipo de recompensa que reciben por el proceso de aprendizaje, se asocia con la actividad neuronal de la corteza orbito frontal, la amígdala, la insula anterior y la corteza cingulada anterior (Ruff & Fehr, 2014; Steriade, 2005). La Segunda fase “Evaluación anticipada de resultados” prevé el tipo de recompensa obtenido del proceso de aprendizaje donde se ven involucradas neuronas dopaminérgicas en el área ventral tegmentada y la sustancia nigra. Estas neuronas determinan la probabilidad de error, siendo una actualización de lo ya aprendido y el proceso de idealización de lo esperado. La tercera fase “Toma de decisiones final” integra las señales de todos los pensamientos que incluyen la anticipación y costos asociados con las diferentes selecciones, esto se ven involucrados en la corteza prefrontal en su parte ventromedial (Bartol et al., 2015; Ruff & Fehr, 2014).

Los resultados obtenidos del proceso de aprendizaje por lo general son positivos, generan situaciones de placer las cuales contribuyen a liberar neurotransmisores como la oxitocina, considerado el neuropeptido de la felicidad, que cuando es

liberado bloquea el aprendizaje que se lleva a cabo en la amígdala cerebral, influenciando positivamente la toma de decisiones relacionada con la confianza, el nivel de confianza favorable, bloquea la experiencia social, esto disminuye el proceso de memoria del primer evento, sin embargo, facilita que el estudiante se encuentra más dispuesto al desarrollo de la atención en otras situaciones de enseñanza como lo es la practica reflexionada (Clark-Elford et al., 2014). El cerebro es capaz de reconocer cuando el proceso de aprendizaje es una decisión propia o si está influenciado por otros, en el caso que la decisión lleve un contexto previo de valoración personal la corteza prefrontal ventromedial presenta una gran actividad, lo que indica, una concientización del proceso de memoria y un análisis más profundo, como resultado el proceso de aprendizaje se vuelve más duradero. Nosotros realizaremos talleres de sensibilización que potencialicen los procesos de satisfacción por medio de que el cuidador tome la decisión concientes de cuidar a su adulto mayor. Por otro lado, el aprendizaje se ve confirmado por medio de la memoria, una de las más importantes es la memoria a largo plazo la cual se lleva a cabo durante el sueño.

El hipocampo es el órgano consecuente de este tipo de memoria, la cual se da durante el sueño profundo, por lo que patologías que alteran el sueño afectan sin duda las fases de la memoria tanto para el cuidador como para el abuelito.

Se le critica a razón de que la mayoría de sus confirmaciones experimentales son llevadas a cabo en un medio controlado, donde la parte social del individuo aparentemente no tiene ninguna influencia, lo cual iría en contra de las teorías sociales; pero no es así, las neurociencias consideran que primero se debe estudiar una sola variable, confirmando si estas tiene influencia o no y si es modificable en los procesos de aprendizaje, en dado caso que así sea se podrá continuar con otra variable (Reyes Carreto et al., 2014; Vargas, Ramírez, Cortés, Farfán, & Heinze, 2011). Las neurociencias tienen como meta la generación de conocimiento, en simbiosis con otras disciplinas encontrando nuevas herramientas de evaluación social y medica en los procesos de aprendizaje (Chang et al., 2016; Izar Landeta, 2011).

Modelos de memoria

La memoria no es un proceso unitario ni cumple una sola función. De hecho, los humanos y los animales tienen varios tipos de memoria que son parcialmente independientes y están mediados por regiones cerebrales diferentes. En la vida diaria, estos sistemas de memoria suelen funcionar en paralelo, interactuando de manera óptima y, en caso de daños, se compensan funcionalmente entre si hasta cierto punto.

Los modelos prominentes de memoria distinguen entre los sistemas de memoria en función de si el aprendizaje y la recuperación se produce de manera consciente

o inconsciente dependiente de la región hipocampo, para distinguir estos sistemas de memoria, los investigadores han evaluado a pacientes con daño cerebral local sugiriendo con sus resultados que algunos tipos de memoria son accesibles para la conciencia (las que están afectadas en estos pacientes), mientras que otras no lo son (las que no están afectadas) originando un modelo de memoria declarativa versus no declarativa.

Modelo de Memoria declarativo versus no declarativo

Es modelo fue desarrollado originalmente para describir diferentes tipos de memoria a largo plazo y se divide en dos amplias categorías la primera clase se refiere a la memoria declarativa que es la recolección almacenamiento de información de manera consciente, la otra es la memoria no declarativa la cual abarca diversas habilidades de la memoria y aprendizaje inconsciente. La memoria declarativa consta de dos subclases memoria episódica, que consiste en memoria para eventos bibliográficos; y memoria semántica, que consiste en hechos y conocimientos generales. Los recuerdos semánticos son impersonales y carecen de contexto autobiográfico, mientras que los recuerdos episódicos son personales. Estos incluyen donde y cuando ocurrieron momento, y requieren de un sentimiento para su recuperación, este tipo de memoria es la que esperamos lograr abordar por medio de los talleres de capacitación en cuidados del adulto mayor, La parte del cerebro que es responsable de este tipo de memoria es el lóbulo temporal medial y el diencéfalo. La memoria no declarativa incluye la memoria procedimental de habilidades y hábitos sensoriomotores y cognitivos; memoria implícita; la memoria clásica simple o memoria condicionada; y la memoria de habituación y sensibilización. Siendo independientes del lóbulo temporal, este tipo de memoria será ejercitada en el paciente adulto mayor con deterioro cognitivo leve o severo ya que es independiente de la conciencia del paciente.

Modelo de Memoria basado en procesamiento en lugar de conciencia

Los modelos de memoria a largo plazo distinguen entre los sistemas de memoria en función de si el aprendizaje y la recuperación se da de manera consciente o inconsciente, como se mencionó anteriormente la memoria consciente depende del hipocampo, sin embargo, en la actualidad se ha demostrado que esta región del cerebro media el aprendizaje asociativo rápido con o sin conciencia, permitiendo la retención de información no solo a corto, sino también, a largo plazo, por lo tanto la conciencia no puede ser la única manera para diferenciar los tipos de memoria, por lo tanto, se requiere plantear un nuevo modelo en el que los sistemas de memoria se distinguen en función de las operaciones de procesamiento y no depende de codificación y recuperación consciente (Henke, 2010).

Este es un metamodelo ya que está formado por tres modelos básicos de procesamiento que difieren con respecto a tres variables: codificación rápida

versus codificación lenta; codificación asociativa versus codificación individual y representación flexible compuesta versus representación rígida unificada. Dentro de las desventajas de este modelo es que no postula la existencia de sistemas de memoria subyacentes. Los tres modelos de procesamiento se seleccionan para sistemas cerebrales especializados que a su vez generan recuerdos cualitativamente distintos permitiendo que utilicemos técnicas de rehabilitación variada con una alta posibilidad de resultados en el paciente con deterioro cognitivo sin importar el grado en el que se encuentre. La codificación rápida de asociación flexible sería como la memoria episódica ya que el hipocampo y la neocorteza se responsabilizan de esta; la codificación Lenta de asociación rígida sería la memoria condicionada clásica o para la creación de memoria procesal o semántica responsabilizándose de esta de esta los ganglios basales, el cerebelo y la neocorteza; Codificación rápida asociativa de elementos unificados o individuales sería la memoria implícita y memoria sensación de familiaridad siendo responsable el giro parahipocampal y la neocorteza al estar involucrada la en todos los modelos confirma nuestra propuesta que la rehabilitación física constante permitirá resultados en la memoria ya que nos fundamentamos en el modo de procesamiento y codificación para tener resultado a mediano plazo en la rehabilitación.

Teoría Externas “La Teoría sociocultural de Lev Vygotski”

Dentro de esta teoría, el ser humano al entrar en contacto con la cultura a la que pertenece se apropia de los signos que son de origen social para posteriormente internalizarlos. Por ende, el cuidador se va ir apropiando de las manifestaciones culturales que tienen un significado en la actividad colectiva de la salud, es así como “los procesos psicológicos superiores se desarrollan en el cuidador por integración de las partes sociales y de salud, a través de la adquisición de la tecnología de la sociedad, de sus signos y herramientas, y a través de la educación en todas sus formas como son los talleres de rehabilitación”, una vez que se lleve a cabo, la aceptación de la responsabilidad que tiene con el adulto mayor entonces se dará la adaptación.

Consideramos que el momento de mayor aprendizaje es cuando el lenguaje y la actividad práctica convergen, siendo anteriormente dos líneas de desarrollo totalmente independientes, “en un momento dado se unen y el lenguaje se vuelve racional y el pensamiento verbal. Cuando el cuidador verbalice sus miedos y problemas al enfrentarse con la cotidianidad del cuidado del adulto mayor su lenguaje sigue a las acciones, es provocado y dominado por la actividad; en estadios superiores surge una nueva relación entre la palabra y la acción, ya que el lenguaje guía, determina y domina el curso de la acción y aparece su función planificadora, de tal manera el lenguaje es esencial para el desarrollo cognoscitivo.

En este caso, el cuidador fue capaz de construir su conocimiento, pero requiere de

ayuda para resolver algunas cuestiones, por lo que considera que un especialista en cuidado del adulto mayor potencialice de nuevo el proceso de aprendizaje, a esto se le conoce como Zona de desarrollo próximo (ZDP) considerada el contraste entre la planeación con ayuda la ejecución, creada como crítica a las pruebas de Coeficiente intelectual (Chaves Salas, 2001; Vigotsky, 1978). Así, las teorías de vigosky consideran importante la enseñanza aprendida en casa, por medio del cuidado del adulto mayor va acompañada de una actividad que enriquece la calidad de vida más que el concepto de habilidad en el cuidado de la persona mayor.

Teoría de neuroprotección de TAU

En investigaciones recientes de los últimos años se han logrado avances en el descubrimiento del desarrollo y progresión de la enfermedad de Alzheimer asociado a la formación de las placas neuríticas (PN) y marañas neurofibrilares (MNF) que caracterizan la degeneración neuronal. Estos nudos son formados por la acumulación de polímeros anormales de los cuales la proteína TAU que en condiciones normales estabilizan el microtubulo y dan forma al axón neuronal pero en esta enfermedad es su componente principal de MNF (Basurto-Islas et al., 2008)

En la enfermedad de Alzheimer esta proteína es llevada a una hiperfosforilación y posteriormente recortada, lo que se creía que aumentaba la progresión de la enfermedad. Pero estudios recientes de inmunohistoquímica se ha llegado al descubrimiento de la hipofosforilación de la proteína TAU reduce el avance de la enfermedad de Alzheimer y el estado de demencia el mayor tiempo posible. Sin embargo, la proteína TAU, al irse agregando y empalmarse una sobre otras van reduciendo el tamaño de las organelos, lo que reduce su función hasta ya no permitir un correcto funcionamiento y terminar con una neurona con MNF. Sin embargo, esta evolución es mas lenta gracias a la hiperfosforilación permitiendo que la neurona viva muchos años (Luna-Muñoz, Chávez-Macías, García-Sierra, & Mena, 2007).

Por el contrario de lo que se esperaba, al eliminar en los cerebros de estos pacientes la proteína TAU, se mostró que la enfermedad evolucionaba más rápidamente a un cuadro de demencia severa, confirmado de esa manera que TAU hiperfosforilada puede alentar el proceso demencial y la muerte neuronal permitiendo que esta avanzara en un tiempo mayor, un periodo de hasta 20 años o más (Flores-Rodríguez et al., 2015)

Por ende, es vital la preservación de la proteína TAU para la protección de las neuronas para retrasar el avance de la enfermedad, permitiéndonos de este modo, la realización de los trabajos de rehabilitación cognitiva, lo cual, generaría un retraso muy importante en el avance de dicha enfermedad ganando así el nombre de “Efecto Neuroprotector de TAU” que esperamos potencializar con la

rehabilitación que enseña el meta-metamodelo (Flores-Rodríguez et al., 2019; Reyes-Pablo et al., 2020).

Se concluye el Meta-metamodelo.

El trabajo que se desea realizar está enfocado a un proceso de enseñanza para el aprendizaje diferente e innovador, esto se explica con que el sistema educativo tradicional en el que se está formado se recompensa directamente al educando. Pero nosotros queremos que el conocimiento tenga la gracia hacia un tercero en este caso nuestros adultos mayores, Por este enfoque tan humano, requerimos de un modelo integral que logre la atención de alumno o cuidador principal, para el desarrollo de un nivel de sensibilidad de apoyo a terceros. Por lo que así, inferimos en la necesidad de “formar el entorno del modelo” de beneficio a adulto mayores mediante la creación de un metamodelo. El lenguaje del modelo unificado y el lenguaje de restricción de objetos describe el método en el que se implementa Dominio del meta-modelaje característico de los sistemas computacionales integrales (Nordstrom, Sztipanovits, Karsai, & Ledeczi, 1999). Nuestro programa integral de salud y cuidado del adulto mayor (PISyCAM) se opera de acuerdo al paradigma modelado, el cual define el lenguaje para modelar, se captura en forma de especificaciones formales de teorías y modelos de enseñanza que en conjunto evolucionan a él metamodelo.

Los modelos son representaciones abstractas de sistemas o procesos de enseñanza del mundo real y cuando el proceso que se está modelando es el proceso de crear modelos se denomina correctamente metamodelado. Así, los conceptos que se aplican al modelado también se aplican al metamodelado y al meta-metamodelado. Sin embargo, cada uno de ellos es totalmente diferentes, debido al marco conceptual de cuatro capas. (Tabla 1). Revisando descripciones, estructura y funciones nuestra propuesta corresponde a un Meta-modelaje es “*Meta-meta-modelo de aprendizaje de beneficio a terceros*” (Figura 2.).

Como podemos apreciar este meta-metamodelo creado por nosotros precisa el comportamiento sintáctico y semántico del arquetipo de aprendizaje que deseamos promulgar

Tabla 1. Definición del concepto de modelaje.

#	DESCRIPCIÓN	ESTRUCTURA	FUNCIÓN
ELEMENTO DE APRENDIZAJE	Elemento base del modelo	Está formado por axiomas que determinan la hipótesis	Define específicamente que información se dará en el proceso de aprendizaje.

MODELO	Una instancia del Metamodelo	Está formado por una Teoría	Define de qué manera se dará el proceso de aprendizaje
METAMODELO	Una instancia de Meta-Metamodelo	Está determinado por varias Teorías	Define el lenguaje semántico que se utilizara durante el proceso de aprendizaje
META-METAMODELO	Es la infraestructura para la arquitectura del metamodelaje (Está determinado por varios modelos y Teorías)	Está determinado por Modelos y Teorías; pueden ser uno o varios de estos dos elementos	Define elementos de utilidad de cada una de las teorías y modelos para crear un lenguaje que permita entender mejor el aprendizaje y la manera en que se da. Desde un punto de vista novedoso.

Fuente: Elaboración propia

Dentro de las ventajas que encontramos es que toma lo mejor de cada teoría o modelo y la integra a su fenotipo, permitiendo evolucionar de forma segura y eficiente frente a los cambiantes requisitos de la población de Durango, Esta propiedad evolutiva es característica de la teoría de las Neurociencias.

También abarcamos la parte social donde valoramos la manera clásica y permanente de la teoría de Vygotski que nos permite estimar la calidad humana del vínculo entre el especialista y el cuidador como un binomio.

Agregado, los dos modelos de memoria necesarios en la fase de formación del alumno. Donde implementamos el modelo clásico de memoria declarativa que utilizaremos en el cuidador y el no declarativo que se verá abordado en la implementación de la rehabilitación cognitiva; pero sin duda, el más importante es el nuevo metamodelo de memoria basado en procesamiento, el cual nos permite afirmar que el proceso de rehabilitación podrá ser aplicado aun en pacientes con deterioro severo, que presentan perdida en el nivel de conciencia para determinar recuerdos a guardar, ya que este metamodelo plantea la posibilidad de que la memoria no solo depende de una fase consciente, sino que puede presentar codificación inconsciente con daño cerebral como lo presentan los pacientes con Alzheimer.

Relación de teorías con palabras clave.

La teoría sociocultural del desarrollo cognitivo y la gerontología. (Figura 2.- B) VI°) Se pretende una relación de cómo se perciben los adultos mayores ante la sociedad y le da campo de estudio a la gerontología, esto genera conocimiento en el cuidador principal para que razone situaciones y cree su propia idea de cómo tratar a un paciente.

Modelo de memoria declarativa versus no declarativa de la mano del

Conclusión

Este meta-metamodelo da lugar a la innovación, por su inclusión y su metodología de trabajo, la cual permite un mejor aprovechamiento del conocimiento y experiencias brindadas para así el beneficiar a los adultos mayores que están incapacitados o presentan alguna enfermedad. Este fue aplicado en el desarrollo de diversos talleres de sensibilización, capacitación y rehabilitación basado en el estándar de competencia EC0665 denominado “Atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal”, (Figura 3.-1),4),7) aplicación de los talleres de rehabilitación y movilización de paciente en cama. (Figura 3.-9) Prevención del síndrome de agotamiento o “Burn Out” del cuidador, al evitar estados depresivos o sentimiento de soledad en estos, permitiéndoles de esta forma brindar un mejor apoyo a su paciente.

Esto se adapta a “la teoría sociocultural de Vygotski” que descarta la idea que el aprendizaje es solo una acumulación de respuesta y estímulos, de hecho, considera al sujeto un ente activo creador de su propio aprendizaje dependiente de la interacción con su medio ambiente por medio de la interacción sociocultural (Vygotski). (Figura 3.-6)) Una participante punciona a su compañero, muestra de confianza y entrega al curso por medio de nuestro decisión y cariño en este “Meta-Modelo educativo Gerontológico de beneficio a terceros”

Para nosotros su teoría fundamental el papel del sentimiento como el significado en el desarrollo de la percepción de los participantes en el aprendizaje en el proceso cognitivo de las herramientas de cuidados que llevaremos a cabo en actividades de simulación clínica que permitirá la interiorización y apropiación del ambiente de aplicación en cuidados tanto de manera particular como pública (Chaves Salas, 2001). (Figura 3.-3)) Técnicas como para mover a un adulto mayor en bloque. Esto además se ve reflejado en el interés y en las dinámicas de los talleres de capacitación y sensibilización (Figura 3.-5)) con la primera generación de cuidadores capacitados que incluye enfermeros y personas con mucho amor para los adultos mayores que son su corazón y familia.

Figura 3. Implementación de talleres de sensibilización, capacitación y rehabilitación.



Fuente: Elaboración propia. Diseño: Rodríguez-Gallegos Alma, Rosales-Martínez Irving

Referencias

- AID, A. s. D. I. (1994). *Ayuda para cuidadores de personas con demencia*. WHO, World Health Organization Retrieved from <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/eshelpforcaregivers.pdf>
- ANMM, A. N. d. M. d. M. (2017). *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud* (L. M. G. P. Gutiérrez Robledo', María del Carmen; Roa Rojas, Paloma Arlet & Adrián Eds. primera edición ed.). Intersistemas: CONACYT.
- Bartol, T. M., Bromer, C., Kinney, J., Chirillo, M. A., Bourne, J. N., Harris, K. M., & Sejnowski, T. J. (2015). Nanoconnectomic upper bound on the variability of synaptic plasticity. *eLife*, 4, e10778–e10778. doi:10.7554/eLife.10778
- Basurto-Islas, G., Luna-Muñoz, J., Guillozet-Bongaarts, A. L., Binder, L. I., Mena, R., & García-Sierra, F. (2008). Accumulation of aspartic acid₄₂₁- and glutamic acid₃₉₁-cleaved tau in neurofibrillary tangles correlates with progression in Alzheimer disease. *J Neuropathol Exp Neurol*, 67(5), 470–483. doi:10.1097/NEN.0b013e31817275c7
- Bilimoria, K. Y., Chung, J. W., Hedges, L. V., Dahlke, A. R., Love, R., Cohen, M. E., . . . Lewis, F. H. (2016). Development of the Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Trainees (FIRST) Trial Protocol: A National Cluster-Randomized Trial of Resident Duty Hour Policies. *JAMA Surg*, 151(3), 273–281. doi:10.1001/jamasurg.2015.4990
- Cashman, T. G. (2015). *Developing a Critical Border Dialogism: Learning from Educators in Malaysia, Mexico, Canada, and the United States*. (I. A. Publishing Ed.).
- Chang, P. Y., George Kolcun, J. P., & Wang, M. Y. (2016). Results of National, Cluster-Randomized Trial of Duty-Hour Flexibility in Surgical Training: Reflection in Neurosurgery. *World Neurosurg*, 92, 478–479. doi:10.1016/j.wneu.2016.05.090
- Chaves Salas, A. L. (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. *Educación*, 21, 59–65.
- Clark-Elford, R., Nathan, P. J., Auyeung, B., Voon, V., Sule, A., Müller, U., . . . Baron-Cohen, S. (2014). The effects of oxytocin on social reward learning in humans. *Int J Neuropsychopharmacol*, 17(2), 199–209. doi:10.1017/s1461145713001120
- De Valle-Alonso, M. J. H.-L., I.E.; Zúñiga-Vargas, M.L; Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19–27.

Flores-Rodríguez, P., Harrington, C. R., Wischik, C. M., Ibarra-Bracamontes, V., Zarco, N., Navarrete, A., . . . Luna-Muñoz, J. (2019). Phospho-Tau Protein Expression in the Cell Cycle of SH-SY5Y Neuroblastoma Cells: A Morphological Study. *J Alzheimers Dis*, 71(2), 631-645. doi:10.3233/jad-190155

Flores-Rodríguez, P., Ontiveros-Torres, M. A., Cárdenas-Aguayo, M. C., Luna-Arias, J. P., Meraz-Ríos, M. A., Viramontes-Pintos, A., . . . Luna-Muñoz, J. (2015). The relationship between truncation and phosphorylation at the C-terminus of tau protein in the paired helical filaments of Alzheimer's disease. *Front Neurosci*, 9, 33. doi:10.3389/fnins.2015.00033

Gil, J., & Navas, M. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3, 119. doi:10.30552/ejhr.v3i2.61

Guzmán-González, J. M. (2016). Presente y futuro de la rehabilitación en México. *Cirugía y Cirujanos*, 84(2), 93-95. doi:10.1016/j.circir.2016.03.001

Henke, K. (2010). A model for memory systems based on processing modes rather than consciousness. *Nat Rev Neurosci*, 11(7), 523-532. doi:10.1038/nrn2850

Hobson, J. A., & Pace-Schott, E. F. (2002). The cognitive neuroscience of sleep: neuronal systems, consciousness and learning. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(9), 679-693. doi:10.1038/nrn915

Izar Landeta, J. M. Y. C., Carmen Berenice; López Gama, Héctor. (2011). Factores que afectan el desempeño académico de los estudiantes de nivel superior en Rioverde, San Luis Potosí, México. CPU-e, *Revista de Investigación Educativa*, 12, 1-18.

Latorre Santos, C. (2019). El envejecimiento de la población. Oportunidades y retos *revista de ciencias de la Salud Bogota Colombia*, 17(3), 6-8.

LJA.MX. (2019). México tiene 13 millones de adultos mayores, pero solo 537 geriatras certificados para atenderlos Luján Salazar, Enrique. Retrieved from <https://www.lja.mx/2019/03/mexico-tiene-13-millones-de-adultos-mayores-pero-solo-537-geriatras-certificados-para-atenderlos/> consultado el 19 de julio del 2020.

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13. doi:10.1016/j.reu.2016.05.002

Luna-Muñoz, J., Chávez-Macías, L., García-Sierra, F., & Mena, R. (2007). Earliest stages of tau conformational changes are related to the appearance of a sequence of specific phospho-dependent tau epitopes in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*, 12(4), 365-375. doi:10.3233/jad-2007-12410

Masa, M. À. A.-N., Jordi. (2017). La geriatría ante el reto de construir un nuevo relato de futuro. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(5), 237-239. doi:10.1016/j.regg.2017.01.001

Masters, C. L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C. C., Sperling, R. A., & Cummings, J. L. (2015). Alzheimer's disease. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15056. doi:10.1038/nrdp.2015.56

Michela, J.-P. C. J., Alfonso J. . (2019). El futuro de la geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(4), 171-172. doi:10.1016/j.regg.2009.03.003

Mignot, E., Taheri, S., & Nishino, S. (2002). Sleeping with the hypothalamus: emerging therapeutic targets for sleep disorders. *Nature Neuroscience*, 5(11), 1071-1075. doi:10.1038/nn944

Nordstrom, G., Sztipanovits, J., Karsai, G., & Ledecz, A. (1999, 7-12 March 1999). *Metamodeling-rapid design and evolution of domain-specific modeling environments*. Paper presented at the Proceedings ECBS'99. IEEE Conference and Workshop on Engineering of Computer-Based Systems.

Pace-Schott, E. F., & Hobson, J. A. (2002). The neurobiology of sleep: genetics, cellular physiology and subcortical networks. *Nat Rev Neurosci*, 3(8), 591-605. doi:10.1038/nrn895

Patterson, C. (2018). *La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras*. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport2018-spanish.pdf>

Putilov, A. A., Münch, M. Y., & Cajochen, C. (2013). Principal component structuring of the non-REM Sleep EEG spectrum in older adults yields age-related changes in the sleep and wake drives. *Curr Aging Sci*, 6(3), 280-293. doi:10.2174/187460980603140101203412

Reyes-Pablo, A. E., Campa-Córdoba, B. B., Luna-Viramontes, N. I., Ontiveros-Torres, M., Villanueva-Fierro, I., Bravo-Muñoz, M., . . . Luna-Muñoz, J. (2020). National Dementia BioBank: A Strategy for the Diagnosis and Study of Neurodegenerative Diseases in México. *J Alzheimers Dis*. doi:10.3233/jad-191015

Reyes Carreto, R., Godínez Jaimes, F., Ariza Hernández, F. J., Sánchez Rosas, F., & Torreblanca Ignacio, O. F. (2014). Un modelo empírico para explicar el desempeño académico de estudiantes de bachillerato %J Perfiles educativos. 36, 45-62..

Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad %J Horizonte sanitario. 17, 87-88.

- Ruff, C., & Fehr, E. (2014). The neurobiology of rewards and values in social decision making. *Nat Rev Neurosci*, 15.
- Ruffle, J. K. (2014). Molecular neurobiology of addiction: what's all the (Δ)FosB about? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 40(6), 428-437. doi:10.3109/00952990.2014.933840
- Santana Álvarez, J. (2016). La Geriatria, Gerontología y Psicogerontología en la revista Archivo Médico de Camagüey %J Revista Archivo Médico de Camagüey. 20, 108-113.
- Simpson, A. (2015). Designing pedagogic strategies for dialogic learning in higher education. *Technology, Pedagogy and Education*, 1-17. doi:10.1080/1475939X.2015.1038580
- Steriade, M. (2005). Sleep, epilepsy and thalamic reticular inhibitory neurons. *Trends Neurosci*, 28(6), 317-324. doi:10.1016/j.tins.2005.03.007
- Steriade, M., & Timofeev, I. (2003). Neuronal plasticity in thalamocortical networks during sleep and waking oscillations. *Neuron*, 37(4), 563-576. doi:10.1016/s0896-6273(03)00065-5
- United, N. (2019). *Highlights*. (978-92-1-148316-1). United Nations, New York Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33, 199-201.
- Vargas, I., Ramírez, C., Cortés, J., Farfán, A., & Heinze, G. (2011). Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina: estudio de seguimiento a un año %J Salud mental. 34, 301-308.
- Videnovic, A., Lazar, A. S., Barker, R. A., & Overeem, S. (2014). 'The clocks that time us'—circadian rhythms in neurodegenerative disorders. *Nature Reviews Neurology*, 10(12), 683-693. doi:10.1038/nrneurol.2014.206
- Vigotsky, L. (1978). *Interaction between learning and development* (M. C. Gauvain, Michael Ed. Second Edition ed.).
- Wegerif, R. (2014). *Science Education for Diversity: Theory and Practice (Cultural Studies of Science Education Book 8)* (Springer Ed.).
- Xie, L., Kang, H., Xu, Q., Chen, M. J., Liao, Y., Thiyagarajan, M., . . . Nedergaard, M. (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*, 342(6156), 373-377. doi:10.1126/science.1241224

INTERVENCIÓN DE ARTETERAPIA EN PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Mónica Jorquera Cox

Universidad de Antofagasta

Resumen

El envejecimiento sostenido de la población, traerá asociado también a un segmento de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer impactando tanto en su calidad de vida como en su entorno cercano, en el caso de las personas mayores institucionalizadas son escasos los programas dirigidos a ellos para favorecer su calidad de vida y bienestar, la presente investigación busca analizar los aspectos develados en un proceso de arteterapia realizado en conjunto con un grupo de 5 adultas mayores institucionalizadas en un centro de Antofagasta, Chile que presentan deterioro cognitivo y Enfermedad de Alzheimer moderada. La investigación se realizó a través de metodología cualitativa, realizándose análisis de contenido categorial cuyos resultados evidenciaron competencias preservadas de las participantes y bienestar emocional, demostrando los beneficios del arteterapia en estas participantes

Palabras claves

Enfermedad de Alzheimer, Arteterapia, Bienestar Emocional, Adultos Mayores Institucionalizados.

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto en las sociedades, el aumento de la expectativa de vida, trae a la vez una serie de desafíos en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores, especialmente en el ámbito de salud, por la aparición de las enfermedades que deterioran la calidad de vida por la pérdida de autonomía y funcionalidad, como es el caso de la Enfermedad de Alzheimer, que no es una consecuencia normal del envejecimiento, La Enfermedad de Alzheimer según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una prioridad de salud pública que debemos abordar, esto debido a que ya afecta a 47,5 millones de personas en el mundo, de las cuales el 58% vive en países de ingresos bajos y medios, en la actualidad según diversos estudios entre un 5% y un 8% de la población mayor de 60 años presenta esta patología. (Palma, 2018). La prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se va duplicando cada 5 años, alcanzando el 15%-20% en los mayores de 75 años y el 25%-50% en los mayores de 85 años. (Ministerio de Salud, MINSAL, 2015).

Se estima que actualmente en Chile, que el 1,06% de la población total país presenta algún tipo de Enfermedad de Alzheimer (Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias-COPRAD, 2012). Es importante señalar que la mayor tasa de prevalencia de Enfermedad de Alzheimer en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural, los que podrían considerarse como determinantes sociales de la enfermedad. (González, et al. 2010).

Cuando se diagnostica una Enfermedad de Alzheimer no se habla de una enfermedad determinada, sino de un conjunto de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria u otras capacidades de razonamiento, que limitan gravemente la autonomía de una persona para realizar las actividades cotidianas. El Alzheimer representa entre el 60 % y el 80% de las demencias (Alzheimer's Association 2015).

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad que provoca dependencia debido que el adulto mayor que la padece no tiene la autonomía para poder realizar por si solo las ABVD y las AIVD, tiene varias causas diferentes y el término abarca múltiples trastornos cerebrales degenerativos que afectan la memoria, el pensamiento, el comportamiento, la emoción y el rendimiento en actividades de la vida diaria. (Alzheimer's Disease International 2010).

Es así que este fenómeno trae asociado otras problemáticas como es el cuidado adecuado de las personas que la padecen, ya que por sus características van perdiendo el sentido de conexión con la realidad y con sus familias, lo que hace cada vez más difícil el convivir con ellos debido a su limitaciones en la capacidad de comunicación, finalmente muchas de las familias que actualmente son más pequeñas, no pueden cuidar a sus padres y los adultos mayores terminan viviendo

solos, requiriendo muchas veces de apoyo especialmente cuando su autonomía se ve afectada por una Enfermedad de Alzheimer y la familia al no poder cuidarlos decide la institucionalización.

En este caso para el adulto mayor aumenta la sensación de estrés al tener que enfrentarse a una nueva forma de vida y más aún tener que adaptarse a ella, no contando con mecanismos y estrategias necesarios, no sólo para afrontarlos o compensarlos, sino también realizar su propia transición incluso desde el hogar donde ha vivido siempre hasta un lugar desconocido como la institución. (Cifuentes, 2005).

Institucionalización de personas con Enfermedad de Alzheimer

Los servicios geriátricos, como los establecimientos de larga estadía, cuidados continuos, residencias u hogares de ancianos, aparecen en nuestro país como una respuesta a una necesidad social y van relevando su importancia como un soporte de ayuda frente a los problemas que giran en torno a las personas de edad avanzada que viven solas y sin soporte familiar o que de una u otra forma deciden irse a vivir a un lugar con esas características. (SENAMA, 2016).

Para los adultos mayores institucionalizados la rutina y monotonía que les significa vivir en estos establecimientos y al control que se ejerce sobre ellos, es desesperanzador ya que no pueden realizar actividades fuera de las instituciones teniendo que adecuarse al tiempo de sus familiares para poder salir a pasear o realizar alguna actividad en el exterior, el vivir en un entorno de institucionalización supone además mantener relaciones sociales diarias, de personas que no son elegidas por ellos sino que ya estaban en el lugar, lo que significa mayor cantidad de relaciones sociales, pero de alta insatisfacción (Cifuentes, 2005).

Expresión de Emociones en personas con Enfermedad de Alzheimer

El impacto individual, familiar y social de esta enfermedad es importante. La Enfermedad de Alzheimer, trae consigo profundas implicancias asociadas, como la dificultad de convivir con las consecuencias que esta enfermedad. Entre otros aspectos, podemos observar síntomas emocionales como ansiedad, depresión, baja autoestima y estrés. (González, et al, 2010).

A medida que la enfermedad progresa, las capacidades de la vida diaria y la cognición de los pacientes disminuyen gradualmente, y las habilidades lingüísticas existentes hacen que sea imposible para estos pacientes expresar sus emociones negativas, dejándolas así propensas a síntomas conductuales y psicológicos, como ansiedad, depresión, entre otros trastornos lo que los lleva a tener una calidad de vida muy deteriorada (Wang & Li, 2016).

Chancellor et al (2014), manifiesta que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer generalmente experimentan síntomas neuropsiquiátricos, que disminuyen su calidad de vida, los tratamientos farmacológicos para estos síntomas aún son limitados en su eficacia. Lo que hace importante el poder contar con otras terapias que mejoren los síntomas neuropsiquiátricos, en ausencia de perspectivas de futuro para una cura para las demencias degenerativas.

Según Romagnoli (2013), los afectos son los que permiten a las personas con Enfermedad de Alzheimer a seguir en contacto y relacionarse con el entorno, inclusive cuando ya no se acuerdan de sus familiares y cuidadores, sí reconocen cariño hacia ellos y asimilar esas emociones, es por eso que a la hora de aplicar cuidados y tratamientos se deben identificar sus necesidades emocionales, si las emociones, o sensaciones, se quedan registradas, aunque el recuerdo desaparezca, trabajar con ellas y hacer un refuerzo positivo beneficiará al bienestar de la persona, lo mismo es sostenido por Guzmán-Vélez et al (2014), ya que aunque la memoria se desvanezca, los sentimientos permanecen, las visitas frecuentes, las interacciones sociales, con personas significativas, actividades placenteras, el ejercicio, la música, el baile, las bromas y servir a los pacientes su comida favorita, son detalles simples que pueden tener un impacto emocional importante y duradero en la calidad de vida y el bienestar interior de un persona con Alzheimer.

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer más avanzada tienen problemas con el lenguaje, son incapaces de verbalizar el pensamiento para expresar sus sentimientos, pero si mantienen habilidades visuales y motrices básicas, que les permiten expresar emociones a través de líneas, formas y colores en actividades creativas y apreciación del arte, produciéndoles sensación de bienestar (Chancellor, et al. 2014).

Arteterapia y sus beneficios en personas con Enfermedad de Alzheimer

Son muchas las definiciones realizadas para describir que es Arteterapia, se puede decir que es una disciplina que facilita la expresión de emociones y el autoconocimiento del individuo con fines terapéuticos, a través del proceso creativo del individuo más que al valor estético del producto u obra final utilizando distintos materiales y técnicas, acompañado por un profesional Arteterapeuta en un ambiente contenido y protegido, generando bienestar en las personas.

Según la Asociación Americana de Arteterapia (AATA) esta es definida como “una profesión de servicios de salud humana y salud mental integradora que enriquece las vidas de individuos, familias y comunidades a través de la creación artística activa, el proceso creativo, la teoría psicológica aplicada y la experiencia humana dentro de una relación psicoterapéutica” , esta terapia actúa como medio complementario a la medicina convencional, ya que, actúa directamente en el ámbito psicoemocional de las personas favoreciendo así la expresión de los sentimientos intrínsecos de cada ser humano.

Frente a la dificultad de comunicarse y expresar emociones en las personas mayores con Enfermedad de Alzheimer, el arteterapia se presenta como una alternativa muy beneficiosa, según Chancellor et al. (2014), la evidencia de estudios sugiere que el arteterapia podría ayudar a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer por tres factores: el primero es que la terapia artística se basa en habilidades preservadas en lugar de intentar corregir las discapacidades, el segundo es que la terapia artística proporciona un vehículo para la expresión emocional en pacientes que tienen problemas para comunicarse verbalmente y el tercero es que al crear arte visual se puede generar un estado de confort, que se asocia con una sensación de bienestar.

El Arteterapia surge como una terapia artística relevante en el caso de las Enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo, porque puede entregar grandes beneficios para apoyar a los pacientes ya diagnosticados, proporcionando en algunos casos el único medio de auto-expresión; ya que se ha visto que los procesos creativos pueden reforzar conexiones sinápticas alterando la estructura y el funcionamiento neuronal, beneficiando a los enfermos de Alzheimer a nivel biológico (Andreasen, 2006), citado en Ehresman (2014).

En relación con la expresión artística y el deterioro neurológico, Martínez (2006), sostiene la siguiente hipótesis: *“Si el arte es una vía de expresión del ser humano y el ser humano tiene necesidad de expresarse siempre, habrá expresión artística aun cuando exista un deterioro neurológico producido por una enfermedad”* (p.49).

Wang (2016), sostiene que la terapia de arte actúa como una forma de estímulo sensorial. La actividad creativa y los procesos de creación de arte se enfocan en las habilidades cognitivas, motoras, emocionales e interpersonales. Aunque la función cognitiva disminuye progresivamente durante el curso de la enfermedad, los estudios han encontrado que incluso las personas con Enfermedad de Alzheimer avanzada son capaces de completar autorretratos cuando se les solicita (Beard 2012), citado en Wang (2016).

La realización de actividades plásticas, al igual que otras terapias, favorece el cuidado de diferentes capacidades como: la atención mantenida, la psicomotricidad fina, la organización espacial, la coordinación viso manual, percepción y asociación de formas y colores, figuras y fondos, así como la autonomía, la relajación y disminución de la ansiedad (Romagnoli, 2013).

Con la estructura adecuada, los pacientes con Enfermedad de Alzheimer pueden producir y apreciar el arte visual. Los estudios sugieren que la terapia artística llama la atención, proporciona placer y mejora los síntomas neuropsiquiátricos, el comportamiento social y la autoestima (Chancellor et al. 2014).

Stalling (2010), plantea que entre las técnicas más usadas en personas con

enfermedad de Alzheimer está el collage, ya que es un vehículo efectivo para el proceso de reminiscencia el uso de artículos pre cortados, es posiblemente uno de los mejores medios para ayudar a recordar etapas de la vida, además puede ser percibido como menos amenazante que otros medios porque no exige tener una habilidad para dibujar. (Berardi, 1997; Wald, 1983), citados en Stalling (2010).

Badía (2017), sostiene que los resultados comunes de estudios sobre el efecto de las actividades creativas en la Enfermedad de Alzheimer mejoran la socialización, la participación y la comunicación entre los participantes; ofrecen oportunidades para que los pacientes se involucren en actividades normalizadas; proporcionan percepción de sentimientos de capacidad; promueven mejoras emocionales, tales como disfrute, placer e interés; la presencia de sintomatología asociada a la Enfermedad de Alzheimer no condiciona los procesos creativos y promueve la calidad de vida.

En relación con los procesos que podrían asociarse al trabajo arte terapéutico en personas mayores con Enfermedad de Alzheimer, se podría fundamentar desde algunos de los conceptos de la teoría postulada por Marinovic (1994, p. 202-204), en relación a las funciones cognitivas y psicológicas de las artes (Cuadro N°.1)

Cuadro N°1 Funciones Cognitivas y Psicológicas de las artes (Extracto)

Funciones cognitivas	Funciones afectivas y motivacionales
<p><i>Enriquece Potencia la capacidad perceptiva:</i></p> <p>a) Activa la exploración, discriminación, interrelación y organización perceptiva</p> <p>b) Relaciona diversos sentidos entre sí</p> <p>c) Intensifica la experiencia sensorial</p> <p>d) Desarrolla y extiende la conciencia de la realidad externa e interna. Enseña a descubrir y no solo a reconocer.</p>	<p>4. Provoca gratificación narcisista. Puede reforzar la autoconfianza y mejorar la autoestima</p> <p>8. Satisface diversos motivos humanos, como los de: Autoexpresión y creación, comunicar y compartir experiencias, logro y reconocimiento, juego y ritual, ser competente, identidad, interiorizar y exteriorizar valores espirituales y estéticos</p>
<p><i>Estimula la imaginaria y el potencial creativo.</i></p> <p>a) Contribuye a una adaptación más activa, compensando las limitaciones de la realidad</p> <p>b) Permite recrear lo pasado, darse cuenta del presente</p>	

Fuente: Elaboración propia.

Esta investigación estudia a un grupo de adultas mayores institucionalizadas con deterioro cognitivo y Enfermedad de Alzheimer, durante el desarrollo de un proceso de arteterapia, para descubrir las características y los significados que subyacen en un proceso de arteterapia

Esto permitirá aportar con conocimientos a la disciplina de arteterapia en un tema poco abordado en el país, su importancia radica en que el fenómeno de las Enfermedad de Alzheimer aumentará considerablemente con los años por el aumento de la población de adultos mayores proyectada tanto a nivel mundial como nacional, y serán necesarios soportes profesionales e institucionales para su atención, que les permitan tener una calidad de vida adecuada.

Metodología

El estudio se desarrolla en el marco del paradigma cualitativo interpretativo, durante un proceso de 3 sesiones arteterapia a cinco adultas mayores institucionalizadas entre los 78 y los 93 años dos de ellas presentaban deterioro cognitivo moderado y tres de ellas Enfermedad de Alzheimer en etapas inicial y moderada, con la participación directa de la investigadora

Las cinco adultas mayores participantes firman consentimiento informado, en conjunto con sus familiares tutores y director de Institución, según los aspectos éticos de Ezekiel Emanuel en que se enmarca el estudio

Las adultas mayores en su contexto habitual presentaban un régimen controlado con horarios establecidos, observándose también como esto incide en sus comportamientos, si bien realizan actividades diarias conjuntas como la alimentación, existía poca interacción entre ellas, ya que estaban gran parte del día sentadas en el salón, por lo que la aceptación a participar en las sesiones, fue bien acogida de parte de ellas, si bien presentan deterioro cognitivo y Enfermedad de Alzheimer, su actitud en las sesiones de arteterapia siempre fue de trato cordial y participativo.

Para la recolección de la información, se estudian 3 sesiones de arteterapia de un total de 30 realizadas en un período de 6 meses, se realizaron registros de audio y video de las sesiones de arteterapia, lo que permitió la creación de registros ampliados para su posterior análisis. Las sesiones fueron no directivas, directivas y semi directivas, las sesiones estudiadas se describen en Cuadro N°1, la selección de las sesiones estudiadas responde a sesiones sin interrupciones, con grabaciones completas y la asistencia de las cinco participantes

Todas las sesiones se iniciaban con un encuadre donde se saludaba a las señoras y se conversaba de los temas vividos durante la semana por ellas, dos de ellas no recordaban nada de la sesión anterior, por lo que debía presentarme siempre como si fuera la primera vez.

Cuadro N° 1. Resumen de las sesiones estudiadas.

<i>Sesión</i>	<i>Etapas de la sesión</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Consigna</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Sesión N°5</i>	<i>Encuadre</i>	<i>10 minutos</i>	<i>“Construyendo juntas”</i>	<i>- Favorecer la exploración de materiales - Promover la Interacción Grupal</i>
<i>Directiva Obra grupal pre dibujada (solicitada por las adultas mayores)</i>	<i>Trabajo grupal</i>	<i>60 minutos</i>		
	<i>Significado de la experiencia, cierre</i>	<i>20 minutos</i>		
<i>Sesión N°10</i>	<i>Encuadre</i>	<i>30 minutos</i>	<i>“Como me siento ahora”</i>	<i>-Promover la Interacción Grupal -Permitir la expresión de emociones y la evocación e recuerdos</i>
<i>Semi Directiva</i>	<i>Trabajo grupal</i>	<i>40 minutos</i>		
	<i>Significado de la experiencia, cierre</i>	<i>20 minutos</i>		
<i>Sesión N°13</i>	<i>Encuadre</i>	<i>30 minutos</i>	<i>“Que es lo que me gusta”</i>	<i>-Favorecer la exploración de materiales</i>
<i>No Directiva</i>	<i>Trabajo grupal</i>	<i>40 minutos</i>		
	<i>Significado de la experiencia, cierre</i>	<i>20 minutos</i>		

Fuente: Elaboración propia.

Las sesiones se realizaron en el Setting (Espacio seguro), que se encuentra inserto en un salón de la misma institución

Materiales Usados. Para el trabajo en las sesiones de arteterapia se dispuso una variada gama de materiales, pero las participantes eligieron en todas las sesiones materiales de alto control según la clasificación de Landgarten (1987), lo que significa que eran más fáciles de usar para ellas, materiales gráficos (lápices de carbón , lápices de colores plumones de colores), materiales pictóricos (témperas líquidas y en barras , pinceles gruesos) materiales Tridimensionales (Plastilina , Arcilla) y otros (, revistas para collages, tijeras de punta roma, pegamento en barra, figuras pre cortadas de goma,)

Resultados

La información obtenida está basada en la observación detallada y la revisión de registros ampliados, que evidencian el desarrollo de las sesiones de arteterapia en un grupo de cinco adultas mayores, donde fue importante la observación detallada del proceso creativo de cada una de ellas y la recolección de otros datos especiales como; lenguaje no verbal, el acercamiento a los materiales, el desarrollo de las obras, la conducta observable, la interacción entre el grupo y la investigadora, se realizó análisis de contenido categorial se identificaron tópicos y sub tópicos que finalmente se ordenan y se agrupan según tema, se construyen 2 categorías principales:

- Competencias preservadas de las participantes en el Proceso Creativo
- Bienestar en las participantes

Cuadro N° 2. Categorías Principales

Competencias preservadas de las participantes en el Proceso Creativo	Bienestar en las participantes
<ul style="list-style-type: none">• Competencias para la realización del proceso creativo• Motivación interna por crear• Interés por los materiales• Limitaciones para la realización del proceso creativo	<ul style="list-style-type: none">• Expresiones de Agrado• Mejora comunicación interpersonal

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación y Discusión de Resultados

Competencias preservadas de las participantes en el Proceso Creativo

Competencias para la realización del proceso creativo en las participantes en la realización de sus procesos creativos, las que aparecen de manera sostenida en las sesiones estudiadas

Se observa el reconocimiento de figuras en las obras o revistas, durante el desarrollo de las sesiones, las figuras reconocidas se asocian a flores, cosas, estructuras y también la identificación de figuras familiares, a la percepción de la dimensión espacial de las obras, aquí se observa que las participantes se preocupan en el desarrollo de las obras por la composición, la relación con los objetos y su posición simétrica o asimétrica y la perspectiva en la obra. En este sentido Waller (2007) y Romagnoli (2013), sostienen que el trabajo con actividades plásticas, al

igual que el trabajo con otro tipo de terapias, favorece el cuidado y mantenimiento de diferentes capacidades como: la atención mantenida, psicomotricidad fina, la organización espacial, la percepción y asociación de formas y colores, figuras y fondos.

La capacidad visuo-espacial se encuentra alterada en una de las adultas mayores participantes, pero ella no lo percibe como un impedimento para la realización de sus procesos creativos, se observa que todas sus obras están realizadas en el extremo inferior derecho de manera diagonal, se aprecia también que las imágenes están colocadas de manera inversa,



(Obra, Señora E, sesión 13)

Según Arriola et al. (2017), esta capacidad es aquella necesaria para representar, analizar y manipular un objeto mentalmente. Existen varios desafíos a medida que la enfermedad progresa, los dibujos a menudo se simplifican y rotan, con porciones omitidas, las imágenes pueden superponerse o fragmentarse, es común observar la perseveración y las líneas cortas incompletas las personas con Enfermedad de Alzheimer pueden confundir el material de arte con la comida, o pueden colocar pegamento en el lado equivocado del papel, o tener dificultades para cortar o agregar agua a las pinturas de color de agua, Bassols (2006).

En el estudio se observa la evocación de recuerdos familiares del hogar y paseos, desde las adultas mayores, las que surgen en las obras a través de dibujo y collage, dando cuenta que la memoria a largo plazo, específicamente la memoria declarativa episódica se activa con la actividad artística, esto también es sostenido por Marinovic (1994) en relación a que el arte estimula la imaginación y el potencial creativo, permitiendo recrear lo pasado.

Se observa en la imagen como dibuja en detalle una jaula, con énfasis en las patas, recordando que ahí era donde se tropezaba y se caía cuando era niña, por lo que

coloca la imagen de una niña en goma azul acostada en el suelo al lado de la jaula:
E: “Estas son las patitas de la jaula” / señala detallando parte su dibujo/ “cuando yo me caía me afirmaba ahí en las patas, en las patas de la jaula”...”se me enredaba en los pantalones”, “Me caía ahí en el patio y me llevaban al baño altiro”



(Fragmento Obra Señora E, sesión 10)

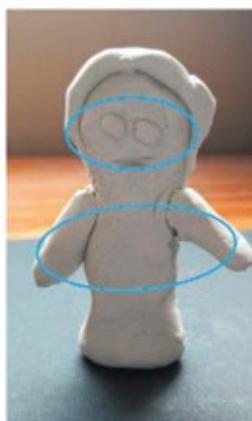
La reminiscencia aparece especialmente al trabajar con la técnica de Collage, ya que es una técnica que les permite desarrollar sus procesos sin el temor de no saber dibujar, y equivocarse, se observa la evocación de recuerdos en ellas, según Stallings (2010), quien sostiene que el collage es un vehículo efectivo para el proceso de reminiscencia, las adultas mayores trabajaron con Collage, efectivamente. E: “Ahí está mi hija mirando los niños”



(Fragmento Obra Señora E, sesión13)

-Motivación interna por crear. Se observan aquí factores como el interés en el proceso creativo cuando las adultas mayores se conectaban con su obra, proyectando su mundo interno su individualidad, trabajaban entretenidas con entusiasmo hasta terminarlas, lo que podría sugerir que se sienten con la libertad de expresarse libremente, frente a su rutina de estar en un contexto normativo. Se observa un trabajo prolijo y detallado en algunas obras, demostrando la

importancia que tenía para ellas realizar bien su obra, preocupándose de la realización de detalles, como ojos, boca, pelo y brazos para poder terminarlas; La señora Lo trabajó figuras escultóricas, en la décima sesión preocupándose de la realización de detalles en sus obras, como ojos, boca, pelo y brazos para poder terminarlas: Lo: “Estos son las manitos, ¿ve?” / *Le muestra los brazos de arcilla a la investigadora* / “aquí tengo letra manitos ¿ve? “/ *Toma una de las figuras /*” ¡ah! ¡También está con ojos!”



(OBRA FIGURA N° 1 DE SEÑORA LO, SESIÓN 10) (OBRAS SESIÓN N° 10 DE SEÑORA LO)

Las imágenes escultóricas de la Señora Lo, fueron trabajadas con mucho detalle en la sesión 10, aquí trabajó cuatro figuras en arcilla blanca, tres imágenes de un tamaño parecido aproximado de 6 centímetros de alto y una imagen final más grande de 10 centímetros, aproximados, era primera que vez que trabajaba este material, se mostró muy entusiasmada durante toda la sesión, no hubo narración de su significado

El interés en aprender cosas nuevas aparece en los relatos de las adultas mayores, las animaba a probar el “cómo hacer”, como se evidencia en varios momentos de las sesiones en una de las participantes que se alegraba mucho de sus logros, al término de sus obras, auto refería que vivía en el campo y nunca había tenido la posibilidad de trabajar de esa forma ni siquiera de niña, se observó también la satisfacción de los adultas mayores al manipular y usar los materiales, a disfrutar de ellos y sus colores, a sentirse sorprendidas al ver lo que estaban haciendo, la autonomía de trabajo y capacidad de decisión es evidenciada también en el desarrollo de los procesos creativos de las señoras, lo que se manifiesta a través de sus discursos y su actuar al decidir la elección de los materiales, técnica y colores, lo que nos podría sugerir que las adultas mayores sentían libertad en este espacio y pudiendo expresar autonomía en estos detalles, develando probablemente lo que no pueden hacer en un contexto normado, donde las decisiones son tomadas por otros. Lo mismo se observó en un estudio de Ullán (2011), donde se evidenció un alto nivel de compromiso de los adultos mayores con la actividad y su interés en aprender cosas nuevas

-Interés por los materiales, Se observa el acercamiento que tienen las adultas mayores con los materiales primero, a través de la curiosidad fijando la vista y la intencionalidad de tocarlos para continuar con la exploración sensorial a través del tacto, como pasaba con el trabajo con arcilla se iniciaba como un ejercicio de exploración manipuladora y terminaba en una obra, lo que generaba satisfacción e interés en las adultas mayores, en relación a esto, Bassols, (2006) y López, (2011) refieren que al modelar se establece un diálogo con la materia, lo que accede a la realidad interna y favorece el reencuentro de la persona con la materia. Son las texturas, las formas y colores lo que llamaban su atención para tocarlos, lo que sugiere que la sensorialidad abre el espacio a la creación utilizando la percepción, Marinovic (1994), sostiene que el arte enriquece y potencia la capacidad perceptiva al activar la exploración, relacionar diversos sentidos entre sí, en este caso la visión y tacto, intensifica la experiencia sensorial ; Wang (2016), sostiene que la terapia de arte actúa como una forma de estímulo sensorial enfocándose la actividad creativa en las habilidades cognitivas, motoras, emocionales e interpersonales. Sin embargo, considerando que siempre en las sesiones se les presentaba toda una variedad de materiales a su disposición, ellas siempre eligieron materiales de alto control, probablemente por ser más conocidos por ellas y de manejo más fácil.

En relación a las obras creadas por las adultas mayores, se aprecia lo simbólico en algunos detalles que probablemente para ellas a nivel consciente no tenían significados asociados, podrían referirse a su familia, a ellas, a la institución o al ámbito religioso, como era el caso de una de las señoras que después de un ejercicio con arcilla realizó una obra y la visualizo como su abuela y después como una virgen

Y en el caso de la señora V el gusto por su obra, es a través del reconocimiento religioso, incluso de imitar la actitud de la obra con movimientos de su cuerpo, y de la valoración estética: V: *“Si una virgen parece porque está...” /coloca la actitud de una virgen con la cabeza hacia abajo/ I:” Mire la forma que tiene”, “Esta bonita” / esboza una sonrisa/*



(Obra N°2 Señora V, sesión 10)

Malchiodi (2017), sostiene que el arteterapia utiliza actividades artísticas simples para ayudar a las personas a expresarse y desarrollar un sentido de bienestar a través del proceso creativo. Expresarse a través de un dibujo, pintura, escultura o collage hace evidentes nuestros pensamientos, sentimientos e ideas y comunica lo que a veces no podemos decir con palabras solamente.

Durante el desarrollo de las sesiones de arteterapia se observaron características que complejizaron el desarrollo de las sesiones, como: - Las limitaciones de las adultas mayores para la realización del proceso creativo, asociadas a las limitaciones motoras, presentadas por las adultas mayores o desorientación en la actividad para la realización de sus obras, requería de apoyo y acompañamiento personalizado de la investigadora lo que ayudaba a disminuir la actitud insegura, impaciente y temerosa y la inmovilidad o la autopercepción limitante presentada por las adultas mayores al inicio de la sesión, antes de realizar la obra. Martínez (2006), plantea que el trabajo plástico de las personas con Enfermedad de Alzheimer es una tarea difícil, porque además de los déficits y pérdidas de habilidades presentados, se encuentra también presente su miedo al error, a manchar o mancharse. Sin embargo las limitaciones no fueron obstáculos para que las adultas mayores pudieran desarrollar sus procesos creativos, porque cada una de ellas contaba con competencias para la realización de sus procesos creativos, se evidencian capacidades conservadas, asociadas a funciones cognitivas básicas como; la atención sostenida por más de 10 minutos en la realización de sus obras, trabajaban en silencio y concentradas mientras realizaban sus procesos creativos, frente a esto Chancellor et al, (2014), sostiene que la terapia artística se basa en habilidades preservadas en lugar de intentar corregir las discapacidades, y en relación al dominio de la atención en el adulto mayor, Sánchez et al. (2008), asegura está estrechamente relacionado con la motivación que despierte la tarea que se esté realizando, y con las alteraciones perceptivas, entonces si hay condiciones ambientales estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del adulto mayor

Bienestar en las adultas mayores. Se evidencia bienestar en las adultas mayores a través de las expresiones de agrado observadas como: sentir orgullo, asombro y satisfacción de la obra realizada, las risas y alegría de reconocer sus obras anteriores, la autopercepción de logro al ver su obra y la mejora de la comunicación interpersonal, observado a través de la interacción grupal, la complicidad, compañerismo y apoyo entre ellas, y el sentido del humor. Según Chancellor et al, (2014), al crear arte visual se puede generar un estado de confort, que se asocia con una sensación de bienestar, según Schallock et al (2003), el bienestar emocional se manifiesta a través del establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, de la vivencia expresión y manejo de emociones, el logro de objetivos personales, la valoración de las habilidades y competencias propias, características observadas en las participantes durante el proceso arte terapéutico, y según Guzmán et al (2014), aunque la memoria se desvanezca los sentimientos

permanecen ,las visitas frecuentes, las interacciones sociales, con personas significativas, actividades placenteras, son detalles simples que pueden tener un impacto emocional importante y duradero en la calidad de vida y el bienestar interior de un persona con Alzheimer, lo mismo refiere Oliván (2012), citado en Romagnoli (2013), en relación a que es importante tener en cuenta las necesidades emocionales de las personas con Enfermedad de Alzheimer a la hora de aplicar cuidados y tratamientos. Si las emociones, o sensaciones, se quedan registradas, aunque el recuerdo desaparezca, trabajar con ellas y hacer un refuerzo positivo beneficiará al bienestar de la persona.

- *Expresiones de agrado.* La verbalización de bienestar por las adultas mayores, aparece en todas las sesiones a través de la expresión de emociones y verbalización de estas, el sentir orgullo y asombro y satisfacción de la obra realizada, la que se manifestaba a través de expresiones verbales en voz alta y risas, al darse cuenta que pueden hacer algo más y que aún son capaces de realizar otras cosas que le den un sentido a su vida diaria, surgen también en las adultas mayores la alegría al reconocer obras anteriores realizadas y el gusto por la obra al verlas terminadas; la autopercepción de logro es evidenciada verbalmente, frente al resultado de sus obras terminadas, las adultas mayores al sentir que pudieron realizar algo que no habían realizado antes y más aún el sentirse capaz de hacerlo, en relación a esto el darse cuenta de que aún pueden realizar cosas nuevas en su vida, esto apoya lo planteado por Ullán et al. (2013), donde refiere que las personas con Enfermedad de Alzheimer tienen la capacidad de participar y disfrutar de los programas de artes visuales de igual forma y con enfoques similares a los de los adultos sin Enfermedad de Alzheimer, Badía (2017), también sostiene que el efecto de las actividades creativas proporcionan percepción de sentimientos de capacidad, promueven mejoras emocionales, tales como disfrute, placer e interés; la presencia de sintomatología asociada a la Enfermedad de Alzheimer no condiciona los procesos creativos y promueve la calidad de vida.

-*Mejora en la comunicación interpersonal.* La comunicación y el intercambio de información, se fue fortaleciendo entre las adultas mayores y también hacia la investigadora en el Setting, durante las sesiones, los registros develaron algunas características interrelacionales entre las adultas mayores como, la interacción grupal al inicio, durante el saludo y al término de la sesión frente a los comentarios de las obras, lo que se observa en cada una de las sesiones estudiadas, esta interacción condujo a; la complicidad entre las señoras donde se estudian diálogos y se visualizan miradas conectadas de manera compartida, que sugieren camaradería entre ellas frente a la realización de sus procesos creativos; el compañerismo es otro factor observado durante la realización de sus procesos creativos, Señora E: “Aquí hay un lápiz” /toma un lápiz grafito, y se lo entrega en la mano a señora S/



(Sesión 13 Señora E entrega lápiz a señora S)

Se observa apoyo entre ellas con sugerencias de materiales en sus obras, o como realizar un dibujo especialmente en las últimas dos sesiones estudiadas; E: “¿Cómo hago una niña?” / Mira sobre la mesa / ¿cómo me hago yo en el suelo? /apunta con su dedo índice en dibujo /, la señora V le responde V: “¿Una niña?, con una cara, haga la cara primero” / le dice a señora E / “y después le hace el pelo y después le hace el cuerpo” /

Aparece el sentido del humor entre ellas, al interactuar a través del humor y las bromas en las sesiones, este estaba condicionado a su estado de ánimo y al tipo de conversación en el grupo, lo que se observaba al inicio de las sesiones, surgía la conversación entre todas, entre risas y bromas lo que generó un clima muy agradable para desarrollar sus procesos creativos, Peisah (2011), encontró que incluso los pacientes con Enfermedad de Alzheimer severa podrían fortalecer su sentido de pertenencia grupal y mejorar sus habilidades sociales, afirmando lo expuesto por Ehresman, (2014) y Badía (2017), en relación a que el arteterapia, promueve el bienestar mediante el fortalecimiento de redes de apoyo y la autoexpresión, en personas con Enfermedad de Alzheimer, además de sugerir el fortalecimiento de las conexiones sinápticas estimulando varias regiones del cerebro el efecto de las actividades creativas en la Enfermedad de Alzheimer mejoran la socialización, la participación y la comunicación entre los adultos mayores.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir lo siguiente: las limitaciones cognitivas no son impedimento para llevar a cabo procesos arte terapéuticos en personas que padecen Enfermedad de Alzheimer.

Se pudo establecer que el arteterapia, favorece funciones cognitivas básicas preservadas en las adultas mayores participantes como son: la atención sostenida, durante el desarrollo de sus procesos creativos, la memoria a largo plazo, declarativo episódico, a través de la evocación de recuerdos, y la percepción a través de la sensorialidad en la exploración de los materiales.

La motivación por crear arte está presente en las adultas mayores, al igual que el interés por aprender cosas nuevas, solo requieren más tiempo para que puedan tener la confianza de que son capaces de lograr realizar una obra, frente a esto aparece también la autopercepción de logro, el sentir orgullo de lo que se realiza, la satisfacción frente a lo logrado, autorrealización al sentirse capaz de lograr o terminar un proceso completo, permitiéndole fortalecer su autoconcepto y su bienestar.

El interés por lo materiales refleja aun su capacidad de descubrir y disfrutar con la materialidad de estos y del desarrollo del proceso creativo, siendo así un canal que permite que las adultas mayores puedan expresar emociones de manera gratificante y satisfactoria, generando buen humor, estados de confort y bienestar, sobre todo en aquellas personas que tienen dificultades de comunicación, se observa satisfacción en las participantes al manipular sensorialmente la arcilla, lo que les permitió generar obras que representaban a personas de su familias

El acompañamiento y guía de la investigadora es relevante en el desarrollo del proceso arte terapéutico con las adultas mayores participantes, ya que, el apoyo y ayuda personalizada entregada durante todo el proceso fue fundamental, el acompañamiento entrega seguridad a la persona en la realización de su proceso creativo, más aún en el contexto donde se encuentran, donde las decisiones en general no son tomadas por ellas, de ahí su inseguridad probablemente en decidir lo que van a realizar.

El arte terapeuta es un acompañante en el caso de personas con Enfermedad de Alzheimer, por lo que debe centrar su actuar en la persona y no en la producción de la obra, ni en la realización de diagnóstico o de interpretación de las imágenes, se debe propiciar la expresión de emociones y el bienestar de las personas.

La dificultad de procesar ideas y la dificultad en el lenguaje para encontrar las palabras adecuadas, a veces de acordarse por qué habían dibujado, pintado o pegado la imagen en sus obras, hizo imposible la narración de significados de las obras de parte de las adultas mayores participantes.

Referencias

Association AAT. American Art Therapy Association.; 2016
<https://arttherapy.org/>

Alzheimer's Disease International ADI (2015): World Alzheimer ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer? www.alz.org
https://www.alz.org/espanol/about/que_es_la_enfermedad_de_alzheimer.asp

Alzheimer's Disease International ADI (2010). World Alzheimer Report 2010.
https://www.alz.org/documents/national/world_alzheimer_report_2010.pdf

Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J.A., Manzano, S., Olazarán, J. (2017) Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Ed. IMC, España

Badia, M. (2017). Las artes visuales en personas con Enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 29(Esp.), 9-23. <https://doi.org/10.5209/ARIS.55934>

Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 1 (2006): 19-25

Cifuentes P. (2005). Adulto Mayor Institucionalizado Tesis para Optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/176/tesis.pdf?sequence=1>

Chancellor, B., Duncan, A., Chatterjee, A. (2014), Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias *J Alzheimers Dis*, 39 pp. 1-11 Edwards, D. (2004). *Art Therapy* SAGE Publications Londres

Chancellor, B., Duncan, A., Chatterjee, A. (2014), Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias *J Alzheimers Dis*, 39 pp. 1-11 Edwards, D. (2004). *Art Therapy* SAGE Publications Londres

Ehresman, C. (2014) *From rendering to remembering: Art therapy for people with Alzheimer's disease*, *International Journal of Art Therapy*, 19:1, 43-51, Taylor & Francis, Londres, Inglaterra. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17454832.2013.819023#.V13-HY-cHIU>

González, F. Massad, C., Lavanderos, F. (2010) Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, Centro de Estudios SENAMA.

Landgarten, H. B, (1987). *Family art psychotherapy: A clinical guide and casebook*. New York, Brunner/ Mazel Publishers.

López, M^a. (2011) Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos, *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 6 183-191, p 185

Malchiodi, C. (2017). Drawing a Picture of Health: An Art Therapy Guide <https://www.psychologytoday.com/blog/arts-and-health/201703/drawing-picture-health-art-therapy-guide&prev=search> Martínez, D. (2006) Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 1: 45-67

Marinovic, M. (1994) Las funciones psicológicas de las artes. Publicado en *Letras de Deusto*, Vol. 24. N°62

Ministerio de Salud, MINSAL (2015). Documento Preliminar para la elaboración del Plan Nacional para las Enfermedad de Alzheimers http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER_final.pdf

Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J., Tranel, D. 2014 Feelings Without Memory in Alzheimer Disease *Cogn Behav Neurol* Volume 27, Number 3, September https://journals.lww.com/cogbehavneurol/Fulltext/2014/09000/Feelings_Without_Memory_in_Alzheimer_Disease.1.aspx

Organización Mundial de la Salud OMS (2016) World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Palma, K. (2018). *Enfermedad de Alzheimers en Chile: Otra cara de la desigualdad social* en www.radio.uchile.cl [http://radio.uchile.cl/2017/03/26/Enfermedad de Alzheimers-otro-factor-de-pobreza-en-chile/](http://radio.uchile.cl/2017/03/26/Enfermedad_de_Alzheimers-otro-factor-de-pobreza-en-chile/)

Peisah, C., Lawrence, G., Reutens, S. (2011). Creative solutions for severe dementia with BPSD: a case of art terapia used in an inpatient and residential care setting *Int Psychogeriatr*, 23 pp. 1011-1013

Romagnoli, M^a. (2013). Arteterapia, Identidad y Expresión en personas con Enfermedad de Alzheimer. Máster en Arteterapia y Educación artística para la inclusión social. Universidad de Valladolid

Sánchez, I., Pérez, V. (2008) El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor Trabajos de revisión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2) Cuba

Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA (2016). Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores Protocolos Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM.pdf.

Schalock, R., y Verdugo, M. (2003). Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza

Stallings. JW, (2010) Collage as a Therapeutic Modality for Reminiscence in Patients with Dementia. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3) pp. 136-140
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2010.10129667>

Ullán, A. (2011). Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con Enfermedad de Alzheimer. El proyecto AR. S: arte y salud. *Arte, Individuo y Sociedad*, Vol. 23, Núm. Especial, 77-88

Waller, D. (2007) Enfermedad de Alzheimer, estigma y arteterapia *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 63 Vol. 2 (2007): 63-70

Wang, Q., Li, D. (2016) Advances in art therapy for patients with dementia. *Chinese Nursing Research*, Vol. 3 105-108
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771816300755>

ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL DE LAS NECESIDADES EN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL QUE ENVEJECEN

María Yolanda González Alonso

Universidad de Burgos

Resumen

Este estudio analiza las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral en proceso de envejecimiento. Un total de 260 personas de diferentes comunidades españolas cumplimentan una entrevista semiestructurada que recoge información sobre cómo perciben su propio envejecimiento, cuáles son sus necesidades y de qué forma las encuentran satisfechas. Respecto a las preocupaciones presentadas, las más elegidas son accesibilidad, salud y recursos de servicios sociales. Este análisis permite diseñar propuestas para atender estas necesidades desde la accesibilidad universal, la promoción de la salud y la defensa de los derechos. Se cuenta con las personas con parálisis cerebral mayor como agentes clave en el desarrollo sostenible para promover mayor igualdad y prosperidad en sociedades inclusivas que no dejen a nadie atrás.

Palabras claves

Parálisis Cerebral, Envejecimiento, Accesibilidad, Inclusión, Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo según el Informe mundial de la salud (Beard et al., 2015). Esta situación demográfica produce cambios importantes con implicaciones enormes, aunque se están dando algunos pasos guiados por la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS (2002) que considera el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para alcanzar la calidad de vida en edades avanzadas, con el propósito de mejorar el potencial de las personas mayores en beneficio de la sociedad, facilitando su realización personal en los últimos años, así como su participación en el desarrollo social y económico.

El envejecimiento de la población es una realidad y en el caso de las personas con parálisis cerebral se ha alcanzado gracias a los avances científicos, a la atención sanitaria y al desarrollo de las políticas sociales (Solís García & Real Castelao, 2019) y está aumentando (Martin et al. 2017). Estas personas deben afrontar un importante deterioro propio de un envejecimiento que se desconoce (Coyle & Mutchler, 2017). La falta de datos específicos y difusión científica de las necesidades del colectivo mantiene la situación de exclusión e invisibilidad de los mayores con parálisis cerebral respecto a la población general (Verdugo & Navas, 2017). La definición de envejecimiento activo fundamentada en la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad (OMS, 2001) y concebida desde un modelo ecológico y biopsicosocial de la discapacidad, favorece la planificación de procedimientos para abordar esta etapa (Badía-Corbella, 2007).

La Ley General de derechos de las personas con discapacidad (2013) se plantea dar respuesta a los retos individuales y sociales desencadenados por el envejecimiento a través de medidas adecuadas y sostenibles. Las personas con discapacidad a pesar de los progresos alcanzados en los últimos años, aún ven limitados sus derechos en el acceso o uso de entornos, procesos o servicios ya que éstos se les proporciona sin tener en cuenta sus necesidades específicas y sin que participen en ellos. Se ha comprobado que las necesidades y problemas percibidos sobre los que informan las personas con parálisis cerebral que envejecen y sus familias son muchos y variados (Alcedo et al., 2017). Las personas con parálisis cerebral experimentan múltiples cambios a medida que envejecen (Dark et al., 2016; González Alonso et al., 2017) que afectan su vida y su bienestar.

La parálisis cerebral (PC) describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causa limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas músculoesqueéticos

(Rosenbaum et al, 2007). Esta definición proporciona un enfoque individualizado y multidimensional para identificar la situación funcional de cada persona y para delimitar el perfil de sus necesidades y capacidades.

El principio fundamental de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es “no dejar a nadie atrás”, y el desarrollo sostenible pasa a situarse en el centro para la Organización de Naciones Unidas, con la Agenda 2030 como “imperativo para el cambio” (ONU, 2015). Es así como comienza a extenderse un modelo de desarrollo que tiene en cuenta la diversidad de capacidades presente en la sociedad y las distintas situaciones que una misma persona atraviesa a lo largo de su vida. Están surgiendo con fuerza debates como la relación entre discapacidad y accesibilidad, la contribución que las personas con discapacidad pueden realizar al resto de la sociedad, la relación entre discapacidad y desarrollo tecnológico, entre otros (Montero de Espinosa et al., 2019). La discapacidad es mencionada en once ocasiones a lo largo de los diecisiete ODS. La discapacidad ocupa un papel destacado en algunos objetivos: en el cuarto objetivo, sobre educación inclusiva; en el octavo en relación al crecimiento económico inclusivo y empleo digno para todas las personas; en el décimo sobre la reducción de la desigualdad entre estados y dentro del territorio; en el once se resalta la necesidad de que las ciudades y asentamientos humanos sean seguros, inclusivos, resilientes y sostenibles; y en el objetivo diecisiete se destaca la importancia de revitalizar la colaboración global para alcanzar un desarrollo sostenible.

Son varios los estudios conocidos sobre las necesidades percibidas por las personas con discapacidad que envejece (Aguado et al., 2012; Coyle & Mutchler, 2017; Martín et al., 2017; Moro et al., 2017), sin embargo, las personas con PC que llegan a la etapa de la vejez están aumentando y son pocos los estudios específicos realizados (Bromham et al., 2019; García Fraile, 2017; González-Alonso, 2014). El interés por el proceso de envejecimiento en las personas con PC ha surgido desde las propias personas con PC mayores. La gran heterogeneidad del colectivo hace que se necesite conocer la percepción de cada persona sobre sus necesidades, de manera que les ayude a solucionar sus problemas y se diseñen líneas generales de acción adecuadas para el sostenimiento del planeta y que nadie se quede atrás.

La promoción de los derechos de las personas con discapacidad contribuye de manera directa o indirecta a la consecución de los ODS, eliminación de la pobreza, eliminación de desigualdades, promoción de derechos, inclusión social, accesibilidad universal, protección social, participación ciudadana, creación de empleo decente, promoción de la salud y el bienestar, creación de un sistema educativo accesible para todas las personas, acceso a la justicia, fortalecimiento del tejido social y generación de conocimiento (Laloma, 2019; Ley General de Derechos, 2013). Alcanzar estas metas favorece la calidad de vida y el bienestar de las personas con PC que envejece.

El envejecimiento activo es considerado como un concepto multidimensional que abarca y supera la buena salud, resultado de un amplio conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales (CERMI, 2012). El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2015) presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable entorno a un modelo de atención integrada y centrada en las personas mayores. Por eso interesa conocer su opinión. Las personas con PC mayores, como todas las personas, aspiran a conseguir una realización personal y a llevar una vida plena, los cambios físicos, psicológicos y sociales que suceden en esta etapa repercuten también en la familia. Se resalta la importancia de conocer cuáles son las necesidades percibidas por las propias personas con PC que envejecen, ya que se desconoce esta información tan valiosa. El estudio realizado sobre las necesidades percibidas por las personas con PC responde a interrogantes planteados tales como, ¿cuáles son las necesidades prioritarias de las personas con PC en proceso de envejecimiento?, y ¿qué actuaciones se pueden plantear para proporcionar una respuesta inclusiva y de calidad?

El objetivo general es analizar las necesidades percibidas por las personas con parálisis cerebral que envejecen, con el fin de prevenir las condiciones que plantean estas necesidades aumentando la autonomía personal y su inclusión social.

Este objetivo general puede concretarse en los siguientes objetivos específicos. Detectar las necesidades percibidas relativas a necesidades generales y específicas. Y proponer líneas de actuación desde los objetivos del desarrollo sostenible para la puesta en marcha de medidas de apoyo y atención adecuadas que permitan dar respuesta a las necesidades encontradas.

Método

Se realiza un estudio descriptivo en el que se han recogido datos relacionados con la PC y sobre variables demográficas y ambientales. También se analizan en profundidad cuestiones sobre las preocupaciones y necesidades generales y específicas relacionadas con las necesidades percibidas, desde la salud personal, los recursos económicos, los recursos sanitarios, los recursos de servicios sociales, la accesibilidad y las medidas de apoyo recibidas.

Participantes

Se recoge la información aportada por 260 personas con PC (107 mujeres y 153 hombres), en proceso de envejecimiento. Las características demográficas y ambientales presentan personas entre 35 y 72 años, nacidos y procedentes de casi todas las comunidades autónomas del Estado Español, el 70,4% con domicilio en áreas urbanas, casi todos solteros/as 98,5%, con un nivel cultural bajo, analfabetos en un 55,8% de los casos, que nunca han trabajado el 76,2% o que han desarrollado

trabajos que no requieren formación profesional especializada 17,3%, en régimen de pensionistas 85,0%, con retribuciones de tipo no contributivo 69,6%, con padres vivos 63,5%, con uno o más hermanos 91,9%, sin hijos/as 98,5%, y conviviendo con su familia propia o de origen (38,5%). En más de la mitad de los casos, en concreto en un 55,8%, han sido los profesionales quienes respondieron a la entrevista, en el 15,7% los familiares y en un 28,5% la propia persona con PC ha informado acerca de sus necesidades y demandas. La cumplimentación de la entrevista se ha desarrollado con frecuencia en el lugar donde vive la persona con PC, principalmente en la residencia (23,8%).

Instrumento

El instrumento utilizado ha sido una entrevista, semiestructurada e individual, para conocer las necesidades percibidas por las propias personas mayores con PC. Esta entrevista personal consta de 94 preguntas abiertas que por una parte recoge datos sociodemográficos de cada participante y datos relacionados con la discapacidad y por otra, sobre la percepción que tienen de las necesidades y los problemas que presentan en esta etapa de la vida.

Procedimiento

Las entrevistas se aplicaron individualmente a personas mayores de 45 años con PC, para ello se contactó con la Confederación ASPACE, las Federaciones ASPACE de las Comunidades Autónomas y Asociaciones, así como centros y entidades con usuarios con PC.

Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y sus objetivos. A lo largo de todo el proceso se ha cumplido con los criterios éticos garantizando la confidencialidad de los datos. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 21.

Resultados

Datos sociodemográficos y sobre discapacidad

La muestra está formada por 260 personas con PC mayores de 45 años, con ligero predominio de varones, el 58,8% y con una media de edad de 52 años.

Por lo que respecta a las variables que describen la discapacidad, la etiología de las personas con PC que componen la muestra está relacionada principalmente con factores congénitos/perinatales (94,2%) y con un grado medio de discapacidad reconocido del 82,52%.

Datos sobre las necesidades percibidas

Respecto a las preocupaciones y necesidades percibidas por las personas mayores con PC (Tabla 1), se observa que las preocupaciones compartidas por un mayor número de personas son las relacionadas con la accesibilidad (M = 2,46), seguidas por las relativas a la salud personal (M = 2,31), la falta de recursos de servicios sociales (M = 1,73), los recursos sanitarios (M=1,70) y otras preocupaciones (M = 1,58). Las preocupaciones por los recursos económicos resultan ser las que han alcanzado el menor número de elecciones (M = 1,18).

Tabla 1. Estadísticos de las preocupaciones y necesidades específicas

	<i>Salud personal</i>	<i>Recursos económicos</i>	<i>Recursos sanitarios</i>	<i>Recursos de servicios sociales</i>	<i>Accesibilidad</i>	<i>Otras</i>	<i>Total</i>
N	260	260	260	260	260	260	260
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	9	6	8	8	9	8	42
Suma	600	306	443	451	640	410	2850
Media	2,31	1,18	1,70	1,73	2,46	1,58	10,96
Desv. típ.	1,715	1,205	1,766	1,734	2,082	1,571	7,943
Asimetría	1,357	1,738	1,567	1,548	1,026	1,758	1,619
	,151	,151	,151	,151	,151	,151	,151
Curtosis	2,205	3,765	2,481	2,596	,411	3,581	2,834
	,301	,301	,301	,301	,301	,301	,301

Fuente: Elaboración propia.

Para conocer con mayor concreción y detalle las preocupaciones y necesidades señaladas por los participantes se han realizado análisis de tablas de respuesta múltiple y se presentan las frecuencias más elegidas, desglosadas en los distintos sub-apartados en los que se ha dividido la variable “preocupaciones y necesidades percibidas”.

Las preocupaciones más elegidas en primer lugar son las relacionadas con la accesibilidad, de las 640 respuestas informadas, la mayor preocupación es por las barreras arquitectónicas (24,1%) y por el acceso al transporte (15,2%) en el 69,7 % y en 43,9% de los casos respectivamente. Pero también se recogen respuestas relativas a las actitudes de la población general, en concreto, la preocupación por las barreras sociales (14,2%).

En segundo lugar la *salud personal*, proporcionan un total de 600 respuestas, que se distribuyen con el mayor número de respuestas sobre la preocupación del estado de salud general (21,5%), informadas por un 53,8% de las personas que respondieron a este apartado, seguida de las limitaciones funcionales (19,7%),

preocupación que atañe a un 49,2% de mayores, de la dependencia de otras personas (17,7%), aspecto que reseñan un 44,2% de sujetos y los cuidados personales diarios (15,2%), recogida por un 37,9% de casos. El resto de las preocupaciones relacionadas con el área de la salud alcanzan porcentajes de respuesta más bajos, aunque ello no signifique que sean necesidades menos relevantes y a las que no haya que prestar atención. De hecho, la preocupación y necesidad de controlar el tema de los dolores atañe a un 29,2 de los encuestados.

En tercer lugar, y en relación a los recursos de servicios sociales, las 451 respuestas que arrojan los 198 casos también se distribuyen de forma heterogénea entre los diferentes apartados. Así, y con diferencia del resto, el mayor número de respuestas corresponde a los servicios de apoyo al ocio y tiempo libre (21,3%), necesidad que comparten un 48,7% de las personas entrevistadas. El ocio, por tanto, considerado como una de las principales fuentes de bienestar para la población de personas que envejecen, preocupa a un importante número de personas con PC mayores. También manifiestan preocupación importante por la ayuda a domicilio (14,2%), por la calidad y cantidad de las instalaciones sociales (14%), por los servicios de alojamiento (13,3%) o por la calidad de la asistencia social (13,1%), entre otras muchas preocupaciones y necesidades en este ámbito de los recursos sociales.

En cuarto lugar, y por lo que concierne a los recursos asistenciales sanitarios, los 193 casos válidos han aportado un total de 443 respuestas, agrupadas en su mayor porcentaje en las categorías relativas a la calidad de la asistencia sanitaria en general (17,2%), preocupación compartida por un 39,4% de los mayores con PC, la necesidad de tratamiento de fisioterapia (16,5%), que reclama un 37,8%, y la asistencia sanitaria hospitalaria y más y mejores instalaciones sanitarias (13,1%) informadas ambas por un 30,1% de personas. Asimismo, también son motivo de preocupación frecuente para las personas con discapacidad de edad otras situaciones relacionadas con los recursos sanitarios como, p. e., los dispositivos de apoyo protésicos (11,7%), la asistencia sanitaria domiciliaria (10,8%) y aportadas por un 26,9% y un 24,9% de casos, respectivamente.

En quinto lugar, en el apartado dedicado a otras preocupaciones y necesidades percibidas, con un número total de 410 respuestas reseñadas por los 205 casos válidos, se recogen principalmente las preocupaciones relativas al tipo de convivencia que les deparará el futuro, es decir, dónde y con quien vivir en el futuro (23,9%), y el futuro de la familia (17,8%), preocupaciones que perciben un 48% y 35,8% de mayores con PC, respectivamente. También la pobreza o escasez de relaciones personales (16,3% de respuestas y 32,8% de casos), y la salida del domicilio familiar (11,5 de respuestas y 23% de casos), constituyen necesidades no satisfechas para el colectivo. Figuran otros tipos de respuestas, aunque con porcentajes más bajos como los avances tecnológicos en el 19,6% de los casos.

En último lugar, y en lo que respecta a las preocupaciones por los recursos económicos, los 187 casos válidos proporcionan un total de 306 respuestas, que se distribuyen principalmente en los apartados relativos a problemas con la cuantía de las pensiones (37,9%), con la independencia económica (16%) y con la situación económica familiar (13,7%). Estas respuestas son señaladas por un importante porcentaje de sujetos, especialmente las relativas a las pensiones, preocupación y necesidad que reconoce más de la mitad de la muestra, concretamente un 62%, así como la independencia económica y la situación económica familiar, preocupación que atañe a casi la mitad de las personas que cumplimentaron este apartado. El resto de las preocupaciones relacionadas con el área de los recursos económicos alcanzan porcentajes de respuesta más bajos.

El análisis comparativo de las necesidades y preocupaciones más compartidas indica que la accesibilidad es la dimensión más frecuentemente señalada y la que recoge mayor número de respuestas.

Conclusión

La población mundial está envejeciendo y esto incluye a las personas con PC, teniendo en cuenta los cambios que se producen en la sociedad hay que abordar el proceso de envejecimiento desde un modelo participativo, saludable y satisfactorio. El incremento de las necesidades y la pérdida de autonomía que aparecen con la edad no deben situar a las personas con PC ante una doble discriminación, discapacidad más vejez. Las personas con PC pueden ver el envejecimiento como un proceso natural ya que a lo largo de la vida han ido dando respuesta a diferentes limitaciones que para otras personas aparece por primera vez en la etapa de la vejez. Estas experiencias y aprendizajes pueden suponer un enriquecimiento para la sociedad. De acuerdo con el Informe mundial sobre la discapacidad (2011), que recomienda asegurar la participación de las personas con discapacidad, puesto que tienen derecho a controlar su vida, se consulta a las personas con PC sobre cuestiones que les incumben directamente, salud, educación, rehabilitación o vida comunitaria.

Los ODS han facilitado que determinados retos sociales como la discapacidad haya ganado relevancia en la agenda, sin embargo, hay que alinearlos para generar valor. Los ODS parten de tres elementos básicos, la inclusión social, el crecimiento económico y la protección medioambiental que al añadir la participación y la paz suponen las cinco dimensiones en las que se basa la agenda (CERMI 2019).

Junto con el principio de “no dejar a nadie atrás”, comienza a extenderse un modelo de desarrollo que tienen en cuenta la diversidad de capacidades presente en la sociedad y las distintas situaciones que una misma persona atraviesa a lo largo de su vida.

Los datos recogidos confirman que las preocupaciones y necesidades compartidas y consideradas no satisfechas por las personas con PC mayores son muchas y variadas, siendo la accesibilidad la dimensión con más necesidades percibidas, principalmente la existencia de barreras de tipo arquitectónico (69,7%): dificultades en el entorno construido y los espacios públicos, y sus infraestructuras, relacionadas con la información y comunicación y también suponen motivo de preocupación frecuente las barreras sociales (41,2%), actitudes de rechazo, ignorancia y exclusión. Constituye una necesidad básica relacionada con derechos fundamentales como la libertad de desplazamiento, comunicación o disfrutar de una vivienda digna. El reto de la accesibilidad, aunque presente a nivel legislativo falta incorporar en todos los entornos las medidas necesarias para aplicar los principios de accesibilidad universal y diseño para todas las personas. Se ha comprobado que las inversiones en accesibilidad siempre generan múltiples beneficios disfrutados por todos los ciudadanos, independientemente de la edad o si tienen o no PC. Otros autores que han preguntado a personas con discapacidad intelectual señalan la existencia de barreras como la preocupación elegida en segundo lugar (Aguado et al., 2012; Navas et al., 2014), sin embargo, estudios específicos sobre parálisis cerebral coinciden en que la accesibilidad es el reto que más preocupa a las personas con PC mayores (González Alonso et al., 2017; González-Alonso, & Aceves, 2018; García Fraile, 2017).

Las preocupaciones relacionadas con el *estado de salud* son las señaladas en segundo lugar manifestando que el estado de salud general, las limitaciones funcionales y depender de otros les preocupa especialmente, igual que en los estudios encontrados sobre este tema (Ouellette-Kuntz et al., 2015; Llorente Gil, 2018). Los ODS tienen el objetivo 3 para garantizar una vida sana y el bienestar de todos en todas las edades, que pretende poner en marcha estrategias de atención que permitan una asistencia integral y coordinada para estas personas y para sus familias (España, 2018), aunque la salud es uno de los ámbitos donde se reflejan múltiples interacciones entre los diferentes ODS. Una de las propuestas en esta línea es elaborar itinerarios y protocolos específicos con indicadores y métodos comunes para cubrir las necesidades en salud de este colectivo que permitan mejoras y un sistema de salud más inclusivo (CERMI, 2012). Conseguir un seguimiento sistemático de los adultos con el paso de los años permite detectar e intervenir adecuadamente en los problemas de salud y en el deterioro funcional que tanto preocupa a las personas con PC (Benner et al., 2017). También les preocupa la calidad de la asistencia, los tratamientos y los productos de apoyo para los que los ODS plantean promover medidas de prevención que reduzcan el impacto sobre la salud de la persona, mejorando su calidad de vida y su inclusión en las actividades de la sociedad (Riaño, 2019).

Las necesidades relativas a los recursos de servicios sociales que destacan son principalmente la insatisfacción con los servicios de apoyo al ocio y tiempo libre. Son varios los ODS que lucha contra la desigualdad y diseñan medidas

encaminadas a la inclusión que tienen en cuenta las actividades de ocio como fuente de bienestar (España, 2018). Se propone desarrollar acciones para el fomento del uso de tecnologías para el ocio, la relación social y la vida cotidiana, incorporando el principio de accesibilidad considerando a estas personas consumidores de ocio, por lo que las propuestas deben ser adaptadas y flexibles para ser inclusivas (CERMI, 2019). Los servicios de calidad en ayuda a domicilio y alojamiento también son un tema que preocupa al colectivo. Se propone regular la figura del asistente personal, diseñar formulas flexibles con opciones diversificadas que puedan elegir los interesados en relación a sus necesidades pasando por garantizar el acceso en su entorno proporcionando la mayor autonomía personal hasta buscar alojamientos que permitan a la persona envejecer en el entorno donde ha vivido.

El futuro que les espera, dónde van a vivir y con quien, es un tema que también preocupa a las personas con PC no solo a sus familias y pasa por planificar con antelación un proyecto de vida futuro consensuado, que elimine los temores y se acerque a la visión de un mundo inclusivo, en el que la persona con PC pueda disfrutar de una vida de salud, comodidad y dignidad en la vejez (González Alonso, 2014). Los nuevos modelos de alojamiento fuera del hogar se plantean para que las propias personas les puedan diseñar y organizar, para que los vean como su propia casa, con una atención personalizada que fomente la sensación de control de las actividades y de los servicios generando ambientes que produzcan bienestar, faciliten independencia y posibiliten relaciones sociales, lúdicas y afectivas dentro y fuera de ese entorno. Un tema de interés que todavía requiere más estudios es el tipo de apoyos que pueden necesitar las personas con PC al final de la vida (Moro et al, 2017).

Una posible línea futura de investigación sobre este tema podría ser facilitar el análisis y debate sobre la contribución de las personas con PC en proceso de envejecimiento a los ODS, valorando su propia percepción, la de sus familias y la de los profesionales comprobando el impacto de la atención a estas necesidades conforme a los principios de sostenibilidad que promueven y persiguen los ODS.

Como conclusión, estos datos relacionados con las necesidades percibidas por las personas con PC en proceso de envejecimiento, coinciden con otros estudios publicados sobre otros colectivos de personas con discapacidad y pretende resaltar la conexión que existe entre la defensa de los derechos de las personas con PC que envejece y el desarrollo sostenible expresado en la Agenda 2030 caminando hacia la transformación de una sociedad más justa e inclusiva que facilite la consecución de algunos objetivos dentro de los ODS, considerando a las personas mayores con PC como agentes en el desarrollo sostenible.

Referencias

Aguado, A. L., Alcedo, M. A., & Fontanil, Y. (2012). Proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual de Castilla y León: calidad de vida y necesidades percibidas. *Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral*, 95-121.

Alcedo, M. Á., Fontanil, Y., Solís, P., Pedrosa, I., & Aguado, A. L. (2017). Personas con discapacidad intelectual que envejecen: evaluación de necesidades percibidas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 (1), 1-8.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Badia-Corbella, M. (2007). Tendencias actuales de investigación ante el nuevo concepto de Parálisis Cerebral. *Siglo Cero, Revista española sobre discapacidad intelectual* Vol.38 (3), Núm. 223. (25-38).

Beard, J., Officer, A., Cassels, A., Bustreo, F., Worning, A. M., & Asamoah-Baah, A. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *OMS Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.

Benner, J. L., Hilberink, S. R., Veenis, T., Stam, H. J., van der Slot, W. M., & Roebroek, M. E. (2017). Long-term deterioration of perceived health and functioning in adults with cerebral palsy. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(11), 2196-2205. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.013>

Bromham, N., Dworzynski, K., Eunson, P., & Fairhurst, C. (2019). Cerebral palsy in adults: summary of NICE guidance. *Bmj*, 364. www.nice.org.uk/guidance/ng119

CERMI (2012). *El envejecimiento de las personas con discapacidad. Documento de posición del CERMI Estatal*. Editado por el CERMI.

CERMI (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible y la promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección Cermi.es, nº 79. Ediciones Cinca. En https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Cermi_ODS_o.pdf

Coyle, C. E. & Mutchler, J. E. (2017): Aging with Disability: Advancement of a Cross-Disciplinary Research Network. *Research on Aging*, 39 (6): 683-692.

Dark, L. J., Clemson, L., & Balandin, S. (2016). Communication changes experienced by adults with cerebral palsy as they age. *International journal of speech-language pathology*, 18 (6), 521-532. <https://doi.org/10.3109/17549507.2016.1143976>

España, G. (2018). Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030. *Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible*.

García Fraile, M. (2017). *El envejecimiento en personas con parálisis cerebral*. Tesis Universidad de Oviedo.

González-Alonso, M. Y. (2014). *Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con parálisis cerebral* (Doctoral dissertation, Universidad de Burgos). <http://hdl.handle.net/10259/5356>

González Alonso, M. Y., García Moltó, A. & Ovejero Bruna, M. M. (2017). Envejecimiento en parálisis cerebral, un reto en investigación e innovación: revisión sistemática. *Universitas Psychologia*, 16 (3), 1-15. <http://orcid.org/0000-0003-0818-1996>

González-Alonso, M. Y., & Aceves, R. (2018). Needs perceived by people with developmental disabilities in the ageing process. *MOJ Addict Med Ther*, 5 (2), 77-81.

Laloma, M. (2019). ODS y discapacidad. Plan de trabajo. Recuperado en <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5766>

Llorente Gil, S. (2018). Mejoras necesarias en la atención sanitaria de las personas con discapacidad intelectual que envejecen: la opinión de familiares y profesionales. <http://hdl.handle.net/10366/138100>

Martin, L., Ouellette-Kuntz, H., & McKenzie, K. (2017). The power of population health data on aging and intellectual and developmental disabilities: Reactions of knowledge users. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(4), 268-278. <https://doi.org/10.1111/jppi.12196>

Moro, T. T., Savage, T. A., & Gehlert, S. (2017). Agency, social and healthcare supports for adults with intellectual disability at the end of life in out-of-home, non-institutional community residences in Western nations: A literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30 (6), 1045-1056. <https://doi.org/10.1111/jar.12374>

Montero de Espinosa, Í., Carneiro, M., Martín, V., Cordero Sanz, J., & Cordero Sanz, C. (2019). Objetivos de Desarrollo Sostenible y la promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Navas, P., Uhlmann, S., & Berástegui, A. (2014). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Ouellette-Kuntz, H., Martin, L., & McKenzie, K. (2015). A review of health surveillance in older adults with intellectual and developmental disabilities. *In International review of research in developmental disabilities* (Vol. 48, pp. 151-194). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irrdd.2015.03.004>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Active Ageing*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013).

Riaño, F. R. (2019). Los ODS generan retos y oportunidades para la discapacidad y la economía inclusiva. *In 9 necesarios debates sobre la responsabilidad social: 87 reflexiones de expertos* (pp. 191-193). Comares.

Rosenbaum, P., Paneth, N., Levinton, A., Goldstain, M. y Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 8-14.

Solís García, P., & Real Castelao, S. (2019). Estado actual de investigación en parálisis cerebral y envejecimiento: revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(2), 103-122.

Verdugo, M. A. & Navas, P. (2017): *Todos somos todos: derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyos*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

LA SUBJETIVIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO

Andrés Haye, Alejandro Reinoso, Ana María Solís, Vladimir López

Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

La investigación y la intervención en adultos mayores es un campo complejo y multivariado, pero la dimensión subjetiva del envejecimiento ha sido escasamente considerada. El presente estudio se pregunta por la manera en que son sentidas y significadas las singularidades que constituyen la identidad personal y etaria de las personas mayores en Chile. El estudio implementa metodologías de producción de relatos y conversaciones para investigar la subjetividad a través del análisis de discurso. A partir del análisis interpretativo de cuatro entrevistas grupales, se identifican las organizaciones tópicas del discurso del envejecimiento. Los resultados son discutidos a la luz de las resistencias subjetivas a los discursos sociales del envejecimiento activo, advirtiendo a la teoría y a las políticas sobre envejecimiento.

Palabras claves

Autonomía, Dependencia, Discurso, Resistencia, Subjetividad.

Introducción

La investigación, el diseño de políticas y las intervenciones en relación con adultos mayores y el proceso de envejecimiento, son un campo complejo y multivariado (Baltes, 1987; Baltes, 1993; Muñoz, 2002). Sin embargo, la dimensión subjetiva propia del envejecimiento ha sido abordada de manera escasa y vacilante (Gottlieb & Seigney, 2016; Miche et. al, 2013). Cuando se trata de dar cuenta de la subjetividad vinculada al envejecimiento domina la investigación sobre, por un lado, demencia y depresión y, por otro, políticas de bienestar. Es decir, parte de la investigación adopta un punto de vista negativo y otra parte uno positivo. Esta situación ambivalente del envejecimiento constituye un dilema sociocultural.

Desde el primer punto de vista, predominante en la investigación e intervención psicológica y médica en salud mental, continúa siendo dominante una mirada que sitúa al envejecimiento en términos negativos y en contraposición con la juventud como condición y parámetro de bienestar. Numerosos estudios abordan el declive de las capacidades cognitivas características del envejecimiento (Grady, 2012). En este sentido, el debate científico reproduce las representaciones sociales comunes sobre la vejez (Featherstone & Hepworth, 2005), considerando a ésta una disminución, déficit, declive, ocaso o un resto de lo que alguna vez fue plenitud. Esto implica que epistemológicamente se tiende a observar la vejez como un proceso de evidente pérdida. Por ejemplo, en el ámbito de la psicología, la pregunta por la subjetividad en el envejecimiento se inserta en los procesos de cambio en capacidades específicas como memoria, atención, conducta orientada a metas, autorregulación, detección y reconocimiento de claves sociales o emocionales, motricidad y relación con el propio cuerpo, etc (Balota, Dolan & Duchek, 2000). El envejecimiento está asociado al estereotipo de un declinar continuo e ineludible de las capacidades cognitivas. Ello se contrapone con la visión del proceso madurativo con la que se analizan otras etapas de la vida y que presupone que, en la medida en que se gana experiencia, hay una creciente especialización y un uso más eficiente de los recursos cognitivos. El declinar cognitivo, junto al cambio en las capacidades físicas y sus implicaciones, es considerado, con frecuencia, el principal cambio psicológico asociado al envejecer.

Desde el segundo punto de vista, en línea con las teorías y políticas del envejecimiento activo y exitoso (Foster & Walker, 2015) se reúne evidencia de que mientras las personas envejecen, tienden a reportar mejores índices de felicidad o bienestar subjetivo (Blanchflower & Oswald, 2008). Ciertamente, muchas investigaciones proponen que la representación de la vejez como un declive vital puede ser cuestionada e interrogada (Herrera, Barros & Fernández, 2011). Por lo tanto, desde la investigación propiamente tal el envejecimiento como objeto de estudio está comenzando a exigir una perspectiva distinta, fenomenológicamente más comprensiva, que incluya no sólo la visión de la pérdida sino también aquello que se gana y delimita la vejez fuera del campo del déficit y la carencia, sino

también como un momento autónomo y pleno (Rowe & Kahn, 2007; Zarebski, 2005).

En este contexto, el estudio que se reporta en este capítulo¹² intenta analizar la subjetividad del envejecimiento sin caer en uno u otro de estos puntos de vista. La subjetividad es interrogada en términos las maneras (positivas y negativas) en que son sentidas y significadas las singularidades que constituyen la identidad personal y etaria de las personas de edad mayor en torno a su proceso de envejecer. El estudio se orienta a explorar el discurso de adultos mayores en Chile a la luz de los aspectos afectivos asociados a la experiencia tanto de las capacidades y como de las dificultades que caracterizan el envejecimiento. El enfoque analítico de este estudio involucra una colaboración interdisciplinaria desde la psicología clínica, fisiológica y social, así como desde el psicoanálisis.

Subjetividad, discurso y cultura en el envejecimiento

En psicología y salud mental, los aspectos subjetivos del envejecimiento están habitualmente asociados a los problemas que presentan los mayores en términos de bienestar y capacidades cognitivas, enmarcadas en el dilema sociocultural mencionado. Por ejemplo, desde el paradigma del envejecimiento activo (Boudiny, 2013), un aspecto crucial de la subjetividad en el envejecimiento es el de la agencia y la participación (Foster & Walker, 2015). Los estudios sobre agencia en adultos mayores, por una parte, buscan señalar la influencia de los recursos personales, sociales y la auto-eficacia en el bienestar/malestar subjetivo y el deterioro cognitivo. La autonomía personal, como el poder realizar de forma independiente las tareas cotidianas, se asocia negativamente con los síntomas depresivos (Bojorquez, et. al, 2012), mientras que el apoyo social y los recursos internos (como estrategias de coping emocional o de auto-regulación) son beneficiosos para la adaptación a la discapacidad y al bienestar psicológico (Hsu y Tung, 2010). Por otro lado, la demanda percibida de una tarea cognitiva aumentaría con la edad; los mayores por tanto exhiben un mayor nivel de esfuerzo cognitivo y des-involucramiento que los adultos jóvenes en tareas cognitivas (Ennis, Hess y Smith, 2013). Sin embargo, las percepciones de auto-eficacia se relacionan de forma positiva con el mantenerse realizando las tareas (Esposito, Gendolla & van der Linden, 2014) que son percibidas como más difíciles. Estos análisis, sin embargo, obliteran la experiencia subjetiva asociada al proceso de envejecer en la medida en que tampoco consideran que la subjetividad es un fenómeno tanto personal como cultural, y que por tanto está atravesado por prácticas discursivas.

¹²Los resultados y elaboraciones remiten a una investigación empírica cualitativa e interdisciplinaria que explora la perspectiva de la subjetividad en personas mayores sobre el proceso de envejecimiento en Chile: Andrés Haye, Alejandro Reinoso, Vladimir López y Ana María Solís. Estudios exploratorios sobre subjetividad y envejecimiento: El mito del retorno a la infancia. Concurso de investigación Adulto Mayor y Envejecimiento. Programa Adulto Mayor, Vicerrectoría de Investigación, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Así como el envejecimiento de la población es más que un mero fenómeno demográfico estadístico, de profunda implicación en muchos aspectos fundamentales de la sociedad, el envejecimiento de los individuos es más que un fenómeno psicobiológico; al mismo tiempo, es una construcción social y cultural. Cada sociedad define quién es viejo y quién no lo es, y qué debe hacer o no una persona mayor dentro de la organización social (Majón-Valpuesta, Ramos & Pérez-Salanova, 2016; McMunn et. al, 2009; Wistow, Waddington & Godfrey, 2003). Es en este sentido que los discursos sobre envejecimiento, y los discursos de constitución de propia subjetividad por parte de las personas mayores, forman parte de un proceso social mediante el cual los cambios en nuestros cuerpos y comportamientos son objetivados mediante dichas prácticas y discursos, y así se tornan socialmente relevantes. Estas operaciones de objetivación implican la configuración de actitudes, es decir, posiciones valorativas respecto de la vejez y sus múltiples facetas. El conocimiento de estas operaciones discursivas y prácticas mediante las cuales se construye el fenómeno de la vejez, tanto en su objetividad como en su valoración, es el campo de trabajo en el cual se inserta la perspectiva de trabajo del estudio referido. Esto implica asumir que el envejecimiento individual está, por un lado, producido socialmente mediante discursos y prácticas y, por el otro, forma parte de la producción estos mismos discursos (Norrick, 2009).

Otros de los campos en los que se ha desarrollado la investigación en subjetividad del envejecimiento desde un punto de vista cultural incluyen procesos de identidad en sociedades modernas (Norrick, 2009), desarrollo de espiritualidad y buen envejecer (Boswell & Boswell-Ford, 2010; Helmeke, 2006; Lewis, 2001; Lowis, Jewell, Jackson & Merchant, 2011; Snodgrass & Sorajjakool, 2011), o diferencias interculturales sobre recursos de afrontamiento asociados a religión, sabiduría o cosmovisión (Bailly & Roussiau, 2010; de Jager Meezenbroek, Garssen, van den Berg, van Dierendonck, Visser & Schaufeli, 2012; Hallaj et. al, 2014; Perkins, 2010).

La pregunta por la subjetividad, por lo tanto, no se dirige a conocer una presunta intimidad individual subyacente a las expresiones y formación en el discurso; tampoco se refiere a recopilar y ordenar las percepciones y evaluaciones de los adultos mayores. En cambio, busca interpretar modos relevantes de afectación de los sujetos mayores a través de las operaciones discursivas que articulan su propio hablar y pensar con las representaciones dominantes y políticas culturales de la vejez. Gran parte de la investigación en envejecimiento considera la subjetividad solamente como el rango de variación entre individuos respecto de contenidos predefinidos, sin atender a cómo estos contenidos se organizan para formar operaciones de toma de posición entre sujetos a través del lenguaje, por lo tanto, tampoco consideran cómo dichos contenidos afectan positiva o negativamente en función del lugar del sujeto en el discurso. La subjetividad se entiende aquí como la condición de ser sujeto hablante, de poder enunciar una posición propia frente a otros, de ser un agente del discurso y de la cultura. Este concepto es relevante en el contexto de una relativa carencia de investigación sobre la subjetividad y el

discurso del envejecimiento, que motiva y orienta a incursionar en este terreno. Traer la voz de los adultos mayores a la investigación es un desafío contemporáneo.

La importancia de a cómo se articula la subjetividad en el discurso propio de los adultos mayores radica en que el discurso, tal como se concibe en teorías dialógicas y performativas (Barad, 2007; Larraín & Haye 2012), tiene consecuencias en cómo se materializa la vida y la experiencia de las personas mayores. Por ejemplo, en una interesante línea de estudios sobre regulación, envejecimiento e identidad, se señala el impacto causal de las percepciones propias de la vejez y las creencias sobre el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores. Hilgemana, Allen y Carden (2016) encontraron que los procesos de identidad (acomodación, balance y asimilación del nuevo aspecto etario) predicen las diferentes creencias sobre la memoria de los sujetos y sus creencias de auto eficacia en mayor grado que la depresión y salud subjetiva. Por otro lado, West y Hasting (2011), buscaron ver la relevancia de las creencias de auto-eficacia sobre la memoria, encontrando que estas predecían un mejor rendimiento en pruebas cognitivas de memoria en adultos mayores. Por último, Haslam, Haslam y Jetten (2010) muestran como intervenciones grupales, donde los adultos mayores recuerdan sus eventos de juventud acompañados por otros adultos mayores, producen luego resultados más efectivos en pruebas de memoria, que el recordar solos. Como ejemplifica esta línea de investigación, el discurso tiene efectos sobre el funcionamiento de la vida, pero no sólo porque conlleva una representación de la vejez sino principalmente porque es parte integral del proceso mismo de envejecer.

Método

El estudio exploró algunas dimensiones subjetivas del envejecer a través de los relatos y las conversaciones desplegadas de personas mayores de diversas edades. Con este objetivo, se contempló metodologías de producción de relatos y conversaciones que permiten analizar la subjetividad en el discurso. Esto supone precisar e identificar las representaciones, posicionamientos, afectos y problemas que ofrecen los relatos y las conversaciones de los mismos sujetos sobre su vejez, es decir, desde sus propias voces. El estudio se orientó a establecer el bosquejo de una cartografía de discursos predominantes en la vejez del Chile contemporáneo, entendiendo por discurso el entramado de temáticas, gramáticas, semánticas y problemáticas que articulan las conversaciones y relatos sobre la propia vejez.

El estudio se basó en la realización de cuatro entrevistas grupales de tipo focal, dos en Santiago de Chile y dos fuera de Santiago, dos solo de mujeres, una solo de hombres y una mixta, todas ellas con participantes entre los 67 y 86 años. Se analizaron los principales temas que emergen a propósito de la vejez y las posiciones subjetivas respecto de tales temas, así como también las grandes metáforas y motivaciones que subyacen y articulan temáticas y posiciones subjetivas. La Tabla 1 resume las características generales de cada grupo.

Tabla 1: Caracterización de las entrevistas grupales

- 1 Compuesta por cinco mujeres entre los 77 y los 87 años. Residen en la ciudad de Osorno y pertenecen a la clase social media-alta. El grupo, amigas entre sí, fue contactado a través de una de las entrevistadas, quien era conocida de la entrevistadora.
- 2 Conformado por ocho personas: cuatro mujeres y cuatro hombres, todos miembros de un grupo de teatro de Machalí. En general, el nivel socio-económico de los participantes es medio bajo y sus edades fluctúan entre los 68 y 85 años. El contacto con el grupo fue realizado a través de uno de sus integrantes.
- 3 Compuesta por tres mujeres entre los 73 y 83 años. Residen en Santiago y pertenecen a la clase social media-baja. El grupo se conformó con participantes de varios talleres de adultos mayores de la Municipalidad de Santiago, contactadas directamente desde la Oficina el Adulto Mayor.
- 4 Compuesto por cuatro hombres vinculados a distintos talleres realizados por la Oficina del Adulto Mayor de la Municipalidad de Santiago, de entre los 69 y 83 años, todos de nivel socioeconómico medio. El contacto con el grupo fue realizado mediante la Oficina del Adulto Mayor.

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, se realizó un análisis temático de las cuatro entrevistas, sobre el cual fueron identificadas las principales organizaciones de contenido que emergieron a partir del esquema de la entrevista, que ha intencionado preguntas y puntos de vista en tres ejes: la condición sociocultural de la experiencia biográfica, la estructuración psíquica del sujeto del envejecimiento y, la relación entre subjetividad y salud. Esta primera capa de la elaboración del material discursivo se basó en técnicas de análisis emergente de contenido (siguiendo la orientación general de la *grounded theory* de Strauss & Corbin, 1997). Posteriormente, fue complementado el análisis de contenido con el análisis de las posiciones subjetivas frente a las temáticas desplegadas en las entrevistas, así como el de las metáforas que subyacen y articulan dichas temáticas. Esta segunda fase de elaboración del material de las entrevistas tuvo carácter selectivo y relacional, buscando describir en profundidad, a través de un análisis interpretativo de discurso, no tanto qué se dice sino cómo se dice, los aspectos de la forma del discurso, es decir, de su enunciación (siguiendo las orientaciones de análisis dialógico del discurso de Haye & Larraín, 2011, y Larraín & Haye, 2012). Esta fue la fase de análisis de mayor densidad, retornando una y otra vez sobre el mismo material con categorías analíticas diversas, triangulando los análisis en un equipo multidisciplinario.

Resultados

Los resultados analíticos se exponen en dos en dos categorías principales: (1) los problemas entorno a los cuales gira el discurso de los entrevistados y que, implícita o explícitamente, motivan o energizan la subjetividad del envejecer y, (2) las formas de hablar y pensar relativamente repetitivas y compartidas que organizan las conversaciones en términos de lugares comunes y metáforas maestras. Los distintos componentes que emergen del análisis se describen y se dan ejemplos de cómo aparecen los contenidos relevantes en cada entrevista.

Autonomía/Dependencia

Entrevista N°1: Las entrevistadas asocian la autonomía con un ideal de “buena vejez”. Articulan la autonomía como la posibilidad de movilizarse voluntariamente, de actuar y poder realizar, sin ayuda, las rutinas habituales. Estas articulaciones hablan de un estado, corporal y mental, en que puedan seguir activas mediante sus propios esfuerzos. Un “mal envejecer” sería uno que estaría lejos de la configuración de autonomía que tienen las participantes. Dependere de otros es entendido como un problema para ellas y sus familiares. Sienten que se volverían una “carga” para sus familiares si tuvieran que depender de ellos.

“Hay que buscarse alguna entretención, uno está más bien sola, porque los hijos se casan, tienen su familia, tienen su otra juventud, entonces uno tiene que entretenerse”.

“Yo pienso que uno a veces tiene que conformarse y no ser demasiado exigente, porque si los chicos a veces no te pueden atender o no están, no están nomás, hay que pescar un libro, hay que mirar la tele, hay que conformarse”.

Entrevista N°2: Para los hablantes, la autonomía aparece como el elemento principal de una suerte de reivindicación de un lugar. Exigen un espacio para poner en práctica una independencia, de la que se sienten aún capaces. La dependencia, sea por imposibilidades físicas o cognitivas, les parece deleznable, pero tienen claro que es una posibilidad futura. Ante dicha posibilidad, no dudan en pensar en la eutanasia como un derecho. Poder elegir morir cuando ya no puedan hacer nada por sí solos les parece una opción justa.

“Porque uno no sabe, la mente cómo te puede traicionar. Entonces mientras tú estés lúcida y tengas uso de razón como le digo a mi hijo, al menor síntoma de que yo ya esté cagada, por favor póngame al tiro en un hogar, al tiro, yo no quiero ser cacho de nadie”.

Entrevista N°3: Tanto la autonomía como la dependencia se articulan, principalmente, en torno a la familia. Se espera ser autónomo ante los parientes, pero también se desea poder depender de ellos. Se depende ya que para envejecer bien se necesita recibir más afecto, cariño y cuidado, por lo que se vuelve necesario mantener buenas relaciones afectivas con sus familiares. Al mismo tiempo, las entrevistadas se imponen la tarea de volverse más autónomas respecto a su familia, manteniendo el contacto “justo” con ellos. Esta autonomía permite que puedan preocuparse por ellas y re-dirigir las atenciones, antes brindadas a sus hijos, hacia su propia salud. También se depende fuertemente de un estado benefactor, el cual las ayuda mediante planes como el GES y otras asistencias sociales.

Entrevista N°4: La idea de la autonomía surge en enunciados que tienen relación con la idea de envejecer bien. La autonomía se configura como un estado donde se tienen las energías para actuar sin ayuda. Las actividades más relacionadas con la autonomía, en el discurso de los hablantes, son: salir, aprender y poder compartir con su comunidad. Mediante estas actividades ellos pueden seguir realizando proyectos y buscar nuevas oportunidades para desarrollarse, algunas de las cuales no se tuvieron durante la juventud. El mantenerse autónomamente posibilita ayudar a sus esposas, a sus familiares y a sus conocidos en distintos tipos de tareas, principalmente domésticas, como lavar, planchar o cuidar el jardín. El depender de cuidados ajenos, según los hablantes, los iguala a “estorbos” y los acerca a la muerte, la cual queda caracterizada como un estado de inactividad. Para mantener su estilo de vida activo dependen fuertemente de instancias comunitarias, como los talleres que realizan. Por último, también dependen de beneficios estatales hacia la categoría del “adulto mayor”, como, por ejemplo, rebajas en la locomoción o en la salud. Beneficios no tan efectivos como les gustaría, pero que les permiten poder continuar su vida de la forma en que acostumbran.

Aceptación/Resistencia

Entrevista N°1: Hay una aceptación progresiva del proceso de envejecimiento, mediante una habituación a esa experiencia. Pero esta habituación es aceptada cuando ocurre mediante un “buen envejecimiento”, el que se configura, entre otras cosas, mediante aspectos que ayudan a sobrellevar la experiencia de la vejez tales como un contacto afectivo con la familia, el contar con dinero y la mantención de la autonomía personal. Se acepta el envejecimiento, pero no hay una resignación ante ese proceso. Saben que ya dejaron de ser funcionales y productivas, pero eso no les preocupa. Esta aceptación de la vejez pasa, en gran parte, debido a la importancia que le dan al espacio propio, un dominio propio de la vejez y que ellas reclaman como tal. Aquel espacio -tan simbólico como real- se encuentra lejos del ajetreo del mundo y de los jóvenes. Por otra parte, las entrevistadas coinciden en haber aceptado la muerte de sus maridos, experiencia que en general les resulta liberadora en tanto la enfermedad que los aquejaba

podría -con mucha seguridad- haber implicado el cuidar de ellos durante su vejez, una carga extra que agradecen no llevar.

“Yo pienso que el envejecimiento hay que irse preparando con tiempo... y aceptar, aceptar y tratar de mantenerse lo mejor posible. No encerrarse”.

Finalmente, las entrevistadas se resisten a la homogeneización que se hace sobre la categoría etaria de la vejez, compuesta por individuos arrugados, decrépitos y con otras características semejantes de connotación negativa. Activamente se resisten a estas lecturas mediante la mantención de rutinas que les permitan ejecutar las actividades que ellas consideran habituales. Por último, se resisten a que el Estado se haga cargo de ellas, pues identifican su precariedad y poca funcionalidad. Lo anterior no les resulta problemático pues poseen los recursos económicos necesarios para no recurrir a su asistencia.

Entrevista N°2: La problemática aceptación v/s resistencia es la que cobra mayor fuerza en este grupo de hablantes, pues los tensiona al momento de preguntarse sobre lo que ellos consideran no sólo un buen envejecimiento sino también cuando se les cuestiona por su comprensión general acerca del envejecer. Reflexionan en torno al lazo social que los configura como sujetos y dan cuenta de un profundo malestar en relación a un otro estatal que los categoriza y los separa, que no les da lugar y que, junto a un *otro joven*, los relega a un lugar de “inexistencia”. No obstante, lo anterior, que se erige en el discurso como un modo de resistencia, resulta paradójico aquello que estos sujetos son capaces de aceptar. Si bien es cierto que, por una parte, son críticos frente a un sistema que configura un discurso dominante acerca de la vejez, naturalizándola, redificándola y materializándola en asuntos concretos, varias de sus reivindicaciones tienen que ver con alcanzar un ideal que aquel discurso les impone y que se vincula a la *funcionalidad y la productividad*. En esta misma línea, se puede apreciar una provocación constante a la entrevistadora, quien es ubicada como agente de dicho sistema y responsable indirecta de sus demandas. Finalmente, resisten también el discurso biomédico, aceptando sólo parcialmente el intervencionismo práctico y respaldando aquello en un saber basado en su experiencia. La resistencia aquí tiene que ver con el no pensarse como “viejos”, una resistencia a lo que ellos mismos han denominado “exterminio”.

Entrevista N°3: Hay una relación dual con el envejecimiento, se busca aceptar la idea de ir envejeciendo, como algo natural de la vida, pero se resisten activamente a reconocerlo en sí mismas. Plantean que hay que aceptar los límites corporales que vienen con la edad, y adecuarse a los ritmos más lentos del cuerpo. Sin embargo, actúan mediante auto-imposiciones que tienen como finalidad mantenerlas, idealmente, tan activas como en su juventud. Hay una aceptación que pasa por apropiarse del discurso dominante, que prescribe una buena conducta durante la vejez a través de la adscripción a diversas normas sociales como, por

ejemplo, aceptar el discurso biomédico. En opinión de los hablantes, quienes no aceptan estas normas tienen la responsabilidad sobre cualquier dificultad que les pueda acontecer como, por ejemplo, el enfermarse. Las participantes se resisten a reconocer que los años puedan producir modificaciones en ellas y tratan de no quejarse de los cambios que les ocurren tanto física como mentalmente. Por ello hay una dificultad patente al confrontar la idea de que progresivamente pueden ir perdiendo sus facultades corporales y cognitivas.

“Yo primero digo que nosotras, las personas mayores, en primer lugar tenemos que querernos. Querernos. (...) Por lo tanto controlarnos la salud, ir a los controles, hacer lo que el médico dice, cuidar la alimentación, que es muy importante, la alimentación es muy importante...”

Entrevista N^o4: Se habla de forma paradójica acerca de la condición de personas mayores. Esta condición se acepta cuando aparece en enunciados donde es entendida como una oportunidad para aprender, compartir experiencias y habilidades, entre otras ocupaciones asociadas con la autonomía. A lo que se resisten es a aceptar la condición de personas mayores asociada al deterioro físico y mental. La forma que toma esta resistencia es seguir realizando actividades. No dejando de hacer cosas que consideran importantes ni rechazando nuevas oportunidades, aunque cumplirlas implique un esfuerzo mayor, debido al enlentecimiento del ritmo corporal.

“Las cosas que hacía antes, las hace más lenta. Tiene menos movilidad. Bueno, depende de cada uno si quiere salir o no salir. Todas esas cosas. Estudiar, refrescar la memoria, es lo principal. La memoria activa, para que... no achacarse, estar ahí postrado en la casa. Lo mejor es salir y entretenerse en algo”

La metáfora de la lucha

Entrevista N^o1: Las participantes usan metáforas que dan cuenta de una especie de lucha para aferrarse a la vida, que consiste en prepararse para la vejez reuniendo diferentes tipos de recursos como, por ejemplo, económicos y técnicos. La vejez se vuelve un momento donde ya no se pueden acumular más recursos al no poseer las mismas habilidades, o la misma vitalidad, que tuvieron cuando jóvenes. Esta tarea se vuelve un imperativo para un buen envejecimiento, ya que, para no pasar penurias, explicitan, uno debe ser inteligente y “armarse” para esta nueva etapa. Un arma que cobra relevancia, en una lucha contra la vejez, es la dimensión del humor, se ríen de sí mismas y de lo que les ocurre, por lo cual no lo viven como una tragedia, sino que lo des-dramatizan.

Entrevista N^o2: Esta gramática es la que cobra mayor relevancia en el discurso de los entrevistados. Cruza el relato de manera transversal en tanto los hablantes se

posicionan desde un lugar de resistencia. Significantes como “misión”, “meta”, “preparación”, “exterminio”, etc., son parte de su discurso. Su enemigo no es sólo un otro estatal, sino también un otro familiar, aquellos que son parte de su propio círculo de relaciones íntimas y que los desplazan a segundos y terceros planos.

“Por eso que te digo que yo todavía no cumplo con la misión... no tengo la misión cumplida, todavía me queda mucho que dar. Dios quiera que me pueda dar vida y salud, para poder lograr lo que anhelamos entre nosotros como personas. Porque eso es bonito, vivir la vida así de esa manera, a uno le dan deseos de seguir adelante”.

Entrevista N°3: En esta entrevista no hay una idea de lucha explícita, ellas no hablan del envejecer dentro de una lógica de conflicto. Sin embargo, coinciden en que habría sido mejor prepararse acumulando armas y recursos para lograr envejecer bien. Para las entrevistadas uno de los mayores conflictos tiene que ver con la soledad que suele gobernar la vejez y cómo se pueden armar estrategias para afrontarla.

Entrevista N°4: En este grupo los participantes usan metáforas que tienen que ver con una especie de preparación para una lucha que consiste en aferrarse a la vida, donde se deben acumular los recursos necesarios para sobrellevar una nueva condición etaria. Para poder envejecer bien, los hablantes plantean que se debe haber conseguido recursos, tales como una casa y una jubilación. Este proceso de acumulación únicamente se puede lograr durante la juventud, ya que en la vejez no se tienen las fuerzas necesarias para hacerlo. La metáfora de la lucha aparece, más explícitamente, al hablar de las pérdidas de diferentes habilidades y recursos que se tenían en un tiempo anterior y que les permitían cumplir con sus objetivos. Sin embargo, frente a estas dificultades se debe luchar con dedicación y esfuerzo, dando la pelea hasta el final. No hay que preocuparse de la victoria o la derrota, sólo importa la satisfacción ganada durante la lucha. Esto, en último término, lo convierte en una lucha contra la muerte, la cual está intrínsecamente ligada al no estar activo. Se puede seguir viviendo mientras se siga luchando, independiente del resultado de estas batallas. En el discurso de los hablantes la vida se identifica con la actividad y, esta última se configura como una lucha contra la muerte.

“Yo primero quería reiterar eso, que yo considero que es indispensable la preparación, igual como se prepara una persona que no es atleta, pero que quiere participar en una maratón. A nosotros se nos viene una maratón, que vamos a tener que todos correr como adulto mayor, entonces yo considero que es indispensable prepararnos o que los adultos mayores se preparen, sean preparados, para poder correr esa maratón, preparación física y psicológica fundamentalmente”.

La experiencia de desfase

Entrevista N°1: Esta gramática predomina en la entrevista, lo cual posiblemente ocurre debido al lugar geográfico donde viven las participantes. Vivir en el sur del país configura un estilo de vida más tranquilo que el de las grandes urbes. Este desfase se da en la percepción que tienen las entrevistadas sobre la velocidad de las cosas. Sienten que sus cuerpos tienen un ritmo más lento que en su juventud, mientras que perciben cómo el mundo cambia de forma acelerada. Debido a que les es más difícil desplazarse, ellas ya no pueden relacionarse con el entorno de la misma forma que lo hacía antes, entre otras cosas, porque no pueden utilizar escaleras o movilizarse en los mismos lugares donde solían hacerlo por la dificultad de hacerlo sin ayuda. Sin embargo, tienen su propio espacio de la vejez, lejos del ajetreo de la juventud y los ritmos acelerados del mundo. Un espacio que les es cómodo y desde el cual pueden aceptar este desfase.

“Hay que aprender a vivir la vejez, porque es otra etapa, otra etapa de la vida que uno no se ha imaginado que iba a ser así, ya... entonces uno tiene otra manera, otros horarios para levantarse, otro horario para comer todo eso como que ya no ocurre como era cuando éramos más jóvenes”.

Entrevista N°2: Esta gramática pierde relevancia al interior del discurso de los hablantes, pues si bien es cierto identifican y acusan un desplazamiento feroz por parte de otro, ellos se presentan como “abuelos de ahora” e insisten en que, en gran medida, depende de sí mismos el no quedarse fuera, el no ser “tirados al precipicio”. Sin embargo, el desfase se observa decisivamente en otro plano: la escasa conciencia del propio proceso, como si la vida estuviese desfasada de sí misma.

“Yo creo que uno como que toma poca conciencia cuando empieza el proceso de envejecer. Por lo menos para mí ha sido así, uno no se da cuenta, como que no percibe que se está metiendo en una nueva etapa hasta que ciertas cosas se lo van indicando”.

“Yo entiendo, perdón, pero si me preguntan a mí, envejecer es porque tengo que adecuarme, tengo que cambiar los roles porque la sociedad me lo exige”.

“Eran otras épocas, yo nací en el campo y era un solo respeto que se le tenía a los padres, a los abuelitos. Para nosotros era un monumento un abuelito, porque estaba lleno de cosas interesantes”.

Entrevista N°2: Esta gramática pierde relevancia al interior del discurso de los hablantes, pues si bien es cierto identifican y acusan un desplazamiento feroz por parte de otro, ellos se presentan como “abuelos de ahora” e insisten en que, en gran medida, depende de sí mismos el no quedarse fuera, el no ser “tirados al

precipicio”. Sin embargo, el desfase se observa decisivamente en otro plano: la escasa conciencia del propio proceso, como si la vida estuviese desfasada de sí misma.

“¿Cómo le vamos a pedir a los niños que sean como nosotros si ellos están viviendo otro mundo, están viviendo otra vida?”

Entrevista N°4: Los participantes dan cuenta del desfase como un enlentecimiento propio, que los ha dejado atrás, en otra época. En primer lugar, ellos se representan como “una especie en extinción”, debido a que el mundo donde se configuraron como sujetos va quedando en el pasado, debido a que se ha dejado de perpetuar la educación que ellos recibieron. Además, en este mundo no hay panoramas pensados para ellos, las formas de entretención públicas están orientadas hacia los más jóvenes, relegándolos a optar por escasos pasatiempos como, por ejemplo, los que tienen lugar en los centros para los adultos mayores. La llegada de nuevas tecnologías es vivida, en primera instancia, como un cambio que altera la forma en que son llevadas a cabo diferentes labores a las cuales se habían adecuado, por lo que les cuesta acostumbrarse a estas nuevas formas. Sin embargo, también es una oportunidad para adaptarse, ya que la tecnología abre un espacio en el que continuar aprendiendo.

“La Ley te dice a los 60 y te tiran para el precipicio”.

“Para mí es un proceso de... es un proceso de la vida. A algunos llega a veces jóvenes, otros logramos pasar y llegamos a una edad de adulto, y después pasamos a otra etapa que es de la tercera edad, y en la cual a mí me ha dejado por conclusión que es una etapa muchas veces de olvido, que a la persona de la tercera edad como que se la aísla, como que está en el rincón, como que no tiene opinión”.

“El vocabulario del chileno, la manera de hablar, cada día es peor. Nosotros, yo me acuerdo, nos sentábamos en la mesa y pobre que habláramos mal. Y todos a la hora. Ahora cualquiera hace lo que quiere (...) Había un respeto, a lo mejor era excesivo, pero la casa tenía otra forma”.

“Ese es el viejo inútil, entre comillas también. Ese es el viejo inútil. Pero una persona que está activa, un hombre que está activo, que llegué a la casa y ‘mira, pinté aquí, puse este clavo, puse este cuadro’, uno sabe que está vivo. Pero si está sentado en una silla ahí, mirando cómo pasan las moscas...”.

El lenguaje del (dis)funcionamiento

Entrevista N°1: Esta gramática cobra fuerza en los momentos donde las entrevistadas hablan acerca de cómo representan el envejecer. Se articula una serie de enunciados que caracterizan a “los viejos” como personas que ya no funcionan

fisiológica ni cognitivamente, que caminan lento, que no se pueden movilizar con facilidad ni pueden coordinar sus ideas adecuadamente. Las entrevistadas intentan diferenciarse de esta representación del “viejo” disfuncional. En primer lugar, lo hacen señalando que funcionan bien cognitivamente, o “de arriba”. En segundo lugar, buscan atenuar los efectos del envejecimiento mediante rutinas, como el establecimiento de horarios para dormir y comer, que les permitan seguir funcionando en distintos aspectos.

pensados para ellos, las formas de entretención públicas están orientadas hacia los más jóvenes, relegándolos a optar por escasos pasatiempos como, por ejemplo, los que tienen lugar en los centros para los adultos mayores. La llegada de nuevas tecnologías es vivida, en primera instancia, como un cambio que altera la forma en que son llevadas a cabo diferentes labores a las cuales se habían adecuado, por lo que les cuesta acostumbrarse a estas nuevas formas. Sin embargo, también es una oportunidad para adaptarse, ya que la tecnología abre un espacio en el que continuar aprendiendo.

“Y claro, mira, si yo hace treinta años atrás hubiera sabido que no me podría mover, que me tenían que bajar de ahí de mi piso 18, cuatro o cinco escalas, los chicos en silla de ruedas, más abajo también, porque no tienen ramplas en mi edificio, porque el caballero se ahorró, entonces piso por medio que no hay ascensor, entonces qué pasa: que paso encerrada, el único día que yo tengo, es cuando vengo aquí... entonces eso es lo que a mí me molesta”.

Entrevista N°2: En este grupo, la gramática del (dis) funcionamiento está estrechamente relacionada a la autonomía que los entrevistados buscan mantener. Procuran permanecer activos, tanto física como cognitivamente, realizando distintos tipos de actividades grupales e individuales. El aspecto cognitivo aparece con fuerza mediante esta gramática, pues saben que tienen que ejercitar su mente y que aquella es la única forma de seguir siendo útiles. A su vez, la enfermedad física es el mayor símbolo del no-funcionar o funcionar mal. Por ello se cuidan y rehúyen de ella. El ser funcionales les asegura una prolongación de su vida y mantener a raya la muerte. El ser funcionales les permite resistir, pero también los somete.

Entrevista N°3: En el discurso de este grupo, la autonomía se configura mediante el funcionamiento social y corporal. Las participantes tienen conciencia de que, en la vejez, se camina más lento y de que se olvida más fácilmente. Sin embargo, tratan de no exteriorizar, o de no mencionar, esta experiencia de deterioro. Para lograrlo expresan que realizan ejercicios mentales, reiterando que físicamente “se encuentran bien”. No obstante, se habla del cuerpo análogamente a como se habla de una máquina que funciona, llegando a un punto donde sus engranajes se detienen. Esta objetualización del cuerpo, que se enuncia mediante la metáfora de la máquina, implica que llegará un momento en el que no se podrá hacer lo que antes era habitual, momento en el que “fallarán” los engranajes.

Entrevista N^o4: Esta gramática aparece cuando los hablantes utilizan la metáfora de la máquina para comparar sus cuerpos con artefactos que dejan de funcionar como antes, ya que inevitablemente el tiempo los “oxida” y no les permite movilizarse más. Mediante esta metáfora hacen alusión a cómo han vivido experiencias que hacen patente su deterioro corporal. Sienten que sus cuerpos ya no funcionan como antes, por ejemplo, al caminar más lento o al recordar menos. Si no hacen nada –si “se dejan estar”– este deterioro se vuelve más rápido e inevitable.

“Entonces, cuando uno tiene esa manera de tener algo que hacer, porque la persona que no tiene nada que hacer, se hunde. Se hunde”.

“Una de las cosas que yo siempre con mi señora hacíamos en clases de folclor, porque ella baila bastante. Lo que más le marcábamos a la gente, es que la persona que se queda, el adulto mayor que se queda atrapado, es igual que una máquina. Si tú tomas una máquina y la dejas en el patio, un invierno y después no camina más”.

“Hay una pérdida de la... Uno está acostumbrado a un ritmo. Y resulta que de repente tú, por ejemplo, te levantabas a las 7 de la mañana, salías, o a las 8 de la mañana, salía a las 9. Y de repente te paran eso, y uno se queda, y se queda, y parece que empieza a sentir todos los dolores, todo lo que no escuchaba antes, parece que le empieza a... Los años no pasan. No pasan, sino que se le van quedando. [Risas] Esa es la verdad. Parece que uno va llenando una mochila, entonces siente un peso en los hombros”.

Discusión

Hemos identificado algunos “juegos de lenguaje” en los que, o por medio de los que, las personas mayores entrevistadas hablan del envejecer, sus afecciones, temporalidades y alteridades. Podemos sintetizar nuestros hallazgos articulando algunos de los contenidos principales. Primero, los entrevistados usan metáforas que dan cuenta de una especie de batalla por aferrarse a la vida que consiste en un esfuerzo de adaptación, en una resistencia a fuerzas que cruzan la experiencia de envejecer, y un prepararse para la vejez reuniendo diferentes tipos de recursos (por ejemplo, económicos y técnicos) que sirven de armas en el contexto de una situación de envejecimiento que es sentida como una tensión. Esta tarea se vuelve un imperativo para un buen envejecer, ya que para no pasar penurias uno debe saber “armarse” para enfrentar esta nueva etapa. En la medida en que los hablantes se posicionan desde un lugar de resistencia, la gramática de la lucha cruza los relatos de manera transversal; significantes como “misión”, “preparación”, “exterminio”, etc., son parte de este entramado. Los hablantes se paran frente a la vejez desde una trinchera propia. En último término, la lucha está intrínsecamente ligada al no estar activo: se puede seguir viviendo mientras se siga luchando. En el discurso de los hablantes la vida se identifica con la actividad, y esta última se configura como una lucha contra la muerte.

En segundo lugar, encontramos múltiples formas de desfase, temporal y epistemológico, que se consideran propias de la experiencia de envejecer, donde el desfase epistemológico se relaciona con el no entender a los jóvenes. Los hablantes se ven desplazados respecto del lugar que ocupan los jóvenes, sienten que pasan a ocupar el último lugar en la sociedad. Con respecto a las relaciones familiares aparece la idea de que le han entregado todo lo que podían, por lo cual se vive en un sobre-tiempo. Sin embargo, dicho sobre-tiempo se experimenta en un mundo que no se comprende del todo, que no es fácil de aprehender para ellos. Por último, los entrevistados dan cuenta del desfase como un enlentecimiento propio, que los ha dejado atrás, en otra época. Se habla, por tanto, del envejecimiento en términos de un desfase no sólo temporal, sino también generacional, cultural y epistémico.

Tercero, el discurso del funcionamiento y el disfuncionamiento articula una serie de enunciados que caracterizan a “los viejos” como personas que ya no funcionan fisiológica ni cognitivamente porque caminan lento, no se pueden movilizar ni pueden coordinar sus ideas adecuadamente. Esta gramática está estrechamente relacionada a la autonomía que los entrevistados buscan mantener. Procuran permanecer activos, tanto física como cognitivamente, realizando distintos tipos de actividades grupales e individuales. El aspecto cognitivo aparece con fuerza mediante esta gramática. Sin embargo, se habla del cuerpo análogamente a como se habla de una máquina que funciona, pero que llega un punto donde sus engranajes se detienen.

La temática central del discurso de los entrevistados es el padecimiento del envejecer, el cual es experimentado como una “carga”, “una pérdida” para la cual deben “prepararse” y “luchar”, o tal como interpretamos aquí, resistir. En este discurso el envejecer es planteado como una exterioridad. La vejez es atribuida por otros, no sentida como propia, o bien, asumida como algo que es asignado en parte por los otros, desde un “afuera”. Esta exterioridad del envejecer acontece esencialmente en el cuerpo, ocurre en la dimensión de la corporalidad, tanto del cuerpo directamente vivido como del cuerpo visto en relación al otro.

Es una vivencia exterior (vivencia del otro). Estas dos caras del fenómeno vinculan el envejecer al otro social y a la corporalidad, pero en la forma inicial de una sorpresa y de una ignorancia fundante: en tres de las cuatro entrevistas grupales esta exterioridad queda articulada en la experiencia de no darse cuenta del envejecer, de ser tomados por sorpresa, del desconocimiento preliminar respecto de la propia condición de vejez. El otro social notifica y enuncia este pasaje.

Esto conecta directamente con una de las problemáticas detectada en los resultados de la investigación: la tensión entre la aceptación vs la resistencia al envejecer, la cual tiene amplias repercusiones en la discusión sobre el envejecimiento activo y la salud en los adultos mayores (Calasanti & Repetti, 2018). Los resultados evidencian que la resistencia a envejecer no tiene el estatuto

de un mecanismo psicológico de negación del envejecimiento, es el resultado de una operación de discurso y da cuenta de la subjetividad asociada al proceso de envejecer. Condiciones discursivas diferentes en otras épocas y contextos culturales han generado otras gramáticas y semánticas, que pueden dar otro lugar social al envejecimiento del cuerpo.

Si la resistencia es a una exterioridad, el cuerpo, que es notificado y anunciado por el otro, entonces, ¿de qué aceptación posible se podría hablar?, ¿qué entenderíamos por aceptación en una lógica discursiva?, ¿cuál es la vía posible de la internalización del envejecer en estas gramáticas y semánticas? Evidentemente, la vía de invocar, empujar y llamar al “buen sentido común” de aceptar el envejecer continúa siendo una exterioridad, una imposición a la cual resistirse pues viene del otro. Por lo pronto, la gramática de la lucha y del disfuncionamiento, articuladas por las semánticas del don y de la preparación constituyen una vía discursiva a la temática del padecer del envejecimiento y una solución de compromiso, eventualmente modulable a las tensiones entre aceptación/resistencia. La modulación y movimientos en la posición subjetiva suponen poner en acto el discurso y dialectizarlo con otros, por ejemplo, cuando los dolores físicos y la sexualidad tocan la esfera del humor y el efecto de distancia de la posición del padecer ubica a los sujetos en otro lugar. La resistencia al envejecimiento no sólo atañe al envejecer del cuerpo y a las dinámicas sociales y culturales del lugar de la vejez en la sociedad, implica también en términos éticos un llamado y demanda de respeto, de reconocimiento, de tener un lugar en la palabra, sobre todo ante discursos (sociales, biomédicos, de políticas públicas, etc.) que los capturan, anulan, invisibilizan y conducen a una posición de objeto, de resto o residuo de la sociedad.

Conclusiones

En este capítulo hemos abordado la dimensión subjetiva del envejecimiento atendiendo, metodológicamente, a cómo se articula la subjetividad en el discurso propio de los adultos mayores, y temáticamente a cómo se articulan las resistencias a la internalización del envejecer, es decir, la manera en que son significadas las singularidades que constituyen la identidad personal y etaria de adultos mayores en Chile en el marco de este dilema sociocultural del envejecimiento, que indicamos inicialmente en términos de la ambivalencia del discurso acerca de la vejez. Como se muestra en este capítulo, dicho dilema constituye también un dilema de la subjetividad de las mismas personas mayores. Cabe distinguir, entre los discursos del envejecimiento, por un lado, el discurso acerca del envejecer que se anida en las representaciones sociales o que anima teorías y políticas de envejecimiento desde fuera, contra el que las personas mayores que hemos entrevistado parecen resistirse. Por otro lado, el discurso de los adultos mayores que no solamente se refiere a su propia experiencia de envejecer, sino que también forma parte integral de su proceso corporal, social y

psicológico de envejecer. Como se ha evidenciado en diversos contextos, el discurso de la teoría y las políticas muchas veces no coincide con el discurso de las personas mayores; (Migliore & Dorazio-Migliore, 2014; Wilińska & Anbäcken, 2013).

Estas observaciones pueden constituir un aporte toda vez que invitan a pensar en las perspectivas sobre el cuidado (Gibson, 1998), especialmente el cuidado de sí (Foucault, 2005), tanto de los mayores como del cuidado de cuidadores y otros agentes sociales. La noción de cuidado implica considerar la potencia, uso e impacto de los discursos tanto desde el Estado como desde aquellos lugares que busquen interactuar con adultos mayores. Diseñadores y ejecutores de políticas públicas, instituciones de cuidado y de investigación, deben estar atentos y operar en modo prudente, incluyendo la escucha a estos como clave de inclusión en el campo social.

Referencias

- Bailly, N., & Roussiau, N. (2010). The Daily Spiritual Experience Scale (DSES): Validation of the Short Form in an Elderly French Population. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 29(02), 223–231.
- Balota, D. A., Dolan, P. O., & Duchek, J. M. (2000). Memory changes in healthy young and older adults. *The Oxford handbook of memory*, 395–410.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580–594.
- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway. Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Duke University Press.
- Blanchflower, D.G. y Oswald A.J. (2008) Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine* 66, 1733-1749.
- Bojorquez-Chapela, I., Manrique-Espinoza, B. S., Mejía-Arango, S., Solís, M. M. T. R., & Salinas-Rodríguez, A. (2012). Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health*, 16(4), 462–471.
- Boswell, G. E. H., & Boswell-Ford, K. C. (2009). Testing a SEM Model of Two Religious Concepts and Experiential Spirituality. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 200–211.
- Boudiny, K. (2013). ‘Active ageing’: from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077–1098.
- Calasanti, T. & Repetti, M. (2018). Swiss Retirees as “Active Agers”: A Critical Look at this New Social Role. *Journal of Population Ageing*, 11(1), 23–41.
- Charles, S.T. y Carstensen L.L. (2009) Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409.
- De Jager Meezenbroek, E., Bert, G., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Adriaan, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51(2), 336–354.

Diersch, N., Cross, E. S., Stadler, W., Schütz-Bosbach, S. y Rieger, M. (2012). Representing others' actions: the role of expertise in the aging mind. *Psychological research*, 76(4), 525–541.

Ennis, G. E., Hess, T. M., & Smith, B. T. (2013). The impact of age and motivation on cognitive effort: Implications for cognitive engagement in older adulthood. *Psychology and Aging*, 28(2), 495.

Esposito, F., Gendolla, G. H., & Van der Linden, M. (2014). Are self-efficacy beliefs and subjective task demand related to apathy in aging? *Aging & Mental Health*, 18(4), 521–530.

Featherstone, M. y Hepworth, M. (2005). Images of Ageing: Cultural Representations of Later Life. In Malcolm Lewis Johnson, Vern L. Bengtson, Peter G. Coleman, T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge Handbook Of Age And Ageing* (pp. 354–362). Cambridge University Press.

Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90.

Foucault, M. (2005). *El cuidado de sí*. Siglo XXI de España editores.

Gibson, D. (1998). *Aged care: Old policies, new problems*. Cambridge University Press.

Gottlieb, B. H., & Sevigny, A. (2016). Social usefulness: Theory and evidence concerning a late life identity construct. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(4), 333–365.

Grady, C. (2012). The cognitive neuroscience of ageing. *Nat Rev Neurosci.*, 13(7), 491–505.

Hallaj, Z., Rafiey, H., Momtaz, Y., Teimori, R., Haroni, Q., & Sahaf, R. (2014). Measuring reliability and validity of Persian version of spirituality scale among elderly Iranian population. *Medicinski Glasnik Specijalna Bolnica Za Bolesti Stitaste Zlezde I Bolesti Metabolizma Zlatibor*, 19(51), 13–22.

Haye, A. y Larrain, A. (2011). What is an utterance? En E. Aveling, I. Kadianaki, M. Märtsin, B. Tyler, B. Wagoner, y L. Whittaker (Eds.) *Dialogicality in Focus: Challenges to Theory, Method and Application* (pp. 33–52). Nova Science Publishers.

Helmeke, K. B. (2006). “My Spiritual Life”: Conducting a Spiritual Life Review with the Elderly. In K. B. Helmeke & C. F. Sori (Eds.), *The Therapist's Notebook for Integrating Spirituality in Counseling II* (pp. 115–126). Routledge.

Herrera, M. S., Barros, C., and Fernández, B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.

Hess, T. M., y Auman, C. (2001). Aging and social expertise: the impact of trait-diagnostic information on impressions of others. *Psychology and aging*, 16(3), 497-510.

Hohman T.J., Beason-Held L.L., Lamar M. y Resnick S.M. (2011). Subjective cognitive complaints and longitudinal changes in memory and brain function. *Neuropsychology* 25(1): 125-130.

Hsu, H. C., & Tung, H. J. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 14(7), 851-860.

Larrain, A. y Haye, A. (2012). Discursive analysis of experience: alterity, positioning and tension. *Discourse & Society*, 23(5), 596- 601.

Lewis, M. M. (2001). Spirituality, Counseling, and Elderly: An Introduction to the Spiritual Life Review. *Journal of Adult Development*, 8(4), 231-239.

Lowis, M. J., Jewell, A. J., Jackson, M. I., & Robert, M. (2011). Religious and Secular Coping Methods Used by Older Adults: An Empirical Investigation. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(4), 279-303.

Majón-Valpuesta, D., Ramos, P. y Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas*, 15(2), 53-63.

Mather, M. y Carstensen, L.L. (2005) Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends Cogn Sci.* 9(10): 496-502.

McMunn, Anne; Nazroo, James; Wahrendorf, Morten; Breeze, Elisabeth y Zaninotto, Paola (2009). Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing & Society*, 29(05), 765-782.

Miche, M., Wahl, H. W., Diehl, M., Oswald, F., Kaspar, R., & Kolb, M. (2014). Natural occurrence of subjective aging experiences in community-dwelling older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 174-187.

Migliore, S., & Dorazio-Migliore, M. (2014). Aging and narratives of loss: A history of social suffering. *Anthropologica*, 56(2), 415-422.

Muñoz, J. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Pirámide.

Norrick, N. R. (2009). The construction of multiple identities in elderly narrators' stories. *Ageing & Society*, 29 (Special Issue 06), 903–927.

Perkins, C. (2010). Older people and spirituality in New Zealand: the need for leadership. *International Journal of Leadership in Public Services*, 6(2), 78–81.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440.

Snodgrass, J., Jill, S., & Siroj, S. (2010). Spirituality in Older Adulthood: Existential Meaning, Productivity, and Life Events. *Pastoral Psychology*, 60(1), 85–94.

Strauss, A. & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. Sage.

Wilińska, M. & Anbäcken, E.-M. (2013). In search of the everyday life of older people in Japan: Reflections based on scholarly literature. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 28, 435–451.

Wistow, G., Waddington, E. Godfrey, M. (2003). *Living well in later life: From prevention to promotion*. University of Leeds: Nuffield Institute for Health.

Zarebski, G. (2005). *Hacia un buen envejecer*. Universidad Maimónides.

AUTORES

Alejandra Alonso Flores

Maestra en nutrición aplicada. Especialista en nutrición gerontológica y licenciada en nutrición y ciencia de los alimentos por la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Cuenta con cursos de formación: diplomados en: terapia clínica nutricional en el paciente geriátrico por el Colegio de nutriólogos del Estado de Sinaloa. Es miembro activo de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica. Correo electrónico: alealonsoflores@outlook.com

Alejandro Reinoso

Psicólogo, psicoanalista. Doctor en Ciencias Sociales, Università Gregoriana, Roma. Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Profesor Titular, Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile. Línea de trabajo: psicoanálisis, subjetividad, clínica del inicio de los tratamientos. Correo electrónico: areinoso@uc.cl

Alejandro Zarco Villavicencio

Maestro en citopatología por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional. Especialidad en medicina familiar. Médico cirujano por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la “Universidad Nacional Autónoma de México”.. Profesor de tiempo completo asociado “C” en el área de ciencias clínicas en la carrera de médico cirujano de la Facultad de Estudios Zaragoza en la “Universidad Nacional Autónoma de México”.. Autor y coautor de varios artículos científicos. Asesor médico. Correo electrónico: alezv88@gmail.com

Alma Rodríguez Gallegos

Estudiante de la facultad de medicina y nutrición en la Universidad Juárez del Estado de Durango. Fundador y coordinador del proyecto insignia del Club Rotario de Durango A.C. “sábados de salud para el adulto mayor”. Fundadora del proyecto talleres de capacitación en atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal. Secretaria del Club Rotaract Victoria de Durango.

Álvaro Monterrosa Castro

Médico. Especialista en ginecología. Experto latinoamericano en menopausia y climaterio. Profesor titular departamento de investigaciones. Líder grupo de investigación salud de la mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0686-6468> Correo electrónico: alvaromonterrosa@gmail.com

Ana Gabriela Aguiar Trevia Salgado

Licenciada en Psicología por la Universidad Federal de Piau. Estudiante de

maestría en el programa de psicología de la Universidad Federal Delta de Parnaíba. Miembro del centro de estudios e investigaciones en desarrollo humano, psicología de la educación y denuncia escolar. Ha orientado su trabajo en la investigación en los siguientes temas: psicología social, vejez LGBT, psicología del envejecimiento y psicogerontología. Correo electrónico: gabrielatrevia@outlook.com

Ana María Solís

Psicóloga clínica. Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: amsolisva@gmail.com

Andrés Haye

Doctor en psicología por la universidad de Sheffield, Reino Unido. Profesor asociado de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigador asociado de la plataforma Normalidad, Diferencia y Educación y del Centro de Estudios Interculturales e Indígenas (CIIR). Perspectiva interdisciplinaria acerca del entrelazamiento de la subjetividad y vida social, focalizándose en la re-conceptualización de procesos básicos como la memoria, emociones, discurso y pensamiento. Correo electrónico: ahaye@uc.cl

Angélica Neyra Alarcón

Licenciada en enfermería por la Universidad de Antofagasta. Se desempeña como enfermera clínica en la unidad de paciente crítico pabellón central en el Hospital Regional Doctor Leonardo Guzmán, Antofagasta.

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Doctora en ciencias psicológicas por la Universidad de la Habana, Cuba. Docente investigadora, miembro activo en el grupo psicología clínica y de la salud, líder del semillero calidad de vida en la tercera edad en la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6773-1495> ; Correo electrónico: ara.cerquera@upb.edu.co

Arantxa Ortiz Hernández

Maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara, México. Licenciada en Psicología, con experiencia educativa en grupos de adultos mayores además de atención clínica individual en casos de deterioro cognitivo. Su campo de conocimiento es la gerontología educativa y psicogerontología. Correo electrónico: psicarantxaortiz@gmail.com

Catalina Tapia Pinto

Doctora en gerontología social por la Universidad de Granada, España. Magíster en enfermería por la Universidad de Concepción, Chile. Líneas de investigación: envejecimiento, relaciones intergeneracionales. Investigación- docencia en el departamento de enfermería en la Universidad de Antofagasta. Correo electrónico: catalina.tapia@uantof.cl

Cindy Salas Becerra

Grupo de investigación salud de la mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2582-5792>

Claudia Susana Silva Fernández

Doctoranda en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid, España. Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. Magíster en psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Investigadora con experiencia en población hospitalaria, enfermedades crónicas, humanización, agresividad y modelo cognitivo conductual. Correo electrónico: claudia.silva@estudiante.uam.es

Daysy Katherine Pabón Poches

Estudiante del Doctorado en Psicología de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla. Máster en psicología clínica y de la salud con enfoque cognitivo conductual del Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana. Investigadora asociada de MINCIENCIAS con experiencia en el abordaje de personas adultas y adultas mayores, diseño de modelos de intervención, el cuidado dentro de la familia, el conflicto armado, el maltrato y la resiliencia. Docente de tiempo completo, vinculada al Grupo de investigación UDIPSI del programa de psicología de la Universidad de Investigación y Desarrollo de Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: dpabon1@udi.edu.co

Diana Pérez Romero

Integrante del Grupo de investigación Salud de la Mujer en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1487-082X>

Dolores Majón Valpuesta

Doctora en Psicología por la Universidad de Sevilla, España y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Máster en Intervención Psicosocial por la Universidad Autónoma de Barcelona y licenciada en Psicología. Asistente honoraria del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Profesora del Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva. Experiencia en investigación y docencia universitaria en Chile y España. Desde el ámbito de la Gerontología, centra su actividad investigativa en los procesos vinculados a la participación social y género. Asistente colaboradora en proyectos de intervención e investigación dirigidos a personas mayores desde el Instituto de Envejecimiento. Correo electrónico: doloresmajon@gmail.com

Doris Sequeira Daza

Doctora en Gerontología Social por la Universidad de Granada, España. Diplomada en Gerontología y Geriátrica por la Universidad de Concepción. Diplomada en Gestión de Recursos Humanos por la Universidad de Valparaíso, Chile. Profesor Titular Docente, Universidad Central de Chile. Profesor en Enfermería Gerontológica. Profesor Visitante Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Coordinadora Nacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Chile. Miembro del Grupo Coordinador Internacional de las Redes Internacionales de Enfermería. Áreas de investigación: Soledad, Resiliencia, Estereotipos. Correo electrónico: doris.sequeira@uccentral.cl

Eliane Cunha Gonçalves

Doctora y magister en ciencia de la motricidad humana con licenciatura plena en educación física. Especialista en entrenamiento deportivo, políticas públicas en la salud y educación física y sociedad. Actualmente es profesor en la Facultad Multivix de Vitória y de cursos de especialización. Tiene experiencia en el área de educación física, con énfasis en adultos mayores. Mentora de la ecuación de regresión para la composición corporal en adultos mayores. Autora de libros. Correo electrónico: elianecgc@hotmail.com

Elizabeth Jiménez Puig,

Máster en Psicopedagogía y Licenciatura en Psicología en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Cuba. Por su trayectoria estudiantil recibió la distinción de Graduada Integral de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas en el año 2013. Profesora principal de Procesos Cognitivos I; Procesos Cognitivos II; y Psicopatología General. Su formación postgraduada se ha desarrollado en el campo de la neuropsicología, recibiendo cursos de estimulación neurocognitiva; prevención de demencias y deterioro cognitivo leve. Es presidenta de la Sociedad Cubana de Psicología en Villa Clara; miembro de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud y miembro de la American Psychological Association (APA). Es autora y coautora de artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales. Sus líneas de investigación se enmarcan dentro del campo de la Neuropsicología, específicamente en el estudio de la salud cognitiva. Es fundadora e investigadora de la Iniciativa Cubana en Salud Cognitiva (CogniciON). Actualmente desarrolla su doctorado en el campo de la evaluación neuropsicológica de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Correos electrónicos: ejimenez@uclv.cu ; jimenezpuigelizabeth@gmail.com ; elizabethjp@nauta.cu ;ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7683-6096>

Felipe Roboam Vázquez Palacios

Doctor en antropología social por la universidad iberoamericana. Profesor- investigador en el centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. Pertenece al sistema nacional de investigadores en el nivel 1. Sus líneas de investigación son: antropología de la vejez y medio ambiente y antropología de la religión. Correo electrónico: fevaz@ciesas.edu.mx

Francisca Durán Ortiz

Licenciada en enfermería por la Universidad de Antofagasta. Se desempeña como enfermera en la mutual de seguridad en faena minera Escondida.

Francisco Javier Tovar Nevares

Pasante de la licenciatura en enfermería. Unidad académica multidisciplinaria matamoros. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correo electrónico: franky_110790@hotmail.com

Gian Carlo Floriano Zermeño

Licenciada en Psicología, asistente de investigación en el departamento de psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Ha colaborado en proyectos de conducta alimentaria, conducta animal y el uso de la entrevista semi-estructurada en la investigación. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5462-8889> ; correo electrónico: naigfofo@hotmail.com

Héctor Eduardo Varela Véliz

Doctor en matemáticas por la Universidad Complutense de Madrid, España. Profesor titular en el departamento de matemáticas de la facultad de ciencias básicas por la Universidad de Antofagasta. Profesor de posgrado en ciencias biomédicas. Cuenta con publicaciones.

Heliodoro Alemán Mateo

Doctor en ciencias por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Es investigador titular "D", forma parte del sistema nacional de investigadores nivel II. Es responsable del laboratorio de composición corporal y funcionalidad, su área de investigación es en nutrición geriátrica. Realizo estancia en el Centro Hospitalario St. Luke's Roosevelt, de la Universidad de Columbia. Enfoca sus estudios en la nutrición del adulto mayor, particularmente los requerimientos de energía, la composición corporal, así como en diversos factores de riesgo para algunas enfermedades crónico degenerativas y de las implicaciones clínicas de los cambios en la composición corporal que se acentúan durante el envejecimiento, investiga algunas de la causas de la pérdida de la masa muscular o sarcopenia en adultos mayores y algunas estrategias dietéticas y nutricionales para revertir la pérdida de la masa muscular en adultos mayores. Correo electrónico: helio@ciad.mx

Irma Araceli Aburto López

Maestra en ciencias de la salud pública, médica cirujana. Profesora de tiempo completo definitiva de la disciplina de Epidemiología. Conferencista en cursos, talleres, diplomados y foros especializados sobre metodología de la investigación, epidemiología, salud pública, estadística, medicina preventiva y temas relacionados al proceso salud – enfermedad. Organizadora y pionera de las ferias de la salud en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Coordinadora de área de ciencias de la salud pública de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: irmaaburto10@gmail.com

Irving Rosales Martínez

Estudiante de la Facultad de Medicina y Nutrición en la Universidad Juárez del Estado de Durango. Fundador y coordinador del proyecto “talleres de capacitación en atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal”. Fundador del proyecto insignia del Club Rotario de Durango A.C., “sábados de salud para el adulto mayor”. Presidente Club Rotaract Victoria de Durango 2020-202.

Janaína Rigo Santin

Posdoctorado en derecho administrativo por la Universidad de Lisboa, Portugal. Doctora en derecho por la Universidad Federal de Paraná, Brasil. Abogada y profesora titular de la facultad de derecho de la Universidad de Passo Fundo. Docente permanente en la maestría y doctorado en historia de la Universidad de Passo Fundo. Docente permanente en la maestría y doctorado en derecho ambiental de la Universidad de Caxias do Sul. Docente colaboradora en la maestría en ciencias jurídicas-económicas y desarrollo, así como en posgrado en gobierno y gestión pública de la Universidad Agostinho Neto, en Luanda, Angola-África. orcid:<https://orcid.org/0000-0001-6547-2752>. correo electrónico: janainars@upf.br

Joaquín Herrera Barahona

Licenciado en enfermería por la Universidad de Antofagasta. Se desempeña como enfermero clínico en la unidad de emergencias del Hospital Carlos Cisternas, Calama.

José Avalos Jiménez

Licenciado en enfermería por la Universidad de Antofagasta. Se desempeña como enfermero clínico en la unidad de cuidados medios de Medicina en el Hospital Regional Doctor Leonardo Guzmán.

José Fernandes Filho

Doctor en educación física, con énfasis en genética aplicada al deporte, por el Instituto de Investigación Científica en Cultura Física y Deportes de Rusia. Profesor en la Maestría y Doctorado en Educación Física de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Líder del grupo de investigación del laboratorio de biociencias del movimiento. Correos electrónicos: jffbepe@gmail.com ; jff@ceaf.com.br

José Luna Muñoz

Doctor en ciencias de la salud con sub-especialidad en neuropatología de las demencias. Profesor-investigador del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional. Actualmente es el Director del Biobanco Nacional de las Demencias de México. Asesor científico del comité nacional de envejecimiento de la Secretaria de Salud de México. Fundador en el desarrollo del banco de cerebros de suicidio en México. Fundador en el desarrollo

del banco de cerebros para el estudio de autismo. Correo electrónico: jluna_tau67@comunidad.unam.mx

Laura Hinojosa García

Doctora en ciencias de enfermería. Profesor de tiempo completo. Unidad académica multidisciplinaria matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Correo electrónico: laura2hg@hotmail.com

Laura Juliana Barchelot Aceros

Psicóloga de la Universidad de Investigación y Desarrollo. Máster en investigación clínica por la Universidad de Guanajuato de México, estudiante del doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad Cuauhtémoc de México. Investigadora con experiencia en el abordaje e investigación de paciente hospitalarios crónicos y de alto costo, conflicto armado colombiano, adulto mayor, maltrato y agresividad. Docente e investigadora tiempo completo del programa de psicología de la Universidad de Investigación y Desarrollo, Bucaramanga, Colombia y vinculada al grupo de investigación UDIPSI. Correo electrónico: lbarchelot1@udi.edu.co

Laura Sánchez Pérez

Psicóloga. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Miembro del Consejo Asesor de la Cátedra del Adulto Mayor. Secretaria de la Sección Científica de Psicogerontología de la Sociedad Cubana de Psicología. Profesora Asistente de la Asignatura Psicología del Desarrollo del Adulto Medio y del Adulto Mayor. Es editora del Manual de texto de los cursantes del programa de educación dirigido a personas mayores. Coordinadora del Plan de Acciones de Psicogerontología en el Programa Integral de Envejecimiento Saludable de la Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología junto a la Unión Europea denominado PIES PLAZA. Coordinadora del Psicogrupo Personas Mayores y Cuidadores, como parte de la experiencia cubana de Atención Psicológica durante la pandemia del Covid-19. Correo electrónico: laura@psico.uh.cu

Lidia Viridiana Silva López

Pasante de la licenciatura en enfermería. Unidad académica multidisciplinaria matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correo electrónico: franky_110790@hotmail.com

Liliana Sousa

Doctora en ciencias de la educación. Profesora asociada en la Universidad de Aveiro, Portugal, en el departamento de educación y psicología. Directora de la maestría en gerontología aplicada. Ha investigado y publicado en el campo de la Gerontología y las relaciones intergeneracionales. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3491-7119> ; Correo electrónico: lilianax@ua.pt

Livia Teresa Flores Garnelo

Licenciada en psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Maestra en terapia familiar sistémica por la

Universidad del Valle de Atemajac y Maestra en gerontología por la Universidad de Guadalajara, con experiencia en el trabajo y en la promoción de la visión gerontológica en adolescentes, adultos y adultos mayores en espacios psicoterapéuticos, psicoeducativos e intervenciones sociales en instituciones públicas y privadas. Su campo de conocimiento es sobre redes sociales de apoyo, psicología de la salud y psicoterapia. Correo electrónico: lizeret@gmail.com

Luis Hernández Jácquez

Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor Investigador adscrito a la Universidad Pedagógica de Durango. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores y Miembro de la Red Durango de Investigadores Educativos. Correo electrónico: lfhj1@hotmail.com

Ludgleydson Fernandes de Araújo

Doctor en psicología por la Universidad de Granada (España) con estancia en la Università di Bologna (Italia). Máster en psicología y salud por la Universidad de Granada. Máster en psicología social y especialista en gerontología. Profesor en el posgrado en psicología de la Universidad Federal del Delta do Parnaíba. Ha orientado su actuación en el ámbito de la docencia, investigación y extensión principalmente en los siguientes temas: psicología social, psicología del envejecimiento y psicogerontología, aspectos psicosociales de las drogas, aspectos psicológicos de la prevención del VIH / SIDA, homo-paternidad, homofobia y resiliencia. Correo electrónico: ludgleydson@yahoo.com.br

Marco Antonio Cardoso Gómez

Doctor en antropología, maestro en enseñanza superior y licenciado en psicología. profesor investigador titular en la carrera de Licenciado en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en la Universidad Nacional Autónoma de México. es miembro del sistema nacional de investigadores. ha recibido reconocimientos, tanto en el ámbito local, nacional e internacional. es responsable de tres líneas de investigación: 1) cultura, psicología y diabetes, 2) medicina tradicional, y 3) atención multidisciplinaria a personas con diabetes. ha dirigido varios proyectos de investigación multidisciplinaria; sobre: cultura, psicología y diabetes; atención multidisciplinaria a personas con diabetes; medicina tradicional en comunidades indígena nahua, afro-mexicana e Ítalo mexicana. es autor de diversas publicaciones en revistas indizadas nacionales e internacionales, así como de varios capítulos de libros. ha sido editor de varios libros. correo electrónico: mcardoso@unam.mx

Ma. de los Angeles Vacio Muro

Doctora en ciencias del comportamiento. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Aguascalientes en el departamento de psicología. Ha investigado y publicado en el tema de prevención de conducta alimentaria, adicciones y suicidio, con adolescentes y adultos jóvenes. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6892-3563> ; correo electrónico: angeles.vacio@edu.uaa.mx

Mariángeles Mihoff

Licenciada en Psicología y Diplomada en Psicogerontología por la Universidad de la República de Uruguay. Se ha desempeñado como docente en la Universidad de la República de Uruguay. Co-responsable del proyecto: “Prevalencia de personas adultas mayores cuidadoras y Síndrome de sobrecarga del cuidador. Caracterización de los cuidadores y de la población a la que cuidan”. Es co-autora del Artículo Científico: “Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva”, en Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad. Ha brindado atención psicológica en el servicio telefónico “Psicogerontología escucha” de la Asociación de Psicogerontología del Uruguay durante la pandemia COVID-19, atención domiciliaria a personas mayores dependientes y estimulación cognitiva. Ha realizado diversos talleres, seminarios y participado como expositora en eventos académicos. Correo electrónico: mariangelesmihoff@gmail.com

Margie Stefanía Quintero Mantilla

Psicóloga. Especialista en psicología clínica y candidata a magister en psicología. Docente de cátedra e investigadora. Miembro activo en el grupo psicología clínica y de la salud – semillero calidad de vida en la tercera edad en la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3945-6588> ; Correo electrónico: margie.quintero@upb.edu.co

Martha Beatriz Cortés Topete

Doctora en ciencias de los ámbitos antrópicos con énfasis en urbanismo, maestría en ciencias con orientación en arquitectura y asuntos urbanos por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Su experiencia se enfoca en el campo de la gerontología ambiental, entornos públicos atractivos y personas adultas mayores en la ciudad de Aguascalientes, espacios públicos atractivos en el envejecimiento activo y saludable. Correos electrónicos: al226281@edu.uaa.mx , arq.maby@gmail.com

Martha Elba Salazar Barajas

Doctora en ciencias de enfermería. Profesor de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correo electrónico: msalazar@docentes.uat.edu.mx

Martha Leticia Salazar Garza

Doctora en Psicología. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ha investigado y publicado en el tema de prevención de las adicciones, construcción de instrumentos psicométricos y conducta alimentaria, con adolescentes, adultos jóvenes y adultos de la población general. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1695-5771> ; Correo electrónico: mlsalazar@correo.uaa.mx

María Luisa Ponce López

Doctora en ciencias de la salud colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco. Médica cirujana con especialidad en medicina familiar por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesora investigadora de tiempo completo de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: drmlponcel648@gmail.com

Melina Rodríguez Díaz

Doctora por parte del Doctorado de Interinstitucional en Psicología. Formación profesional en Neuropsicología. Profesora de la Licenciatura y Maestría en Gerontología del Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: melina_rd@yahoo.com.mx

Mercé Pérez Salanova

Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Estableció la asignatura de psicología de la vejez y el posgrado psicología y envejecimiento. En el ámbito de la investigación y la transferencia de conocimiento, destaca su trabajo en la dirección del área de intervención psicosocial del Instituto de Envejecimiento, así como en el proyecto Barcelona Ciutat Amiga de la Gent Gran. Investigadora del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas, donde estudia los conceptos de envejecimiento activo, ciudadanía enmarcada en la perspectiva local. Además, es miembro del Consejo Municipal de Bienestar social de Barcelona y de la red internacional Red Internacional de Estudio sobre la edad, la ciudadanía y la socio-económica de integración. Fue decana fundadora del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. Correo electrónico: merce.perez@uab.cat

Mónica Jorquera Cox

Magister en ciencias sociales. Magister en arteterapia por la Universidad de Antofagasta, Chile. Diplomados en: educación médica, educación de adultos mayores, administración para la gestión gerontológica a distancia, protección social para personas mayores, pensiones, salud y prestaciones sociales. Profesora-investigadora. Correo electrónico: monica.jorquera@uantof.cl

Paloma Carina Henríquez Pino Santos

Psicóloga. Profesora de la Facultad de Psicología por la Universidad de La Habana. Miembro del Consejo Asesor de la Cátedra del Adulto Mayor. Profesora Asistente de la Asignatura Psicología del Desarrollo del Adulto Medio y del Adulto Mayor. Miembro del equipo de Psicogerontología en el Programa Integral de Envejecimiento Saludable de la Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología junto a la Unión Europea denominado PIES PLAZA. Coordinadora del Psicogrupo Personas Mayores y Cuidadores, como parte de la experiencia cubana de Atención Psicológica durante la pandemia del Covid-19. Correo electrónico: paloma@psico.uh.cu

Paola Flores Rodríguez

Doctorado en Neuroeducación con especialidad en trastornos del neurodesarrollo y Doctorado en Neurofisiología con especialidad Rehabilitación Cognitiva enfocado a adultos mayores con Trastornos Neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer, Miembro Honorario del consejo mexicano de neurociencias. Profesor-investigador en la facultad de Medicina, en la Universidad Juárez del Estado de Durango. Responsable técnico y fundador de los proyectos "Sábados de Salud para en adulto mayor" proyecto insignia del club Rotario; y "talleres de capacitación en atención a personas adultas mayores en establecimientos de asistencia social permanente/temporal". Publicaciones en revistas internacionales. Correo electrónico: drapaoflorod@ujed.mx

Pilar Ramos

Doctora en psicología por la universidad de Sevilla, España. Profesora titular de la universidad de Sevilla especializada en psicología del desarrollo en la adolescencia, adultez y vejez. Investigadora, cuenta con publicaciones en revistas indexadas. Coordinadora del área de psicología del envejecimiento del colegio oficial de psicología de Andalucía occidental y miembro del grupo de psicología del envejecimiento del consejo general de la psicología de España. Sus investigaciones se centran en el ámbito de los estilos de vida saludables, participación social y contextos de desarrollo, donde destaca el estudio de las relaciones intergeneracionales dentro del ámbito familiar. Correo electrónico: pilarramos@us.es

Rodrigo Tovar Cabañas

Doctor en geografía social, por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente se desempeña como profesor-investigador en el instituto interdisciplinario de investigación, Universidad de Xalapa A.C., pertenece al sistema nacional de investigadores en el nivel 1. Sus líneas de investigación que desarrolla son: geografía de la vejez y medio ambiente y geografía de la religión. Correo electrónico: rod_geo77@hotmail.com

Roxana Goytortua Contreras

Pasante de la licenciatura en enfermería. Unidad académica multidisciplinaria matamoros. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Correo electrónico: franky_110790@hotmail.com

Serrana Banchemo

Licenciada en Psicología, tiene una Especialización en Psicogerontología. Se ha desempeñado como docente en la Universidad de la República de Uruguay. Co-responsable del proyecto de investigación: "Prevalencia de personas adultas mayores cuidadoras y Síndrome de sobrecarga del cuidador. Caracterización de los cuidadores y de la población a la que cuidan". Es co-autora del Artículo Científico: "Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva", en Revista Psicología,

Conocimiento y Sociedad. Ha trabajado la temática de inserción social de personas en situación de retiro laboral a través de experiencias de mentoring y desarrollado diferentes espacios de psicoestimulación cognitiva. Ha realizado diversos talleres, seminarios y participado como expositora en eventos académicos. Correo electrónico: serranapsi@gmail.com

Teresa Margarita Torres López

Doctora en antropología social y cultural por la Universitat Rovira i Virgili. Licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Maestra en ciencias de la salud pública. Actualmente es profesor investigador en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Presidenta del Centro de Investigación y Estudios Cualitativos Avanzados, A.C. Su campo de conocimiento es sobre psicología social, antropología de la salud y metodología cualitativa. Correo electrónico: tere.torres.cucs@gmail.com

Teresa Orosa Fraíz

Máster en Gerontología Social otorgado por la Universidad Autónoma de Madrid y Máster en Psicología Educativa en la Universidad de La Habana. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Fundadora y Presidenta de la Primera Cátedra de Estudios del Adulto Mayor. Fundadora y Presidenta de la Sección Científica de Psicogerontología de la Sociedad Cubana de Psicología. Profesora Principal y Fundadora de la Asignatura Psicología del Desarrollo Adulto Mayor en la formación del psicólogo cubano. Autora de varios libros y de artículos en revistas internacionales. Miembro de la Red Continental de Asociaciones de Personas Mayores de América Latina y el Caribe. Miembro de la Federación Internacional de Universidades de Tercera Edad. Miembro Fundador de la Red Iberoamericana de Programas Universitarios con Mayores. Coordinadora del Psicogrupo Personas Mayores y Cuidadores, como parte de la experiencia cubana de Atención Psicológica durante la pandemia del Covid-19. Correo electrónico: torosa@psico.uh.cu

Tirso Duran Badillo

Doctor en metodología de la enseñanza. Profesor de tiempo completo, Coordinador de titulación y educación continua de la unidad académica multidisciplinaria de matamoras en la Universidad Autónoma de Tamaulipas. México. Correo electrónico: tirdb27@hotmail.com

Valentina Higuera Higuera

Licenciada en enfermería por la Universidad de Antofagasta. Enfermera coordinadora en la clínica del trabajador en Antofagasta.

Vladimir López

Médico especialista en Neurofisiología Clínica y Doctor en Psicología. Es Profesor

Titular de la Escuela de Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus principales líneas de investigación pertenecen a las áreas de Neurociencias y Psicología Fisiológica. Investiga sobre los procesos de atención, memoria y lenguaje en el contexto del desarrollo normal y de los Trastornos del Neurodesarrollo. Correo electrónico: vlopezh@uc.cl

Yolanda de Jesús Hernández Delgado

Doctora en ciencias sociales por El Colegio de Jalisco. Licenciada en trabajo social por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Maestra en gerontología por la Universidad de Guadalajara. Actualmente es profesora en los programas de licenciatura y maestría en gerontología de la Universidad de Guadalajara. Su campo de conocimiento es sobre redes sociales de apoyo, intervención comunitaria y adultos mayores indígenas. Correo electrónico: yolandageronto@gmail.com

Yunier Broche Pérez

Doctor en ciencias psicológicas por la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba. Es profesor titular del departamento de psicología. Profesor principal de fundamentos biológicos del comportamiento, neuropsicología y psicología experimental. Es autor y coautor de artículos científicos y capítulos de libros. Sus líneas de investigación se enmarcan dentro del campo de la neuropsicología, específicamente en el estudio de la salud cognitiva. Es fundador y coordinador de la Iniciativa Cubana en Salud Cognitiva. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3450-7374> Correos electrónicos: yunierbp@uclv.edu.cu ; yunierbroche@gmail.com

Zoylen Fernández Fleites

Máster en psicología médica y graduada en licenciatura en psicología en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Cuba. Recibió el premio al mérito científico. Es miembro de la Sociedad Cubana de Psicología y Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. Es autora y coautora de artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales. Sus líneas de investigación se enmarcan dentro del campo de la neuropsicología, específicamente en el estudio de la salud cognitiva. Es fundadora e investigadora de la Iniciativa Cubana en Salud Cognitiva. Actualmente desarrolla su doctorado en el campo de la prevención de las demencias. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9739-2749> Correos electrónicos: zfernandez@uclv.cu ; zoylenfernandez@gmail.com

Un grupo de prestigiosos especialistas de Iberoamérica nos adentra en esta obra en los diversos temas que hacen no solo al quehacer Gerontológico en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y asistenciales, sino también a en la formación de futuros Gerontólogos, e incursiona además en temas tan actuales como las Tecnologías de la Información y la Comunicación para las personas mayores. La presente obra, cumple ampliamente con el objetivo enunciado por el Mtro. Sergio Flores Cerqueda “ser útil y hacer el bien al mayor número de personas”, celebramos con alegría tan importante logro y felicitamos a sus autores.

Alcira González

Directora de la Licenciatura en Gerontología
Universidad Maimónides, Argentina

Este libro es un sueño no soñado de hombres de ciencia y estudiosos de diferentes disciplinas, de distintas latitudes de habla hispana que aúnan saberes y resultados de investigaciones del proceso de envejecimiento para lograr que sea saludable, activo y exitoso, donde se ponen de manifiesto los aspectos más importantes del “arte de envejecer” con buen desempeño físico y mental.

Saúl Maximiliano Díaz de los Reyes

Funcionario de la Vicepresidencia del INDER, Cuba

Esta edición es un claro paradigma de lo que debe ser la atención a las personas mayores, en todas sus vertientes y desde el más completo desarrollo. Abordar todas las dimensiones de los cuidados psicosociales de la persona mayor, garantiza la mejora relacional en el envejecimiento como clave del bienestar subjetivo. Esta obra, que hoy sale a la luz, da un impulso social e institucional para seguir avanzando en mejorar el envejeSER, porque, si cabe la posibilidad, la ocasión en este libro, ocupa exactamente la talla. Gracias por seguir haciendo camino.

Rosa Gómez Trenado

Universitat Oberta de Catalunya y
Universidad Complutense de Madrid, España

En el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el presente libro contribuye a la comprensión de la intersección del estudio del envejecimiento y distintos objetivos de desarrollo sostenible. Con un enfoque científico y reflexivo, esta edición en su primer volumen, ofrece un referente general e interdisciplinario de conocimientos teóricos y prácticos para distintos profesionistas interesados en el estudio de las personas mayores, la vejez y el envejecimiento.

César Augusto de León Ricardi

Jefe de la Carrera Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento
Universidad Nacional Autónoma de México



**EDITORIAL
BOLIVARIANA**

ISBN: 978-9942-17-048-4



9 789942 170484