

LA POBLACIÓN MUNDIAL ENVEJECE

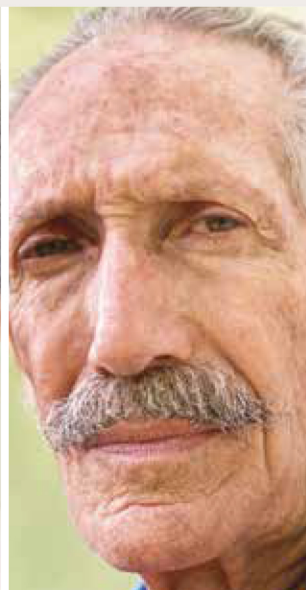
¿CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR?

UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Rosa López Fernández



Anáhuac
México



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA POBLACIÓN MUNDIAL ENVEJECE

¿Calidad de vida en el adulto mayor?

Un enfoque interdisciplinario

Rosa López Fernández



López Fernández, Rosa

La población mundial envejece. ¿Calidad de vida en el adulto mayor? Un enfoque interdisciplinario / Rosa López Fernández.— México : Universidad Anáhuac México, Facultad de Psicología, 2018.

184 pp.

Bibliografía: pp. 167-182

ISBN: 978-607-8566-30-3

1. Gerontología. 2. Gerontología -- Aspectos psicológicos.

LC: HQ1061 L67

Dewey: 305.26

Diseño de la portada: VLA. Laboratorio Visual

Diseño de interiores: Nuria Saburit Solbes

Primera edición, 2018

ISBN: 978-607-8566-30-3

La presente edición de la obra

La población mundial envejece

¿Calidad de vida en el adulto mayor? Un enfoque interdisciplinario

le pertenece al editor mediante licencia exclusiva.

El editor autoriza el acceso a la totalidad de la obra para su consulta, reproducción, almacenamiento digital en cualquier dispositivo e impresión para uso personal y privado y sin fines de lucro. Ninguna parte de la presente obra podrá ser alterada o modificada ni formar parte de nuevas obras, compilaciones o colecciones.

Queda prohibida su difusión y comunicación pública en plataforma digital alguna distinta a la cual se encuentra almacenada, sin permiso previo del editor.

Derechos reservados:

© 2018, Investigaciones y Estudios Superiores SC

Universidad Anáhuac México

Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac

Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.

Registro núm. 3407

*Con cariño, dedico este libro a mi esposo,
el Mtro. Carlos Julio Miranda Morales.*

Índice de contenido

PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO 1

1. Aproximación al concepto de envejecimiento	15
1.1. Enfoques sobre el envejecimiento	19
1.1.1. Enfoque biológico	19
1.1.2. Enfoque cronológico	21
1.1.3. Enfoque filosófico	22
1.1.4. Enfoque social	25
1.1.5. Enfoque psicológico	28
1.1.6. Enfoque antropológico	32
1.1.7. Enfoque matemático	36
1.1.8. Enfoque biopsicosocial	37
1.1.9. Gerontología y geriatría	39
1.2. Envejecimiento demográfico mundial	42
1.2.1. El envejecimiento en los países en desarrollo	52
1.2.2. Envejecimiento en México	60
1.3. Posturas políticas mundiales respecto al envejecimiento	67
1.3.1. Posturas políticas en los países en desarrollo	74
1.3.1.2. Posturas políticas en México	79
1.3.1.3. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México	82

CAPÍTULO 2

2. Calidad de vida	83
2.1. Dimensiones prototípicas de calidad de vida	90
2.2. Modelos teóricos que intentan explicar la calidad de vida	92
2.2.1 La calidad de vida desde la bioética. Conceptualizaciones generales	96
2.2.2. Concepto utilitarista de calidad de vida	97
2.2.3. Concepto personalista de calidad de vida	98
2.2.4. Ética, envejecimiento y calidad de vida	100
2.2.5. Concepción de la autora sobre la calidad de vida	113
2.2.6. Sistemas de indicadores para evaluar la calidad de vida	114
2.2.7. Evaluación de la calidad de vida	117

CAPÍTULO 3

3. Calidad de vida en el adulto mayor	125
3.1. Autonomía física	130
3.2. Dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor	136
3.3. Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores	137
3.4. Modelo de calidad de vida en el adulto mayor de acuerdo con la autora	139
3.5. Sistemas de indicadores para evaluar la calidad de vida en el adulto mayor	141
3.6. Evaluación de la calidad de vida en la tercera edad	143
3.7. Técnicas de mejora de la calidad de vida para la población en general, incluido el adulto mayor	148

CAPÍTULO 4

4. La interdisciplina en gerontología	151
4.1. Diferentes estudios interdisciplinarios realizados en gerontología	154
 CONCLUSIONES	 165
BIBLIOGRAFÍA	167

Prólogo

He de comenzar este prólogo agradeciendo a la Dra. Rosa López Fernández por la gentileza de pedirme que fuese yo la persona que pudiera dar unas breves palabras introductorias a su libro. Antes que otra cosa, iniciaría diciendo que conozco a la autora desde hace aproximadamente una década, o un poco más, cuando todavía no era el coordinador del área de Neurociencia y Psicofisiología de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México, donde Rosa y yo nos conocimos. Es en los años 2000 que Rosa y yo coincidimos para platicar sobre un tema que a los dos nos apasiona: cómo funciona el cerebro. En alguna ocasión ella y yo platicamos en la zona de descanso de la Universidad, en “la pecera de Psicología”, intercambiando ideas sobre temas relacionados con el área. Posteriormente, en el devenir de la Facultad es que ocurren dos cosas importantes que nos involucran de manera importante a Rosa y a mí, una desde la presentación y la otra más o menos en ese mismo tiempo. Por un lado, se forma un grupo de estudiantes y de profesores dedicado al estudio profundo del sistema nervioso denominado GENA (Grupo de Estudio de Neurociencias Anáhuac), en el que la participación de la Dra. López Fernández fue primordial como eje para que las sesiones fuesen todo un éxito. Por otro lado, en 2012 la Escuela de Psicología asciende a Facultad de Psicología al integrar en sus planes de estudio de posgrado un doctorado, único en su tipo, denominado Doctorado de Investigación Interdisciplinaria. La Dra. López Fernández se inscribe como alumna, inicia el programa en este doctorado y realiza un estudio sobre la calidad de vida con pacientes geriátricos. Lo más loable es que la Dra. López Fernández atiende las materias propias del doctorado y además realiza su trabajo de campo, dedicado a un grupo de pacientes de la tercera edad en los alrededores de la Universidad, en Huixquilucan, Estado de México. Visitó varios centros-clubes de pacientes geriátricos para incluir a personas en su proyecto. Así es que durante cerca de tres años se dedica de manera intensa a esta labor, incluyendo la escritura de su tesis para titularse, por último, con este trabajo sobre la gerontología, que refleja claramente su valiosa labor de investigación. La Dra. López Fernández es la primera alumna de su generación y la primera en graduarse en el Doctorado de Investigación Interdisciplinaria.

Lo que el lector encontrará en este libro es el resultado de dicha tesis. Esta obra es el esfuerzo de haber reunido todas las referencias más recientes y las más clásicas al respecto. No es menor cosa considerar que la información es veraz, exhaustiva y completa.

Es para mí un honor que este libro salga a su publicación porque es el denuedo de una doctoranda en llegar al sueño anhelado del doctorado, pero también es luz en nuestro medio, donde no existe ningún escrito sobre este tema. Deseo que el estudiante, el profesor, el investigador o, simplemente, el lector interesado encuentren un remanso cristalino al cual acercarse en su tarea profesional o vital, y que esta obra le sea útil en su vida.

Nuevamente agradezco a la Dra. López Fernández el hecho de dejarse guiar durante su tesis y el que me permita expresar lo orgulloso que estoy de ella por sacar a flote un libro como éste, resultado de muchas “horas de vuelo”, de trabajo arduo, de desvelo, corrección y discusión.

Enhorabuena, que sea el primero de muchos más...

DR. JOSÉ DAMIÁN CARRILLO RUIZ
Coordinador del área de Neurociencia y Psicofisiología
Universidad Anáhuac México

Introducción

No existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento. La vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del tiempo sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

El envejecimiento no es meramente un proceso marcado por cambios sólo a nivel corporal, sino que también puede acompañarse de un cambio de la persona en cuanto a su actitud y comportamiento frente al entorno como consecuencia de las experiencias, acontecimientos vividos durante la vida y de muchas circunstancias impuestas por la situación en la que se encuentran las personas de edad avanzada (López, 2009).

Los problemas de la ancianidad no son patrimonio de los médicos únicamente, sino de equipos multidisciplinarios: médicos, psicólogos, economistas, sociólogos, abogados, trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, entre otros.

La gerontología no constituye una disciplina o profesión autónoma, sino simplemente un enfoque peculiar. Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento, entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta, en la sociedad contemporánea pueden y deben ser resueltos por las disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, filosofía, trabajo social, derecho, entre otras), todas con un enfoque gerontológico (Curcio, 2010).

Queda claro que la gerontología es un campo científico con una perspectiva interdisciplinar en el tratamiento de los temas y de los problemas que afectan el proceso del envejecimiento.

Las investigaciones gerontológicas actuales reproducen las mismas preocupaciones que sus predecesoras de la edad antigua y media, y es por ello que la gerontología persigue y tiene una doble finalidad: desde la perspectiva cuantitativa, es la prolongación de la vida humana y, desde la perspectiva cualitativa, la mejoría de las condiciones de la existencia de las personas viejas.

La gerontología nos debe interesar, tanto al que envejece como a la colectividad y a los profesionales relacionados con ella, para dar soluciones y proporcionar ayuda y apoyos a las personas que experimentan el fenómeno del envejecimiento.

En la ciencia actual, una de las tareas centrales es mantener la vida del hombre en un cierto nivel estable real, ampliar los lapsos de la vida individual, retrasar el momento en que aparece la incapacidad laboral de la ancianidad y contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Investigar sobre la calidad de vida desde el punto de vista científico constituye un gran reto para cualquier investigador, disciplina y ciencia. Su carácter complejo, de asociaciones no lineales, multideterminado, de competencia pluridisciplinar, que trasciende a un campo de análisis transdisciplinar, ilustra cuán difícil y compleja resulta su investigación científica actual. Cada disciplina debe realizar un trabajo sistemático y profundo mediante el cual se logre discernir qué factores aporta cada ciencia, en calidad de ordenadores medulares del concepto, los cuales pueden actuar como rectores en la determinación sistémica de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1993).

El término *calidad de vida* se ha utilizado ampliamente en los últimos tiempos por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y personal de salud; por lo que cada quien ha enfocado el término desde un punto de vista diferente, enfatizándose sólo en alguna de sus dimensiones, lo cual ha traído como consecuencia que los principales problemas en el estudio de la calidad de vida hayan sido y aún sean: teóricos, metodológicos e instrumentales (Quintero, 1992).

El problema, de entrada, es que la vida puede ser analizada desde distintas perspectivas y, por tanto, la calidad de vida ha de ser necesariamente interdisciplinar.

Es importante enfatizar el contraste de que la calidad de vida, como concepto multidimensional, no es independiente de los distintos contextos en los que la vida surge y a los que el sujeto pertenece (González-Celis, 2010).

Dado que la calidad de vida hace referencia a aspectos subjetivos, es el sujeto quien puede configurar los elementos de la misma.

Estudiar la calidad de vida constituye un sistema complejo. La calidad de vida no puede ser estudiada ni explicada por una sola disciplina. Lo mismo ocurre cuando se estudia la calidad de vida en el adulto mayor, ya que intervienen diversos factores: los puramente biológicos, psicológicos, sociales, económicos, antropológicos, demográficos, políticos, entre otros; estos subsistemas están compuestos por diferentes elementos, que están relacionados entre sí, por lo que es necesaria la participación de diferentes disciplinas para su estudio y que, a partir de un marco contextual común, nos conduzcan a la interdisciplinariedad. No es posible el estudio de este sistema complejo sin una concepción interdisciplinaria.

Valorar la calidad de vida del adulto mayor lleva implícito un problema generacional y motivacional, y la familia (entre otras instituciones) en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos del viejo. Problemas tales como el apego a la vivienda,

a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que la acompañaron y que ya pueden considerarse obsoletos, la necesidad de opinar y tomar decisiones pueden dar la calidad de vida que la persona necesita (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).

El estudio de esta categoría en personas de 60 años y más obliga a tener en cuenta aspectos específicos de este grupo poblacional, el cual se enfrenta no sólo al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, este último debido a la disminución gradual de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

En el mundo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas públicas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener, por un lado, los niveles de seguridad social y económica y, por otro, la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad (Rodríguez, 2011).

El progresivo envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que han de enfrentar los gobiernos y la sociedad. El descenso de la fecundidad y la mortalidad, así como el alargamiento de la vida media, han contribuido al incremento proporcional de las personas adultas mayores. Este proceso, aunque paulatino, determina el aumento acelerado de las personas de 60 años de edad y más (Mendoza & Tapia, 2010).

Capítulo 1

1. Aproximación al concepto de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso universal, continuo y progresivo, que lleva finalmente al deterioro, al agotamiento y muerte de los organismos biológicos. Ocurre en todo ser vivo como resultado de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

El envejecimiento se produce con la edad y es consecuencia de una compleja interacción de procesos de cambio biológicos, psicológicos y sociales. Es también sinónimo de desarrollo humano, ya que abarca desde la concepción hasta la decadencia (Laforest, 2008).

Ni todos los órganos ni todos los seres humanos envejecen al mismo tiempo, por ejemplo, se han observado signos de mayor deterioro físico y psíquico en algunos sujetos que tienen la misma edad cronológica que otros, es decir, parece que algunos envejecen más rápidamente que otros.

El envejecimiento incluye también todas aquellas alteraciones que se producen en un organismo al pasar el tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Así, para las personas es el poder enfrentarse a cambios de la propia vida y afrontar nuevos problemas. En cada etapa se van acumulando gran número de cambios o acontecimientos críticos de la vida con signo positivo o negativo, que exigen una confrontación y una adaptación (Rodríguez, 2011).

El envejecimiento no sucede de la noche a la mañana, se trata de un proceso complejo en el que influyen muchos factores, cuyos efectos se acumulan en el tiempo. Lo que se observa en la vejez es el efecto acumulado de años de experiencias que interactúan con las cualidades genéticas de los individuos y sus circunstancias actuales (Lehr, 1980).

El envejecimiento también es conocido como senescencia, que implica una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo, que disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del ambiente que los rodea. Esto significa que un individuo que envejece se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar a partir de su adaptación, utilizando sus órganos, músculos, huesos, sistemas o microorganismos (Prieto & Vega, 1996).

Para Lehr (1980), el envejecimiento ha llegado a considerarse como los cambios fisiológicos, celulares, biosociales, culturales y psicológicos progresivos que ocurren por lo menos desde el momento de la concepción hasta la muerte.

Por su parte, López define el envejecimiento como

un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte (2009: 1).

Como plantea Kalish (1996), el envejecimiento puede considerarse desde los siguientes puntos:

- **Cronológico.** Contar el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento.
- **Biológico.** Diferencial en cuanto a órganos y funciones. Es multiforme, es decir, a varios niveles como molecular, celular, tisular y sistémico. Y es también estructural y funcional.
- **Psíquico.** Es el resultado de acontecimientos vitales.
- **Social.** Papeles que han de desempeñarse en la sociedad.
- **Fenomenológico.** Percepción subjetiva de la propia edad.
- **Funcional.** A diferentes edades, resulta de la interacción de los elementos tanto biológicos, psicológicos como sociales.

El término *envejecimiento* (Vega, 1996) ha tenido otros usos, como *envejecimiento del individuo* (conjunto de procesos que atraviesa cada persona según avanza su edad) y *envejecimiento de la sociedad* (cambios que tienen lugar en la estructura social como consecuencia del envejecimiento de las personas).

El envejecimiento como fenómeno natural e inherente a la vida misma —ya que, como sabemos, vivir y envejecer es lo mismo— es un proceso que pudiera acelerarse debido a factores disímiles que van desde los puramente biológicos hasta los factores psicosociales que intervienen a lo largo de la vida del hombre (Rocabruno, 1999).

En 1999 la Organización Mundial de la Salud introdujo el concepto de *envejecimiento activo*, definiéndolo como el 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 (Moreno, Macías & Morales, 2011).

Hansen (2003) plantea que existe un envejecimiento primario y otro secundario. El primario se conceptualiza como un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años, de manera independiente de lo que la gente haga para evitarlo.

Este envejecimiento incluye los siguientes elementos comunes: un complejo proceso de cambio estructural y funcional relacionado con la edad que ocurre después de un tiempo, acumulativo en sus efectos y que consiste en cambios perjudiciales, progresivos, intrínsecos, inevitables, universales e irreversibles. Estos cambios empiezan después de haber alcanzado la madurez física y reproductiva y culminan con la muerte (Hansen, 2003).

El envejecimiento secundario, por su parte, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente. Sólo aparece en una parte de la población, se relaciona con factores extrínsecos como el comportamiento y la condición socioeconómica y, por tanto, puede evitarse o quizá revertirse (Belsky, 2001; Hansen, 2003; Moreno et al., 2011).

En consecuencia, se puede considerar que los procesos de envejecimiento primario representan los aspectos propios o medulares del envejecimiento, en tanto que los procesos secundarios corresponden a todos los demás factores que suelen asociarse con el incremento de la edad y que contribuyen a menudo a los niveles observados de desempeño, pero que no son consecuencias inevitables del envejecimiento.

Vivir significa envejecer, ir cambiando, hallarse constantemente expuesto a situaciones nuevas, ante las que hay que reaccionar, con las que hay que enfrentarse, ante las que hay que adoptar una actitud. Esto se aplica indudablemente a cualquier edad de la vida. Envejecer significa enfrentarse con cambios y cesuras en la historia de la propia vida, afrontar nuevos problemas y arreglárselas con las circunstancias.

Envejecer es un proceso de sucesivos y continuos eventos que lo definen como una etapa en sí misma, diferente a las etapas previas en el ciclo de vida.

Existen otras tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Se entiende como *envejecimiento normal* cuando en el individuo se presenta una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles —biológico, psicológico y social—, que lo llevan incluso hasta la muerte (González-Celis, 2010).

En el *envejecimiento patológico*, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles, simultáneamente. El *envejecimiento exitoso*, por último, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros sino que al mismo tiempo se observa también una serie de ganancias, por lo que se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias (González-Celis, 2010).

Como concepto social, la noción de vejez difiere en las distintas culturas y épocas.

Desde esta perspectiva existen diversas definiciones para la vejez, pero una definición global que se desprende de la gerontología en su estado actual es que la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social (Rodríguez, 2011).

El hecho de que la vejez sea un proceso implica mirar sus cambios, su ritmo y su dirección para construirla como tal. La vejez es la etapa vital que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada por condiciones objetivas externas y por condiciones subjetivas de los propios individuos. Este ciclo vital se caracteriza por ciertas potencialidades como serenidad de juicio, experiencia personal, familiar y social.

La vejez puede ser una etapa de pérdidas como también de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales al que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición al interior de la sociedad. Esto nos remite a conjugar la edad con otras diferencias sociales —tales como el género, la clase social o la etnicidad— que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades, todo lo cual da origen a la heterogeneidad del envejecimiento en general y de las personas mayores en particular (Huenchuan, 2004).

Las formas de vivencia influyen a su vez en la manera en la que el individuo adopta una actitud ante tales situaciones de carga, en la manera en que se enfrenta con ellas. Por tanto, las formas de reacción, las formas de confrontación, están determinadas también por varios factores. En primer lugar, tienen una impronta biográfica, son efectos de la socialización específica de la personalidad. Pero luego están determinadas también por la vivencia de la situación actual, vivencia que a su vez no sólo depende del desarrollo seguido hasta entonces o de la biografía sino también por multitud de aspectos de la situación actual; finalmente están determinadas conjuntamente por la referencia al futuro (Thomae, 2003).

En la actualidad muchos autores definen el envejecimiento con diferentes enfoques, pero, describáse como se describa, se torna patente que es un proceso que conviene definir en términos del ser humano en general. La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de su propia vida.

Ambos conceptos *vejez* y *envejecimiento* reconocen un rico historial. Mientras que el envejecimiento es un proceso continuo, paralelo al de evolución y desarrollo, la vejez es un estado que se alcanza cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidos por cada una de las sociedades y culturas en su devenir histórico.

Analizando los planteamientos anteriores, se llega a la conclusión de que no puede definirse o decretarse una edad específica en la que se considere a la persona anciana o vieja; la ancianidad no comienza a una edad cronológica uniforme sino variable e individualizada. El proceso del envejecimiento como tal sigue siendo un periodo complejo y poco conocido. Probablemente de ello resulte la dificultad actual para definirlo.

1.1. Enfoques sobre el envejecimiento

Por ser un proceso tan complejo y multifactorial, el envejecimiento ha sido estudiado desde diferentes enfoques: biológico, cronológico, filosófico, social, psicológico, antropológico, matemático y biopsicosocial, por mencionar sólo algunos. A continuación se presenta un breve recorrido histórico por estos enfoques.

1.1.1. Enfoque biológico

Para la perspectiva biológica, el envejecimiento es el progresivo deterioro del organismo, ocasionado por el proceso natural de envejecimiento del organismo. Ello origina un declive en la calidad del funcionamiento del ser vivo, cuyos órganos están afectados por el desgaste estructural. En general, es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano (Laforest, 2008).

Por otra parte, la teoría citológica expone un declive físico que se debe al desgaste gradual de partes del cuerpo o la exposición de toxinas como productos del desecho metabólico (Belsky, 2001).

Existen también teorías del daño aleatorio sobre el envejecimiento, que apuntan a los fallos de las células en la acumulación de producción proteínica como causa del envejecer, pues las proteínas son vitales al ser base de todas las reacciones y funciones celulares (Belsky, 2001).

El ADN (ácido desoxirribonucleico) es un material genético que se encuentra en el núcleo de todas las células y sintetiza al ARN (ácido ribonucleico), que se emplea al formar las proteínas apropiadas. Pueden ocurrir en ocasiones mutaciones responsables de la evolución y, al no disponer las células de los mecanismos de reparación para corregir errores en el ADN, es posible que el sistema de reparación de daños no funcione con eficacia. Esto, aunado a que los cambios son más frecuentes a medida que se envejece, puede explicar que el envejecimiento físico ocurra por signos de daño en el ADN (Belsky, 2001).

La investigación a nivel celular de este proceso ha recibido especial atención. Uno de los hallazgos relevantes es que las células normales están programadas para un número determinado de rondas divisionales. Cada cromosoma posee en sus

extremos una serie de secuencias altamente repetitivas y no codificantes denominadas telómeros. Debido al mecanismo de replicación del ADN de las células, los telómeros se van acortando con las sucesivas divisiones. Esto se ve atenuado por la existencia de una enzima llamada telomerasa, que realiza la replicación telomérica. Sin embargo, la actividad de la telomerasa funciona en células embrionarias, pero se inactiva en células somáticas, lo que conlleva un acortamiento progresivo de los telómeros cromosómicos; cuando el tamaño de los telómeros llega a un cierto nivel mínimo, se desencadenan mecanismos que conducen a la muerte celular. Por esta razón, el acortamiento telomérico se ha asociado con el proceso de envejecimiento celular. De esta forma, el largo de los telómeros representaría una especie de reloj genético que determinaría el tiempo de vida de las células (Martínez, 2011).

El envejecimiento fisiológico toma normalmente la forma de pérdida celular acompañada de una disminución en la eficacia de las células restantes. Con la edad, las disminuciones son mayores para los procesos complejos que para los simples. El efecto general del envejecimiento físico es proporcionar al cerebro —y, por tanto, a la mente— un soporte más débil. Los cambios perceptivos de la edad avanzada pueden ser intensos hasta el punto de incapacitar a adultos mayores. Para quienes tienen pérdidas menos marcadas, la percepción del mundo circundante que recibe el cerebro están, no obstante, comprometidas. El sistema nervioso sufre también en el envejecimiento. Hay cierta pérdida de neuronas del sistema nervioso central y una disminución en la eficacia de las que permanecen (Hamilton, 2002).

Otra teoría explica el envejecimiento por medio de una estrategia evolucionista de los genes del individuo, conocida como la teoría del cuerpo desechable. Plantea la dicotomía entre la línea germinal y el soma como resultado de un dilema entre la supervivencia y la reproducción. La teoría sugiere que el cuerpo debe sobrevivir al menos hasta la edad reproductiva. De ahí se derivan costes para el mantenimiento de la vida, que consume la mayor parte del alimento tanto a nivel del organismo como a nivel celular. En este último caso, la elevada tasa de daño en el ADN y mutaciones tienen que ser corregidos mediante la síntesis y la incorporación de nuevos principios inmediatos (Hamilton, 2002).

La dimensión biológica considera cambios físicos como la baja general del proceso metabólico, el deterioro de articulaciones, la debilitación de la circulación, la disminución auditiva y, en general, envejecimiento del sistema nervioso central y del sistema endocrino, que se reflejan a niveles cognitivo, intelectual, así como en la apariencia personal, el vigor físico y la homeostasis.

La teoría del daño aleatorio plantea que el daño de los radicales libres señala los efectos secundarios del metabolismo celular, pues las células generan productos de desecho y los expelen, tales sustancias dañinas pueden impregnarse, cubriendo

membranas de otras células, dificultando así su funcionamiento y provocándoles la muerte (Belsky, 2001; Asili, 2004).

Entre otras teorías se encuentran la genética y las celulares, donde se asocia el envejecimiento con cambios físicos y determinadas enfermedades características, pues a medida que el ser humano crece, las moléculas normalmente maleables de colágeno y elastina se unen entre sí y se hacen más rígidas, provocando una pérdida de elasticidad que obstaculiza el paso de materiales por el cuerpo, impidiendo que los nutrientes lleguen a las células (Chein & Pritchard, 2012).

En sentido biológico, el término envejecimiento exitoso aplica en individuos que muestran pérdidas fisiológicas mínimas en diversas funciones en comparación con los jóvenes.

El organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir se reducen. La medicina moderna considera al envejecimiento biológico como inherente en el proceso de vida. Existe una relación recíproca entre enfermedad y vejez, pues al avanzar la edad, predispone trastornos patológicos sobre todo a los procesos degenerativos (Achenbaum, 2009).

Todas las teorías relativas a las causas del envejecimiento aceptan una base biológica, que es genética en origen. La diferenciación en dichas teorías se aprecia a niveles particulares respecto al proceso de envejecimiento y cómo es que influyen en que éste se haga más lento.

1.1.2. Enfoque cronológico

Otro de los enfoques que ha abordado el envejecimiento es el cronológico, que se basa fundamentalmente en la edad del individuo. La edad ha sido un parámetro recurrente para definir subetapas en la vejez.

En el siglo XIII se era viejo a los 30 años, a principios del siglo XIX a los 40 y hoy en día la edad a partir de la cual se considera a una persona mayor está en entredicho.

Si bien la vejez ha existido siempre, en tiempos pasados era menos común y se daba en una minoría. Actualmente es más posible llegar a viejo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la edad del envejecimiento a partir de los 60 años (OMS, 2015).

La división más reconocida en términos cronológicos es entre la tercera y la cuarta edad (Ham, 2003); la primera de los 60 a los 74 años y la otra es después de los 75 años sin límite de edad.

En la primera etapa, los individuos sufren mermas en sus condiciones físicas, roles sociales u actividad económica, pero todavía tienen una vida en condiciones aceptables de funcionalidad; en cambio, en la cuarta edad hay pérdidas de capacidades importantes y significativas a causa de enfermedad y se presentan niveles de

dependencia creciente con implicaciones serias en la autonomía e independencia de las personas. De hecho, la cuarta edad es una condición con mayores desventajas tanto biológicas como sociales en comparación con la tercera edad.

Los científicos que estudian el envejecimiento han clasificado a los adultos mayores en tres grupos: el viejo-joven (60-74 años), su funcionamiento es activo y enérgico; el viejo-viejo (75-84 años), con posibilidades de ser más frágil que el grupo anterior, y el viejo de edad avanzada, cuya edad es mayor a los 85 años, quien con seguridad es enfermizo y presenta dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria (Moreno et al., 2011).

En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que, si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social (Huenchuan, 2004).

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad (Cepal, 2006).

Es verdad empírica y universal que a partir de cierto número de años el organismo humano sufre una involución, y esto acarrea una reducción de las actividades del individuo. A menudo ocurre también una disminución de sus facultades mentales y un cambio de su actitud respecto al mundo. Lo deseable en una edad avanzada es conservarse lo bastante fuertes para evitar volverse contra sí mismos (Beauvior, 1983).

Esto remite a una conjugación de la edad con otras diferencias sociales tales como el género, la clase social o la etnicidad que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades.

Hay que diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de vejez y la construcción social de la misma. Según el criterio cronológico de la Organización de las Naciones Unidas, la vejez se inicia a partir de los sesenta años, frontera que ha ido variando más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental.

Vale decir que la definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir de la cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica.

1.1.3. Enfoque filosófico

Al envejecimiento y su historia le han precedido 5000 años, la preocupación por la muerte antecedió a la preocupación por el envejecimiento. Existe así un conjunto

de observaciones, reflexiones y especulaciones heterogéneas sobre el avance en la edad, previos a la emergencia del establecimiento de la gerontología como disciplina científica.

El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés para numerosos estudiosos durante centurias. Como ocurre en otras disciplinas, en la filosofía se pueden encontrar claros antecedentes de la gerontología.

La vejez ha sido abordada en los textos antiguos, como señala Lehr (1980). En el Antiguo Testamento se destacaban las virtudes que adornaban a las personas mayores, su papel de ejemplo o modelo, así como su guía y enseñanza.

La condición necesaria para afrontar con serenidad y sabiduría el envejecimiento sería el haber llevado una vida íntegra en las etapas anteriores de la vida (Lehr, 1980).

Platón (427-347 a. C.) ofreció una visión individualista e intimista de la vejez, en la que resaltaba la idea de que se envejece como se ha vivido y la importancia acerca de cómo habría que prepararse para la vejez desde la juventud. Esta visión representa un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como del valor de la prevención y profilaxis (Lowenstein & Carmel, 2009).

Por su parte, Aristóteles (384-322 a. C.) mostraba lo que podríamos considerar las etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera, la más prolongada, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, en la que se llegaba al deterioro y la ruina. Consideraba a la vejez como una enfermedad natural (Lowenstein & Carmel, 2009).

Aristóteles trazó una imagen más negativa del anciano. En su *Retórica* (libros II, XII, XIII-XIV,3), destacó el afán de disputa que se advierte en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. Es el primero que aborda ampliamente una teoría de las causas que provocan el envejecimiento en los pequeños tratados: “Sobre la duración y brevedad de la vida”; “Sobre la vida y la muerte”, y “Sobre la respiración”, incluidos en la recopilación conocida como *Parva naturalia*. Veía la vida en términos de una combustión cuya sede era el corazón. No obstante, se debe advertir que hay dos modos en los que el fuego deja de existir: puede apagarse por agotamiento o por extinción (Lehr, 1980).

Estas dos visiones antagonistas de la vejez, que se dan en Platón y Aristóteles, se verán representadas a lo largo de la historia del pensamiento humano. Así, por ejemplo, Cicerón (106-43 a. C.) sigue la idea positiva de Platón y Séneca (4 a. C.-65 d. C.) sigue la línea de pensamiento de Aristóteles (Birren, 1996).

Cicerón conocía el relevante papel desempeñado por la sociedad, que determinaba las vivencias y el proceso del envejecimiento. En su obra *Cato maior de senectute* incluye multitud de datos acerca de las modificaciones experimentadas por la capacidad de rendimiento mental en la edad avanzada, ilustrándolos con gran cantidad de ejemplos individuales tomados de la historia griega y romana, en los que

destaca los grandes hechos políticos, científicos y artísticos llevados a cabo por personas de más de 80 años. Cicerón planteó:

Las facultades que se refieren al mundo del espíritu crecen con la edad en los varones mejor dotados y de más clara inteligencia [...] dado que los ancianos son los que poseen entendimiento, razón y capacidad reflexiva. Si no hubiese habido ancianos, tampoco habrían existido los Estados (Lehr, 1980: 18).

Séneca expresó, con mayor vigor aún, que la vejez era una enfermedad incurable. Ciertas consideraciones histórico-médicas respecto al proceso del envejecimiento lo contradijeron.

Una de las primeras publicaciones que se reconoce sobre esta materia fue editada en el año 1236 por Roger Bacon, con el título *La cura de la vejez y la preservación de la juventud*.

Queda para el mundo del misterio, el intento de René Descartes (1596-1650) de encontrar la forma de prolongar la juventud, de la cual decía que era la principal meta de toda su filosofía. En una ocasión llegó a decir que se encontraba muy cerca de lograrlo. No es extraño que su muerte a los 54 años causara una conmoción entre sus discípulos.

En el siglo XVI, Michel de Montaigne (1533-1592) planteaba en su ensayo *De la edad*: “Por eso soy de la opinión de que cualquiera que sea la edad a la que hemos llegado, es una edad que muy poca gente alcanza. Si lo normal es que los hombres no lleguen hasta allí, es señal de que nosotros nos hemos adelantado” (Montaigne, 2005).

Si se habla del comienzo de la investigación científica en gerontología, hay que hablar del siglo XVII, y en particular de Francis Bacon (1561-1626), con su obra *History of Life and Death* (Historia de la vida y de la muerte). En este texto, Bacon planteaba una idea precursora que se cumpliría tres siglos después, a saber, que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen. Ya en los siglos XVII y XVIII Bacon y Benjamin Franklin (1706-1790) esperaban descubrir las leyes que gobernaban el proceso del envejecimiento para establecer después un utópico rejuvenecimiento (Achenbaum, 2009).

Bacon ya en su época había planteado que la fortaleza natural en la juventud resiste muchos excesos cuyos efectos no se notan hasta la edad avanzada, “daos cuenta del paso de los años y no sigáis haciendo la misma cosa siempre, pues no se podrá desafiar la edad” (Bacon, 2012).

El estudio académico sobre las personas ancianas y el envejecimiento comienzan en la edad moderna con los trabajos biométricos de Adolph Quetelet (1796-1874)

y Francis Galton (1822-1911). Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana. No es extraño por ello que el envejecimiento se explicara hasta el siglo XIX en términos de calor o humedad.

Aunque se puede contar con estas ideas geniales, no es sino hasta el siglo XIX cuando el verdadero trabajo científico en gerontología comienza.

El francés Quetelet es también el primero que expresa claramente la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere.

Francis Galton, británico, altamente influido por Quetelet, trabajó en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices, datos que presentó en su obra *Inquiry into human faculty and its developments* (Estudio sobre las facultades humanas y su desarrollo) (Birren, 1996).

Fueron grandes pensadores de tiempos pasados que se ocuparon muy a fondo del proceso del envejecimiento, brindando desde sus posiciones filosóficas una concepción de lo que se consideraba el envejecimiento y el individuo selecto.

1.1.4. Enfoque social

La frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, en todas las sociedades, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía e independencia, lo que, si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social.

Rowe y Kahn (1998) afirmaban que los factores genéticos sólo dan cuenta de 30% de los aspectos físicos del envejecimiento, lo que deja el resto al estilo de vida y el ambiente. Luego entonces, los individuos tienen mucho más control sobre su propio envejecimiento y salud de lo que se pensaba (Hansen, 2003).

Rowe y Kahn (1998) distinguen entre envejecimiento “común” y “exitoso”. Mientras que en el envejecimiento común los factores externos fomentan el proceso de envejecimiento primario, en el exitoso ejercen un efecto neutral o positivo.

El enfoque social ha sido tratado a partir de diferentes teorías, entre las que se encuentran, la teoría de la desvinculación, la teoría de los roles, la teoría de la estratificación por edades, la teoría de la continuidad, la teoría de la subcultura y la teoría de las representaciones sociales.

Teoría de la desvinculación. Presentada por Cumming y Henry en 1961. Plantea que es normal que, al llegar las personas a una determinada edad, van reduciendo

los roles más activos, buscando otros de menor actividad, reduciendo la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales y centrándose cada vez más en su propia vida interior. La desvinculación empieza con una demanda de reducción de actividades que tienen que ver con competitividad y productividad (Cumming & Henry, 2008).

Teoría de los roles. Propuesta por Burgess en 1960. Plantea que a lo largo de nuestra vida desempeñamos un gran número de roles que nos definen tanto socialmente hacia fuera como personalmente al interior de nosotros mismos. El grado de adaptación de un individuo al proceso de envejecer depende de cómo va haciéndose cargo de los cambios correspondientes en los roles que las creencias sociales le van asignando según su edad, así como con relación a la forma y grado en que cumplen las expectativas de rol (Belando, 2006).

Teoría de la estratificación por edades. Fue presentada por Riley en 1968 y 1972, así como por Foner en 1975. En esta teoría los roles sociales se asignan a los individuos en función del grupo de edad al que pertenecen. La edad se considera que es el criterio universal por el que se distribuyen los roles, derechos y privilegios. El prestigio del grupo de edad y la autoestima de cada uno de los miembros está en función del valor social que se atribuye al conjunto de roles desempeñados por el grupo (Belando, 2006).

Teoría de la continuidad. Propuesta por Rosow en 1963 y Atchley en 1987 y 1999). Plantea que, a medida que la persona envejece, se va haciendo cada vez más aquello que ya era, es decir, la persona de edad es, en definitiva, lo que fue desde que nació. A medida que se envejece, los rasgos y características centrales de la persona se van acentuando más y más, ganando peso los valores previamente mantenidos (Ortiz, 2009).

Teoría de la subcultura. Fue presentada por Rose en 1965. Plantea que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con otros grupos de edad. Los ancianos, habiendo compartido formas de vida, una experiencia histórica y social común y teniendo problemas similares, se entienden mejor entre ellos. Se sirven unos a otros como puntos de referencia y comparación para validar los propios valores e incluso para evaluar la propia situación y valía (Ortiz, 2009).

Teoría de las representaciones sociales. Fue postulada por primera vez por Moscovici en 1961 y desde entonces ha sido estudiada y desarrollada por varios investigadores, entre quienes se encuentran Abric en 1984, Jodelet en 1986, Doise en 1993,

Moliner en 1995, Sá en 1996 y Wagner, Valencia y Elejabarrieta también en 1996. La psicología social cuenta con aproximaciones teóricas que permiten analizar los significados de las representaciones sociales del envejecimiento. Esta teoría parece un marco adecuado para el estudio de los adultos mayores, los diferentes actores involucrados en el planteamiento y ejecución de las políticas públicas y de quienes son beneficiarios directos o indirectos. Por lo que se hace necesario conocer las representaciones y vivencias que tienen los propios adultos mayores sobre su proceso de envejecimiento, de su salud, de los programas dirigidos a ellos y acerca de la forma en que son percibidos por los miembros de los diferentes grupos sociales en los que se encuentran insertos (De Alba, 2013).

Hay que diferenciar los enfoques que guían las interpretaciones de los temas que abordan las leyes, políticas y programas dirigidos a las personas mayores. Se sabe que los problemas que tratan son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad y que, en el caso de las personas mayores, se relacionan directamente con la concepción de la vejez a partir de la cual se delinean propuestas para lograr los objetivos (Cepal, 2006).

Otro de los factores que, a nuestro modo de ver, se debe considerar es el estrés, descrito por la literatura como acelerador del envejecimiento.

Desde el nacimiento, el ser humano inicia sus contactos con el mundo que lo rodea y que a lo largo del camino de la vida lo pondrán frente a una cadena interminable de estímulos positivos y negativos, los cuales marcan las huellas del envejecimiento.

Desde hace más de veinte años, la literatura científica registra trabajos que buscan la posible vinculación etiológica entre enfermedades de nuestra época y el estrés excesivo producido por situaciones específicas, socialmente estructuradas e inherentes a la organización de las sociedades tecnológicas modernas. De ahí que el estrés se haya constituido en un importante campo de estudios de varias disciplinas (Rocabruno, 1999).

Los ancianos, al ser miembros activos de la sociedad, se hallan inmersos también en las tensiones de la vida moderna, esto trae como consecuencia que aparezcan indicadores de estrés en estas edades. Los estresores en la vejez, con su consecuente necesidad de ajuste y cambios para la adaptación, tropiezan con un individuo que ha perdido capacidad física y psíquica para ello y que, por lo general, lo reconoce. Así, el envejecimiento por sí solo es ya un factor de estrés que puede desencadenar estados que impliquen el empeoramiento de la salud.

En la prevención y tratamiento del estrés en los senescentes, el manejo del ambiente es fundamental. La intervención debe ir dirigida a actuar sobre situaciones estresantes nocivas y que, por tanto, puedan influir en la salud de los mismos, promoviendo modelos de participación social (promoción de grupos, incremento del

apoyo familiar y social y técnicas de educación para la salud, entre otras) (Hansen, 2003).

Aunque la determinación del envejecimiento no es precisa, está asociada con un gran número de cambios que se producen, pudiendo aparecer un grupo de factores de riesgo que repercuten negativamente en los ancianos.

El adulto mayor tiene que reinsertarse en una sociedad que valora predominantemente la producción. La sociedad moderna, con sus procesos de industrialización y urbanización, percibe al anciano como una persona que ya no posee la fuerza ni la rapidez para producir eficientemente, y por tanto no es apto para trabajar, considerando de muy poca utilidad su experiencia o dominio en algún oficio. Así, el adulto mayor empieza a ser considerado como una carga, ante lo que el anciano se sentirá desorientado y descontento. La sociedad actual presenta estereotipos, creencias y mitos ambivalentes sobre la vejez, con interpretaciones opuestas: positiva o idealizada (la “edad de oro”, cima de la sabiduría) y negativa (decadencia, deterioro).

El enfoque social, tratado por diferentes teorías, ha intentado dar una explicación del envejecimiento, tomando en consideración el papel que juegan en la sociedad los individuos de edad avanzada.

1.1.5. Enfoque psicológico

A continuación se hace un breve recorrido por las principales escuelas psicológicas y sus concepciones acerca del envejecimiento.

La teoría conductista. Los conductistas no creen que exista un cambio definido y relacionado con la edad. Subrayan la crianza (entorno) frente a la naturaleza (genética). Piensan que nuestras acciones están determinadas por nuestras experiencias en el mundo exterior, más que por los rasgos heredados con los que nacemos.

El conductismo cognoscitivo menciona que los cambios relacionados con la edad, como la inevitable pérdida de memoria o la enfermedad, pueden conducir al retraimiento y a evitar la actividad física o mental, por lo que esta teoría conductista postula que los rasgos de personalidad no tienen relación con el hecho de encontrarse en determinada fase de la vida, sino con condiciones de vida externa (Belsky, 2001).

La teoría conductista ofrece una perspectiva positiva, fácilmente reversible sobre los problemas que se presentan en la vejez. Por ejemplo, cuando se observa a un anciano deprimido, los conductistas no están de acuerdo con que esto sea una característica de la personalidad de las personas mayores. Piensan, por el contrario, que estos rasgos no tienen relación con el hecho de encontrarse en determinada fase de la vida, sino con condiciones de vida externa (jubilación, viudez).

La perspectiva psicoanalítica. El psicoanálisis postula que la personalidad básica del ser humano se forma en la infancia, para después seguir relativamente estable, teniendo aspectos conscientes e inconscientes. De acuerdo con esta teoría, la personalidad tiene tres facetas: el yo, el ello y el superyó. El ello, presente desde el nacimiento, es el conjunto de instintos, deseos y necesidades. El yo, con gran parte consciente y orientado hacia la realidad, se forma cuando el niño internaliza el hecho de que las necesidades no pueden ser satisfechas de inmediato. Y el superyó es la internalización de normas e ideales paternos y sociales. Postula que los padres son responsables de la salud mental del individuo para el resto de la vida, por lo que la personalidad queda determinada desde los primeros años de vida del individuo (Belsky, 2001).

El ello, presente en el nacimiento, es el conjunto de instintos, deseos y necesidades que tenemos cuando llegamos al mundo. El yo, el “ejecutivo” de la personalidad en gran parte consciente y orientado hacia la realidad, se forma cuando los niños se dan cuenta de que sus necesidades no pueden satisfacerse de inmediato. Esta estructura implica la lógica, el razonamiento y la planificación. Después se desarrolla el superyó, la internalización de las normas y de los ideales paternos y sociales. Freud pensaba que en la infancia aprendemos los requisitos para ser humanos. Nuestra voluntad y nuestros deseos sólo se pueden cumplir si nos ajustamos a la realidad.

Freud y sus seguidores pensaban que los padres son responsables de este aprendizaje, y por tanto de que tengamos una salud mental durante toda la vida. Si nuestros padres son empáticos y sensibles durante nuestra infancia, desarrollaremos un yo fuerte que nos permita adaptarnos a las crisis de la vida. Si son insensibles, o si por alguna razón el cuidado que nos ofrecen es deficiente, la formación del yo no será la óptima y seremos vulnerables, propensos a la erupción de impulsos provenientes del ello, proclives a tener problemas cuando nos enfrentemos a las tensiones que, sin duda, trae la vejez.

Así, pues, para los psicoanalistas freudianos, la personalidad se forma desde nuestros primeros años de vida. Las tensiones de la vejez, por ejemplo la enfermedad, la viudedad o la jubilación, son pruebas del funcionamiento psicológico.

La teoría de Jung. Dentro de cada individuo existen fuerzas y tendencias en conflicto que necesitan reconocimiento y reconciliación. En la tercera edad, en el sexo masculino se manifiesta su feminidad y en el sexo femenino su masculinidad, para reconciliar tendencias de conflicto anteriores. Jung plantea que en cada persona existe una orientación hacia el mundo externo (extroversión) y otra hacia el mundo interno (introspección). Así, en la juventud y en gran parte de la mediana edad domina la extroversión mientras que en la vejez domina la introversión (Papalia, 2004).

Jung vio cómo las personas mayores todavía se esforzaban para desarrollarse a sí mismos, dado que creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo.

Proponía que esta tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida, y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad. Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto.

Una vez que la familia ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. Para una persona joven, es casi un pecado o, al menos, un peligro preocuparse por ella misma; pero para quien está envejeciendo es un deber y una necesidad dedicar atención a su propia persona.

Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar con paso firme la tendencia hacia la introversión (Papalia, 2004).

Perspectiva de Erikson. La teoría de las crisis psicosociales de Erik Erikson trata de los cambios específicos que se producen durante la edad adulta. De acuerdo con esta teoría, existen ocho labores psicosociales que se desarrollan a medida que se avanza de la infancia a la vejez.

Para Erikson, cuando los adultos entran en la etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego.

La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría, el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. A medida que la edad de las personas mayores aumenta, predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Erikson contempla la tercera edad como un periodo más productivo y creativo que en tiempos pasados, ya que ahora un artista de 80 años, escritor o músico, ha dejado de ser algo excepcional (Belsky, 2001).

En la crisis final, integridad vs. desesperación, Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan la necesidad de aceptar su vida de la manera como la han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

De acuerdo con Erikson, las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La “virtud” que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente; implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podían y, por tanto, merecen amor, aunque no fueran perfectos; representa aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida (Papalia, 2004).

Asimismo, Erikson propone que las personas que no consiguen aceptar esto viven desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

Según Erikson, la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. A pesar de que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente (Papalia, 2004).

Durante el periodo de integridad vs. desesperación se reactivan las crisis anteriores y reemergen temáticas ya resueltas que en su momento fueron una crisis. En esta etapa se pueden resolver conflictos inconclusos (Belsky, 2001).

La desesperación se define como un sentimiento de que el tiempo que queda es demasiado corto como para rehacer una nueva vida o para dar sentido al pasado. También en el envejecimiento pueden sobrevenir efectos psicológicos como ansiedad, depresión y disminución o pérdida de autoestima, pues las pérdidas, tanto reales como elaboradas a nivel biológico y psicosocial, se vivencian como un duelo no resuelto (Papalia, 2004).

Pensamiento post formal de Jean Piaget. Piaget consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite en ocasiones al pensamiento post formal (Papalia, 2004).

La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos

basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos. En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real.

Esta madurez de pensamiento, o pensamiento post formal, se basa en la subjetividad y la intuición en conjunto con la lógica pura, que caracteriza el pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas.

El pensamiento post formal también se caracteriza por un desplazamiento de la polarización (correcto vs. incorrecto, lógica vs. emoción, mente vs. cuerpo) hacia una integración de conceptos (Papalia, 2004).

Piaget hace mención a una evolución psicológica normal de la vejez. Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores: el deterioro progresivo de las propias funciones físicas, el declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, la transformación del medio familiar y de la vida profesional y las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas y efectos indirectos sobre el comportamiento (así, la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad (Laforest, 2008).

La perspectiva psicológica ha considerado aspectos de la personalidad del anciano. La adaptación al proceso de envejecimiento ha implicado para éste un equilibrio entre aspectos cognitivos y motivacionales.

1.1.6. Enfoque antropológico

A partir de una edad arbitrariamente prefijada (en términos generales, 65 años), la legislación estatal ordena que los individuos no sigan trabajando. Así, se margina forzosamente a las personas del mundo del trabajo y, en consecuencia, de todo lo que implica trabajar, además de la obligación laboral, de relaciones y prestigio social, de la posibilidad de ascenso y de mejora de la propia autoestima, de un referente importante de identidad social y de beneficios económicos superiores a los que recibirá como jubilado.

De este modo, se exige a la mayoría de individuos que alcanzan la edad cronobiológica de 65 años que vivan por debajo de sus posibilidades. Oficialmente, esto se justifica por el hecho de que a partir de esa edad se pierde determinada capacidad de funcionamiento manual, del ritmo de trabajo que exige la post industrialización, entre otras razones (Fericgla, 2002).

A partir de las consideraciones anteriores, se puede afirmar que una definición válida de vejez vendría dada por el hecho de que en las sociedades post industrializadas y con un elevado ritmo de cambio, la tradición pierde importancia frente a la flexibilidad y el progreso de los conocimientos. La necesidad de mantener viva y constante la capacidad de cambio, que permite realizar determinadas funciones, en un sentido sociocultural muy amplio, parece colocar a los individuos en una posición que va decayendo a la misma velocidad con que aumenta la edad. El individuo va siendo devaluado y pierde la posibilidad de acceso a los puestos preferenciales en el mercado de trabajo; en consecuencia, pierde también lo que se deriva de esta variante independiente que marca el estatus y el valor social de cada individuo, su ocupación laboral.

En términos generales y aplicados, de momento, al conjunto de la población anciana, podemos afirmar que las relaciones sociales a partir, aproximadamente, de los 65 años se empobrecen con respecto al periodo de vida anterior. Se reduce la cifra de contactos interpersonales en cantidad y, fundamentalmente, en intensidad y la forma de las relaciones sociales sufre un cambio cualitativo que tiende hacia una funcionalidad exagerada a medida que la edad avanza.

El extremo, por otro lado, es el individuo senil que casi no puede o de plano no puede moverse de la cama, que no dispone de dinero suficiente para pagar una persona de compañía y que, por tanto, depende absolutamente de sus relaciones sociales.

Uno de los factores importantes que influyen en el proceso de empobrecimiento de las relaciones sociales de los ancianos es la pérdida casi total de contacto con individuos de otros grupos de edad. La única excepción la forman los hijos, nietos o sobrinos, con quienes mantienen relaciones mayoritariamente instrumentales. Esta pérdida es radical entre los hombres, el sexo que más se empobrece con la ancianidad. A lo largo de la vida productiva, la misma actividad laboral provoca el contacto con individuos de distintos grupos de edad, pero con la jubilación terminan estas relaciones y los jubilados quedan encerrados en su grupo de edad. Por tanto, cuando se habla de las relaciones sociales de los ancianos, es necesario discriminar entre relaciones intragrupales y relaciones con otros grupos de edad, que son prácticamente inexistentes (Fericgla, 2002).

Otro de los factores a tomar en consideración es el desarraigo, entendido por la rotura o disolución de la red social del anciano, quien termina por separarse del

grupo de pertenencia anterior, sea cual sea el motivo, sin adscribirse a ningún otro grupo, formal o informal.

En la actualidad se ha considerado que existen dos tipos de desarraigo entre la población anciana: total y parcial. El desarraigo total es cuando el individuo vive lejos de su familia filial, o bien carece de ella, y no tiene a nadie con quien mantener una interacción social íntima y funcional, a pesar de residir en un contexto territorial conocido.

El individuo, para ser atendido en su periodo senil, se traslada, o es trasladado, a una residencia para él extraña; este hecho implica alejarse de sus referentes espaciales conocidos y de las personas con las que ha establecido los grupos de pertenencia o los recuerdos que sostienen su identidad, sin que una nueva red venga en sustitución de la anterior (Fericgla, 2002).

El desarraigo total representa, pues, la máxima disolución y deterioro de las relaciones sociales de un individuo anciano.

Por otra parte, el desarraigo parcial es una situación intermedia. Básicamente puede dividirse en dos. Una es cuando el individuo jubilado o senil se traslada a vivir a una nueva residencia pero en el mismo contexto territorial (barrio, pueblo) donde vivía, lo que le permite seguir parcialmente integrado a la misma red social vecinal; sin embargo, abandona algunos elementos importantes que conformaban su identidad (como ir al bar donde se encontraba con antiguos amigos).

Otra forma de desarraigo parcial es cuando el individuo abandona la red social vecinal de la vida anterior, pero la convivencia con su familia o con los nuevos co-residentes es intensa. Es el caso, por ejemplo, de inmigrantes ancianos que se trasladan a otra ciudad, ya jubilados, para convivir con alguno de sus hijos, integrándose así a un núcleo familiar que no es el suyo propio y/o a otras relaciones vecinales nuevas, con individuos de la misma clase (Fericgla, 2002).

Si algún grupo de pertenencia se mantiene durante la vejez es la familia consanguínea. Y dentro de este grupo de pertenencia suele haber un fuerte desequilibrio. Los viejos manifiestan tener ganas de ver con frecuencia a los hijos y nietos, pero este deseo senil se contrapone a la norma general que lleva a las parejas jóvenes a fundar su familia nuclear en una nueva localidad, mientras que el anciano permanece residiendo en el mismo sitio con el cónyuge o solo, si está viudo.

Como consecuencia, el desarraigo y todo lo que comporta de aislamiento, indefensión y falta de intimidad compartida, se manifiesta de forma radical en aquellos ancianos que carecen de familia. Los grupos sociales de pertenencia del anciano suelen disolverse, o bien es el anciano quien se aleja de ellos. Así, pues, el desarraigo es la forma subjetiva en que los ancianos viven lo que objetivamente es la anomalía cultural que representa este segmento de la población. A causa de esta situación, muchos viejos dirigen la mayor parte de sus esfuerzos hacia conseguir un marco social de referencia que les permita sentirse integrados.

Los ancianos, por tanto, defienden la estructura familiar a la que se sienten pertenecer por encima de cualquier otro lazo o relación social, incluso aunque las relaciones internas sean tensas.

De esta manera, en relación directa con el proceso biológico de senilización, los individuos jubilados van abandonando la mayoría de las relaciones sociales mantenidas hasta ese momento y aumenta su dependencia funcional de la red familiar o del grupo con quien el individuo comparte mayor intimidad.

Sin embargo —y ésta es una característica importante de la senectud—, la creciente dependencia a la estructura familiar no suele implicar un enriquecimiento de sus relaciones familiares, en el sentido de que éstas sustituyan a las relaciones sociales abiertas anteriores. Muchas veces sucede incluso lo contrario, ya que el grupo filial no siempre está dispuesto a aceptar de buen grado la carga que representa la presencia del anciano dependiente (Fericgla, 2002).

El anciano que vive virtualmente abandonado por el resto de la familia, sigue manteniéndola como referente social e individual de primera instancia.

En esto es fundamental tener presente que:

- a) Las relaciones sociales de los ancianos, con la edad, se convierten en más funcionales.
- b) Este hecho implica habitualmente la dependencia a individuos de otros grupos de edad más jóvenes.
- c) En la mayoría de los casos estos individuos son miembros de la familia filial.
- d) La estructura familiar en sí está cada vez más compartimentada por la división horizontal en grupos de edad y, por tanto, los miembros de distintas generaciones están más alejados (en un sentido emocional y físico).
- e) Se dan cosmovisiones opuestas que generan dinámicas conflictivas en las relaciones sociales del anciano. La creciente dependencia obliga al anciano senil a buscar a alguien en quien confiar y que le ayude; se dirige entonces hacia los familiares inmediatos que, paulatinamente, van conformando en la práctica la totalidad de sus relaciones sociales con el consecuente deterioro en los casos en que las familias de los descendientes no acogen al anciano y se limitan a realizar los servicios mínimos que éste necesita para sobrevivir (Fericgla, 2002).

Para los ancianos, las relaciones familiares son las que viven con más intensidad y asiduidad. La importancia de la estructura familiar en la vida de los ancianos es fundamental en muchos sentidos, ya que la familia termina siendo la única red de relaciones que éstos mantienen.

Desde un punto de vista antropológico, nuestras sociedades derivan el concepto de vejez a partir del proceso de producción, de determinadas tendencias de consumo y también de los ritmos vitales impuestos por la industrialización. Y todo ello se organiza con base en la edad cronobiológica o natural de cada individuo, no de su sentir ni de su estado de salud.

1.1.7. Enfoque matemático

El modelo de Heligman y Pollard fue propuesto en 1980 en el trabajo “The age pattern of mortality”, publicado en el *Journal of the Institute of Actuaries* y aplicado por primera vez a datos de la población australiana de posguerra (1946-1948, 1960-1962, 1970-1972). Se trata de un modelo con tres componentes diseñado para ajustar el rango completo de edades humanas. Este modelo ha tenido una aceptación amplia y ha sido objeto de diversas versiones y ampliaciones (Heligman & Pollard, 1980).

Se ha experimentado con las principales funciones de la versión original de ocho parámetros para la tasa anual de mortalidad, modificando los valores de los parámetros. La expresión del modelo describe la tasa anual de mortalidad como una función con tres componentes aditivos:

- El primero es una exponencial con decrecimiento rápido, que refleja la caída de la mortalidad en los años de infancia. El parámetro A refleja el nivel de la mortalidad infantil; el parámetro C representa la tasa de caída de la mortalidad en la infancia, y el parámetro B es un parámetro de localización.
- El segundo término es una función similar a la lognormal y representa el *accident hump*, es decir, la mortalidad adicional superpuesta a la curva natural de mortalidad, originada principalmente por accidentes de tráfico en edades comprendidas entre los 15 y los 40 años. El parámetro F indica la localización, E representa la dispersión y D la severidad del *accident hump*.
- El tercer término se deriva del modelo exponencial de Gompertz, que representa el incremento geométrico de la mortalidad en las edades adultas y seniles. El parámetro G representa el nivel base de esta mortalidad y el parámetro H la tasa de incremento.

Estos modelos han sido usados por las aseguradoras para sus políticas tanto de pensiones como de seguros para esta población.

1.1.8. Enfoque biopsicosocial

Es importante mencionar que el fenómeno del envejecimiento se ha enfocado desde distintas perspectivas que lo tratan como un fenómeno biopsicosocial y no lo caracterizan únicamente por la edad cronológica.

El envejecimiento, además de presentar cambios a nivel corporal, se acompaña de un cambio personal en actitudes y comportamiento frente al entorno, como consecuencia de experiencias y circunstancias impuestas por la situación en la que se encuentran las personas en edad avanzada (Buendía, 1994).

Las explicaciones del envejecimiento deben incluir no sólo los factores biológicos, sino también la información sobre las causas sociales de las diferencias en un entorno y el comportamiento personal que, durante la vida, puede ejercer un gran efecto en la salud y la mortalidad.

Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento y se logra la felicitación por la vida que se ha conseguido, aun reconociendo ciertos fracasos y errores. Es un periodo en el que se goza de los logros personales y se contemplan los frutos del trabajo personal, útiles para las generaciones venideras.

Un modelo más antiguo sostiene que el envejecimiento está determinado por tres factores: el ambiental, el biológico y el que combina lo ambiental y lo biológico. Un modelo más antiguo sostiene que al envejecimiento lo determinan tres factores: el puramente ambiental, el puramente biológico y las mezclas de lo ambiental y lo biológico. Estas influencias se manifiestan a través de tres corrientes de desarrollo:

1. El desarrollo normativo graduado con respecto a la edad (o desarrollo normativo para la edad), que es el patrón evolutivo básico que se esperaría encontrar en un individuo "normal" (por ejemplo desde el punto de vista del envejecimiento biológico). Dentro de una sociedad particular, las normas de comportamiento "correcto" determinan que todos experimenten estos acontecimientos.
2. El desarrollo normativo graduado con respecto a la historia, el cual dibuja los efectos de los acontecimientos históricos que ha experimentado un grupo de edad pero no otros.
3. El desarrollo vital no normativo, que mide los efectos de acontecimientos importantes específicos para la vida de un individuo (Baltes, & Baltes, 1990).

Dannefer y Permuttler proporcionan un modelo útil que combina los conceptos del envejecimiento biológico, social y psicológico en un marco único. Estos investigadores defienden que el envejecimiento se puede ver desde el punto de vista de la *ontogenia física* (esencialmente, el envejecimiento biológico), la *habituación ambiental*

(el proceso de responder de manera automática, es decir, sin atención consciente, a los elementos en el ambiente) y la *generatividad cognitiva* (en su aspecto más básico, el procesamiento consciente de la información sobre el yo y el ambiente). El proceso del envejecimiento se compone de una combinación (e interacción) de estos tres factores (Hamilton, 2002).

Algunos aspectos del envejecimiento están en gran parte fuera del control de la voluntad, pero otros (particularmente, la generatividad cognitiva) son lo que el individuo hace de ellos. En un nivel básico, esto es una repetición de la antigua sentencia de que las personas hacen lo que pueden con lo que tienen.

El desarrollo vital no normativo mide los efectos de los acontecimientos importantes específicos para la vida de un individuo. El modelo demuestra claramente que las experiencias comunes del desarrollo normativo hacen similar la vida de las personas, que el desarrollo normativo histórico da forma a la identificación con la propia generación y que el desarrollo no normativo configura a la especificidad del individuo.

Si ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes, entonces no sería extraño que al anciano le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol, el de ser abuelo, rol que conlleva la idea de perpetuidad. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares, culturales y sociales. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar (Hansen, 2003).

Por ello, jubilarse y envejecer no justifican que la persona se retire de la vida social sino que implica una forma diferente de participación, indispensable para su propio crecimiento y el de sus hijos.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, en la que la persona se reconcilia con sus logros y fracasos, así como con sus defectos.

Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, hay que prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

Ahora bien, si se quiere encontrar una concepción de la vejez más equilibrada, entonces vale identificarla como una etapa vital, basada en el reconocimiento de que el transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, que entra en una etapa distinta a las vividas anteriormente; esta etapa es semejante a otras etapas vitales como pueden ser la niñez o la adolescencia. En este sentido, la vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y, por lo tanto, puede y debe ser positiva, así como de desarrollo individual y social.

El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Este proceso es impreciso. Nos vamos dando cuenta de esto por el reconocimiento de nuestro cuerpo cambiante, del espejo, de la mirada del otro y de la exclusión de la sociedad en la mala interpretación del proceso productivo.

A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades, tanto físicas como mentales, cognitivas y psíquicas.

En la vejez debe existir una aceptación del ciclo vital único y exclusivo, donde la persona tiene que hacerse responsable de su propia vida. Comienza la ancianidad aproximadamente a los 65, teniendo un declive gradual del funcionamiento de los sistemas corporales, que se deben al envejecimiento natural y gradual de las células corporales, conservando en su mayoría capacidades cognitivas y psíquicas (Achenbaum, 2009).

Se debe hacer hincapié en que los procesos de envejecimiento social, biológico y psicológico no se producen independientemente entre sí. Como se ha visto, en los cambios en el estado físico del cuerpo (y el cerebro en particular) pueden tener profundos efectos en el funcionamiento psicológico.

Hasta aquí, un breve recorrido por algunos de los diferentes enfoques que han tratado de explicar el envejecimiento. A continuación se hará un breve bosquejo de dos disciplinas, las más importantes, que han estudiado el envejecimiento.

1.1.9 Gerontología y geriatría

Etimológicamente, la palabra gerontología procede del término griego *gerón*, *gerontos/es*, los más viejos o los más notables del pueblo griego; a este término se le une la palabra *logos*, logia o tratado, grupo de conocedores.

Por ello, la gerontología se define como ciencia que trata de la vejez, y así también se recoge en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2014).

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916), sociólogo y biólogo ruso, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908 y sucesor de Pasteur, propuso a la gerontología como ciencia dedicada al estudio del envejecimiento (Lehr, 1980).

Históricamente, la gerontología es una joven disciplina que, no obstante la iniciativa de Metchnikoff, se desarrolló prácticamente hasta la segunda mitad del siglo xx.

Como señala Birren (1996), la gerontología supone un sujeto de conocimiento muy antiguo pero es una ciencia extraordinariamente reciente.

La gerontología nació en medio del estructural-funcionalismo del mundo occidental. Es un enfoque empleado en ciencias sociales que supone que los elementos de una determinada estructura social son interdependientes entre sí; una variación de alguno de ellos repercute en los demás. Considera la sociedad como un organismo

biológico con todas sus partes (educación, familia, religión, gobierno), trabajando de forma integrada para que la sociedad funcione equilibradamente. En este contexto, los cambios estructurales, consecuencia de los cambios demográficos, conllevan cambios en el funcionamiento de la sociedad (Curcio, 2010).

Como fenómeno relativamente nuevo, producto del siglo XX, el envejecimiento de la población constituye un reto que se debe enfrentar. En la actualidad, la vejez es un tema relevante para la sociedad en general; por ello, es conveniente adaptarse a esta realidad y proponer o idear soluciones a problemas hasta ahora inéditos. Con la finalidad de responder a este nuevo estado de cosas es que nació la gerontología.

La historia reciente de la gerontología científica se inaugura con el norteamericano Cowdry en 1939 y, concretamente, con el texto que él dirigió: *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento). En esta obra se incorporan aspectos psicológicos y sociales al tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología. Es también en 1939, bajo los auspicios de la Mac & Foundation, cuando surge en Estados Unidos la primera asociación para la investigación del envejecimiento, el Club for Research on Aging (Dosí, 1996).

Es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se desarrolla la mayor parte de asociaciones de gerontología, comenzando por la norteamericana Gerontological Society en 1945. La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología se crea en 1948, y por las mismas fechas, o poco después, surgen otras muchas asociaciones europeas y latinoamericanas, entre las que destaca la Asociación Internacional de Gerontología (AIG), fundada en Lieja en 1948, y que está relacionada con el bienestar y la salud de los ancianos. Se trata de una organización multidisciplinaria, que representa una diversidad de disciplinas científicas como las ciencias biológicas, clínicas, sociales y de la conducta. Su propósito primario ha sido incrementar el intercambio de conocimientos y experiencias dentro y a través de estas disciplinas y entre los estudiosos y científicos de todas las naciones (Dosí, 1996).

También en estas fechas empiezan a publicarse órganos de expresión de la gerontología científica, comenzando por el *Journal of Gerontology*, que se publica desde 1946, una de las revistas de mayor reconocimiento e impacto.

Hay que resaltar a Stanley Hall, psicólogo norteamericano, que en su obra *Senescence, the last half of life* (Senectud, la última mitad de la vida), trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza y las funciones de la vejez, ayudando al establecimiento de la ciencia de la gerontología y contradiciendo el modelo deficitario hasta ese entonces.

Uno de sus descubrimientos empíricos es el de haber resaltado que las diferencias individuales en la vejez son significativamente mayores que las que aparecen en otras edades de la vida.

La gerontología tiene un doble objetivo, desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte) y, desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años).

Kart (1990) señala que la gerontología ha de relacionar la investigación básica y la aplicada; asimismo, dada la variedad de perspectivas que convergen en esta disciplina, ha de tener un enfoque interdisciplinario en el estudio del envejecimiento.

Laforest (2008) plantea que la gerontología es una reflexión existencial que pertenece a lo humano, siendo asimismo una reflexión colectiva. Debido a los fenómenos demográficos de los dos últimos siglos, ya no es sólo el individuo el que envejece sino también la sociedad.

La gerontología moderna, por sus interrelaciones internas, es considerada como un campo de estudio más que como un objeto formal de una ciencia específica y nueva; incluso se piensa en ella como en una transdisciplina.

No sería correcto, como error de perspectiva, ver a la gerontología como una ciencia paralela a la medicina, la asistencia social, la psicología o la sociología. Es más apropiado hablar de medicina geriátrica, de asistencia social gerontológica del envejecimiento, o de la psicología de los viejos. Citando nuevamente a Laforest (2008), desde el punto de vista epistemológico, no se trata de el método científico de la gerontología, sino más bien de los métodos propios de las ciencias específicas que examinan los problemas de la vejez.

En la actualidad, la gerontología es entendida como una ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, además de incluir la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

Desde una perspectiva práctica y social se observa que la gerontología recoge un conocimiento científico amplio, diverso y con numerosas aplicaciones.

La gerontología engloba a ciencias como la geriatría, la gerontología social, la biología del envejecimiento, la psicología del envejecimiento y a todas aquellas ciencias y disciplinas que tienen por objeto el estudio científico del envejecimiento, cualesquiera que sean los contenidos, variables o factores que se refieren al envejecimiento individual o social. La gerontología debe interesar tanto al que envejece como a la colectividad y a los profesionales relacionados con ella con la finalidad de dar soluciones y proporcionar ayuda y apoyos al fenómeno del envejecimiento.

Por su parte, el término *geriatría* fue acuñado por Ignatz Leo Nascher, eminente clínico norteamericano, devenido en geriatra y fundador del primer departamento de geriatría en los Estados Unidos (1909). Nascher explicaba que el término se deriva del griego *geron* 'viejo' e *iatrikos* tratamiento médico (Lehr, 1980; RAE, 2014).

Generalmente, la mayoría de los seres humanos al arribar a la tercera edad comienzan a mostrar signos de deterioro, los cuales se manifiestan no sólo en el aspecto físico externo, sino también en síntomas de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión, la aterosclerosis, la artrosis, la artritis y la diabetes mellitus entre otras, las cuales a su vez aceleran el ritmo del envejecimiento.

Las características predominantes de la vejez son una disminución en la capacidad de adaptación, una reducción en la velocidad de desempeño y un aumento en la susceptibilidad a las enfermedades.

Durante la vejez aparecen por primera vez debilitamientos en muchos procesos físicos y psicológicos. El envejecimiento y la muerte por vejez no son métodos de control de población, como muchos comentaristas han definido en el pasado. A cualquier edad es posible morir, la diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida, por lo que es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte.

La geriatría es, por tanto, una ciencia que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es la primera especialidad integradora en la historia de la medicina.

El envejecimiento, como fenómeno de gran difusión, se ha acentuado en las naciones industrializadas modernas, derivado de las tasas más bajas de mortalidad infantil y las mejoras en la atención sanitaria y el estilo de vida en la edad adulta temprana, más que por una mejoría intrínseca en la manera en que envejecen los humanos.

Para la mayoría de los gerontólogos no hay una medida fiable única del envejecimiento; de modo empírico toman como edad la de 60 o 65 años como indicador del comienzo de la vejez.

A continuación se hará un recorrido por las cifras mundiales respecto al envejecimiento.

1.2. Envejecimiento demográfico mundial

El envejecimiento de la población se refiere al aumento cada vez mayor de la proporción de personas adultas mayores dentro de la estructura de la población general. Este proceso se determina principalmente por las tasas de fecundidad y, en segundo lugar, por las tasas de mortalidad. Cuando la fecundidad desciende y las tasas de mortalidad continúan mejorando, la población empieza a envejecer (Kinsella, 1994; Kinsella & Wan, 2009; Francke & colaboradores, 2012).

Además de la disminución de la natalidad y la fecundidad y la disminución de la mortalidad, las migraciones internas y externas también son causa del envejecimiento en la sociedad.

El envejecimiento demográfico no tiene por protagonista a la vejez, sino a la infancia. El principal motivo de la rapidez con que se está produciendo en prácticamente todo el mundo no es, contra lo que podría parecer, el aumento numérico de quienes alcanzan edades avanzadas, sino la disminución de quienes tienen edades infantiles. Si la fecundidad no hubiese experimentado el importante descenso que se inicia en los países más desarrollados ya en el siglo XVIII y que se acelera desde mediados de los años setenta del siglo XX, las pirámides poblacionales serían sumamente jóvenes y seguramente nadie estaría hablando del envejecimiento demográfico, aunque la esperanza de vida hubiese mejorado como lo ha hecho durante todo este tiempo (Pérez, 2000).

El descenso en la fecundidad afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos. Así, la carga principal de muertes y enfermedades se desplaza de los grupos de edades más jóvenes a los de edades más avanzadas.

La declinación de la mortalidad origina un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas. La caída de la fecundidad se refleja a la larga tanto en una cantidad menor de nacimientos como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total. La combinación de ambas tendencias conduce, de manera inevitable e irreversible, al envejecimiento demográfico, hecho que se expresa en un estrechamiento de la base y una ampliación de la cúspide de la pirámide poblacional (Pinazo, 2012).

La reducción inicial en la mortalidad se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edades más jóvenes, en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Además, la supervivencia progresiva más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas y lesiones, que incrementan así su contribución relativa a la mortalidad (García, 1995; Rodríguez, 2002).

En este proceso emerge otro cambio, dado por el desplazamiento de la mortalidad del primer plano de las condiciones de salud y su sustitución por la morbilidad como fuerza predominante. A este respecto, el concepto de *transición epidemiológica* va más allá del de *transición demográfica*, ya que no sólo intenta explicar los cambios en la mortalidad, sino también en la morbilidad. Así, en el proceso de transición, el significado de la enfermedad sufre una transformación radical. De ser primordialmente un proceso agudo que con frecuencia termina en la muerte, la enfermedad se convierte en un estado crónico en que muchas personas en su mayoría de edad avanzada sufren durante periodos largos de su vida. De este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente (García, 1995; Rodríguez, 2002).

Las primeras regiones afectadas por el proceso de envejecimiento son las que primero atravesaron la transición demográfica, es decir, aquellas que descendieron las tasas de natalidad y de mortalidad durante el siglo XVIII. Este proceso sucedió en el contexto de la Revolución industrial en los países europeos, donde los progresos de la medicina, la higiene y las transformaciones sociales y culturales que acompañaron el desarrollo económico afectaron los aspectos demográficos (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010).

A finales del siglo XIX y principios del XX, el interés por profundizar en las tendencias de la población, en particular la disminución de los niveles de mortalidad y sobre todo de fecundidad, motivó que surgiera en muchos países de Europa occidental lo que se ha reconocido como “la teoría de la transición” o “revolución demográfica” (Barros, 2002).

La *transición demográfica* se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado, que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. Se emplea el concepto para designar un periodo característico dentro de la evolución demográfica de países que comienzan a vivir un proceso de modernización. Las sociedades tradicionales se caracterizan por una alta natalidad y una alta mortalidad (sobre todo infantil), por lo que el crecimiento demográfico es lento. Las sociedades que comienzan un proceso de modernización pronto ven reducir su índice de mortalidad infantil, sobre todo por la importación de medicina moderna desde los países avanzados y la difusión de nuevas normas de higiene, mientras sus índices de natalidad permanecen altos, acorde con las pautas culturales tradicionales. Se produce entonces una “explosión demográfica” que luego cede, cuando se adoptan nuevas pautas reproductivas, características de las sociedades modernas, y entonces reaparece el lento crecimiento demográfico, en un nuevo contexto socio-cultural (Arnoletto, 2007).

Al inicio del siglo XX pocas personas mayores en el mundo eran propietarias de sus casas. Ya fuera una casa, apartamento o una habitación en una pensión, sólo 29% de los adultos mayores casados y 11% de los solteros vivían independientemente. En 1986, la situación dio un giro a la inversa. Dos factores ampararon esta tendencia, uno fue la riqueza. Las personas mayores medias tienen más bienes que a principios de siglo. Pocas personas mayores se ven forzadas por las circunstancias a vivir con un hijo u otro familiar, generalmente algún hermano o hermana (Arnoletto, 2007).

El segundo factor fue el bajo índice de nacimientos durante la Gran Depresión. En 1975, los estadounidenses, por ejemplo, tenían menos hijos de quienes depender cuando llegaron a la tercera edad (Belsky, 2001).

Los padres de la generación del *baby boom*, que ahora están llegando a la jubilación, también serán una cohorte acomodada, porque nacieron durante la Gran

Depresión y entraron en el mercado laboral en un momento de expansión económica, cuando relativamente poco dinero ofrecía amplias oportunidades económicas. Aunque tendrán más hijos vivos en quienes poder confiar, la mayoría los necesitarán menos que en generaciones anteriores. Cuando los hijos del *baby boom* se jubilen, es posible que estén en peor situación que sus padres, y debido a su bajo índice de natalidad, probablemente tendrán menos hijos vivos (Pérez, 2000; Belsky, 2001).

Con respecto a la transición demográfica, existen cuatro grupos de países en el mundo (Kinsella & Wan, 2009).

El primero es donde la natalidad y mortalidad son muy elevadas, por lo tanto el crecimiento es muy bajo. El segundo, donde comienza a descender la mortalidad sin cambios en la natalidad, por lo tanto aumentan las tasas de crecimiento. El tercero, donde comienzan a descender la natalidad y las tasas de crecimiento. El cuarto, donde hay un equilibrio de crecimiento muy bajo y en ocasiones es nulo o cero.

El envejecimiento de la población se asocia por lo general con los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde en muchos de ellos una quinta parte o más de la población tiene 60 años y en adelante (Pinazo, 2012). En la Tabla 1 aparecen las proyecciones mundiales de la población adulta mayor al año 2050.

TABLA 1. PROYECCIONES MUNDIALES DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS

	Porcentaje de personas de 65 años y más		
	2007	2025	2050
Mundo	7	10	16
Países industrializados	16	21	26
Países menos desarrollados	6	9	15
Europa	16	21	28
América del Norte	12	18	21
Oceanía	10	15	19
América Latina & Caribe	6	10	19
Asia	6	10	18
África	3	4	7

Fuente: Haub (2007).

Las primeras aproximaciones a la teoría del envejecimiento demográfico se deben al demógrafo francés Adolphe Landry, quien en 1909 analizó la relación de los

cambios en las variables demográficas y la productividad del trabajo en Francia y otros países europeos. Este autor estructuró su teoría, que nombró como “revolución demográfica”, en tres etapas en virtud del tipo de economía: primitiva, intermedia y moderna (García, 1995; Barros, 2002).

Más adelante, en 1929, el demógrafo norteamericano Warren Thompson la denominará “evolución demográfica”. Este autor considera también tres etapas, pero utiliza como variable rectora el crecimiento poblacional, en virtud de la cual clasifica éstas en estado de crecimiento potencial, efectivo y estacionario o de disminución (Barros, 2002).

En 1945, otro demógrafo norteamericano, Frank Notestein, expone la teoría de la transición demográfica, la más conocida en la actualidad. En ésta se distinguen las etapas que se mencionan a continuación (García, 1995; Barros, 2002; Hernández, 2000):

Etapas I. La tasa bruta de natalidad (TBN) se encuentra entre 35-40 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que la tasa bruta de mortalidad (TBM) es de 30-35 defunciones por cada mil habitantes. Como la fecundidad y la mortalidad son altas, la tasa de crecimiento de la población es muy baja, de aproximadamente 0.6%.

En esta etapa se produce la Revolución industrial, se acelera el proceso de urbanización, mejoran el medio ambiente y la atención médica y hay una mejor organización de los servicios de salud. Una mejor distribución del ingreso crea condiciones para reducir la mortalidad.

Etapas II. Disminución de la TBN a 25 por mil, manteniéndose la TBN constante o ligeramente decreciente. Aumenta la tasa de crecimiento de la población, que pasa a considerarse alta, y se rejuvenece la estructura por edades de la población.

Etapas III. Sigue disminuyendo la TBN y comienza a reducirse la TBM, por ello se reduce la tasa de crecimiento de la población. Disminuye la mortalidad y aumenta la supervivencia. Se acelera la urbanización. Se producen cambios en la producción. Hay una transformación de los roles familiares porque la familia pequeña se vuelve más funcional como consecuencia de las nuevas estructuras económicas y sociales. Por lo anterior, la tasa de crecimiento se estabiliza y luego disminuye.

En suma, en 1945 Landry incluye la teoría de la transición demográfica en su *Tratado de demografía*; en 1949 Thompson amplía los conocimientos al aplicarla esta teoría al caso de Estados Unidos y en 1953 Notestein plantea la posibilidad de generalizarla, aplicándola a los cambios que se están produciendo en otras poblaciones del mundo (Rodríguez, 2002).

En 1989, Jean Claude Chesnais realizó un estudio sobre la validez de la teoría de la transición demográfica, basándose en las series poblacionales relativas a 67 países entre 1720 y 1984. No obstante, hay autores que aún rebaten el empleo de esta teoría en contextos diferentes a los que la generaron. Opinan que existen diferencias causales en los países subdesarrollados con respecto a los desarrollados que no permiten realizar tal identificación (Barros, 2002).

Recientemente han sido reconocidas nuevas etapas de la transición demográfica (Pinazo, 2012):

Etapas IV. Estabilidad de las TBN y TBN, por lo tanto, la tasa de crecimiento de la población tiende a cero.

Etapas V. La TBN es mayor que la TBN; el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero.

La inclusión de la dinámica de la morbilidad en el análisis demográfico, a través de la *transición epidemiológica* (TE), concepto creado en 1971 por Omran y ampliado por Lerner en 1973, derivado de la teoría de la transición demográfica, sugiere que la transición sea tratada como un proceso continuo en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando como respuesta a cambios más amplios de carácter demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico (García, 1995; Barros, 2002).

La población de personas muy mayores, la de más de 79 años, constituye una proporción relativamente pequeña de la población actual, pero hoy en día es el segmento de población con el crecimiento más rápido. Los países del norte, oeste y sur de Europa tienen las mayores proporciones de personas muy mayores (casi 4.8% de la población total de Suecia), mientras que China tiene el mayor número total de personas muy mayores 10.5 millones (Kinsella & Wan, 2009).

Las poblaciones se hacen proporcionalmente más mayores y las medias de esperanza de vida siguen aumentando en todas las regiones del mundo, aunque las estimaciones para África parecen demasiado optimistas a la vista de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La esperanza de vida del hombre sigue siendo la media 7-8 años más corta que la de la mujer. La diferencia de la esperanza de vida a favor de la mujer puede llegar hasta los 12-13 años en algunos países de la antigua Unión Soviética. La diferencia media en la mayoría de los países desarrollados está entre 5 y 8 años (la media es de 7.4 años). Unos cuantos países en vías de desarrollo tienen esperanzas de vida mayores para los hombres que para las mujeres, pero la media de esperanza de vida a favor de las mujeres en la mayoría de estos países es ligeramente menor a 5 años. Generalmente se prevé que la diferen-

cia entre géneros disminuirá en los países desarrollados y aumentará en los países en vías de desarrollo (Kalache & Lunenfeld, 2002).

Por lo general, en los sexos oscila con una diferencia de 4 años favorable a las mujeres, debido a la mayor exposición por parte de los hombres al riesgo de morir por la mayoría de las causas a lo largo de la vida. Sin embargo, a partir de los 70-80 años de edad se invierte la situación y el número de muertes en mujeres es mucho mayor. En el futuro, un número cada vez mayor de parejas llegará a la tercera edad en etapas discrepantes de la vida. Al haber una proporción mayor de mujeres de mediana edad que trabajan fuera de casa, más hombres se encontrarán con que aunque ellos ya estén a punto de jubilarse, sus esposas todavía estarán muy absorbidas en sus trabajos (Pérez, 2000; Hansen, 2003).

La proporción hombre-mujer se reduce significativamente a medida que aumenta la edad: 55 hombres por cada 100 mujeres entre los octogenarios, 35 hombres por cada 100 mujeres entre los nonagenarios y sólo 26 hombres por cada 100 mujeres entre los centenarios (Pérez, 2000).

Puesto que la mayoría de las mujeres son más jóvenes que sus esposos, esta tendencia aumentará y, cuanto mayor sea la diferencia de edad, más se agudizará el problema.

Otro cambio ha propiciado esta situación. En 1870 no había problemas de jubilación. La mayoría de los hombres morían a partir de los 60 años, cuando todavía estaban trabajando duro, y los que vivían más no podían retirarse porque no había pensiones ni seguridad social (Kinsella & Wan, 2009).

Las sociedades envejecidas o en proceso de serlo están apareciendo por todos los rincones del mundo. Este fenómeno es una expresión clara de la transición demográfica por la que atraviesan las poblaciones de muy diversos países. Así lo demuestran los estudios en Rusia, como parte de la Comunidad Económica Europea (Sidorenko & Zaidi, 2013).

Esta mutación ocurre desde hace varias décadas en los países más desarrollados. De acuerdo con los datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se estima que el número de adultos mayores (es decir, personas de 65 años y más) aumentó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 a 171 millones de personas) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4%) (Francke & colaboradores, 2012).

En 1990, el número de personas de 65 años y más era de 328 millones en todo el mundo. Las proyecciones indican que ese número pasará a ser de 828 millones en el año 2025, lo que representará un crecimiento de más de 250% (Kinsella, 1994; Kinsella & Wan, 2009).

Entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, al pasar de 11 a 22%. En números absolutos este

grupo de edad aumentará de 605 a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2015).

Las consecuencias sociales y económicas de esta transición sobre las proporciones de personas dependientes serán enormes (Kalache & Lunenfeld, 2002).

De la población mayor de 64 años, 79% vivirá en países en vías de desarrollo en el año 2050, en comparación con 59% que había en 2000. Esto se corresponde con el aumento de las cifras absolutas de personas mayores de 64 años, de 418 millones en 2000 a 816 millones en 2025 y a 1460 millones en 2050.

De acuerdo con estas mismas previsiones, una de cada cuatro personas de las zonas más desarrolladas del mundo tendrá más de 65 años en el año 2050, y la proporción en las zonas menos desarrolladas se triplicará hasta alcanzar 15% en el mismo periodo (Pinazo, 2012).

Las perspectivas en cuanto al aumento de las cifras y proporciones de personas de la tercera edad son impresionantes. Entre los años 2000 y 2050, la proporción mundial de personas de más de 65 años se espera que alcance más del doble de la actual: de 6.9 a 16.4%. La proporción de personas muy mayores (aquellas mayores de 79 años) aumentará durante este periodo de 1.9 a 4.2%. La población de personas centenarias en 2050 será 16 veces mayor que en 1998 (2.2 millones frente a 135,000 millones), con la relación hombre-mujer de personas centenarias bajando a aproximadamente 1 por cada 4 (Pinazo, 2012).

La región del sur de África tiene el porcentaje más elevado de habitantes de edad avanzada de todo el continente; en 1997, el grupo de personas de más de 60 años constituía 6.2%, ligeramente por encima de la región del norte de África. Aunque una de las definiciones de tercera edad se basa en la edad oficial de jubilación, en muchos países esta clasificación es incongruente con la vida africana dado que pocas personas trabajan en el sector oficial con pensiones de jubilación adecuadas. Excepto en Sudáfrica y Namibia, donde existen pensiones de jubilación tanto para el sector oficial como para el no oficial, en la mayor parte de África la "jubilación" del trabajo es la etapa en que bien la edad o bien la mala salud hace que sea imposible permanecer activo. En Ghana, la tercera edad se define en relación con la capacidad de trabajar y los atributos sociales de la experiencia y el liderazgo. Por lo tanto, se considera que una persona es mayor cuando él o ella no puede trabajar a causa de la avanzada edad y la pérdida de fuerza física o por su mala salud.

Los porcentajes de población de avanzada edad y de las esperanzas de vida específicas de cada género variarán a lo largo de las próximas décadas tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La relación actual hombre-mujer suele ser más alta entre las personas mayores (aquellas que tienen 65 años o más) de países desarrollados y más baja en países en vías de desarrollo (Kalache & Lunenfeld, 2002).

En los países desarrollados se prevé que el equilibrio será mayor para el año 2025, pero en los países en vías de desarrollo aumentará el desequilibrio, con menos hombres mayores con relación al número de mujeres. Incluso en cada país, la esperanza de vida puede variar considerablemente según sus diferentes regiones. Las estructuras de esperanza de vida para países desarrollados o en vías de desarrollo son ahora bastante diferentes, pero tenderán a parecerse más en el futuro pues la esperanza de vida media aumenta a mayor velocidad en los países en vías de desarrollo.

Aunque las cifras absolutas prevén un incremento de la diferencia total entre géneros, la evolución futura de la diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres es difícil de predecir. No obstante, las diferencias en las esperanzas de vida sí aumentan a medida que aumenta la edad y varían de una región a otra. Para el año 2050, se espera que las mujeres africanas tengan una esperanza de vida 4.3 años superior a la de los hombres; las mujeres en Asia, 4.4 años mayor; las mujeres en Latinoamérica, 5.5 años; las mujeres en Norteamérica, 5.6 años, y las mujeres en Europa, 6.2 años. Parece que a nivel mundial, para el año 2050, las mujeres tendrán una esperanza de vida de 5 años de media mejor que la de los hombres. Las diferencias entre géneros en esperanzas de vida específicas a distintas edades se mantienen iguales en las categorías de los más mayores. A los 65 años hay una ventaja de 3 años para las mujeres y a los 90 años hay una ventaja de 9 meses (Kalache & Lunenfeld, 2002).

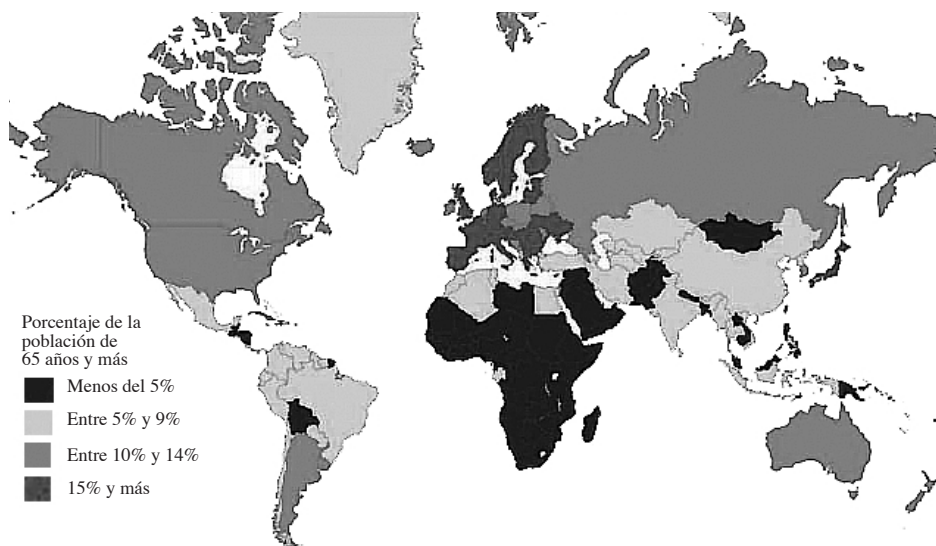
Estas relaciones entre sexos para las personas mayores (65 años y más) y las muy mayores (80 años y más) cambiarán dramáticamente para el año 2025. La relación de hombres mayores respecto de las mujeres aumentará en 8.3 hombres (de 69.7 a 78) por cada 100 mujeres y la de los muy mayores aumentará en 11.5 hombres (de 44.3 a 55.8) por cada 100 mujeres en los países desarrollados entre los años 1998 y 2025. En los países en vías de desarrollo, las previsiones para la relación hombre-mujer en personas de 60 años se calculan en 5.2 hombres menos (de 91.5 a 86.3) por cada 100 mujeres y para los muy mayores en 4.1 hombres menos (de 70.2 a 66.1) por cada 100 mujeres durante el mismo periodo. No se tienen explicaciones precisas para estas diferencias de género y de país en las esperanzas de vida previstas, pero podrían incluir una compleja interacción de aspectos conductuales, biológicos y sociales (Kinsella & Wan, 2009).

Los porcentajes de población de avanzada edad y de las esperanzas de vida específicas de cada género variarán a lo largo de las próximas décadas tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

A pesar de que el número de los “más viejos” es relativamente pequeño, se estima que este segmento aumentará más rápidamente que el total de ancianos durante los próximos decenios, produciendo un efecto de “envejecimiento de los ancianos”. Para el año 2020, la cantidad de personas de 75 años y más se triplicará en muchos países (Kinsella & Wan, 2009; Francke & colaboradores, 2012).

Todo lo anteriormente expuesto se refleja en la Gráfica 1 que muestra la población de 65 años y más en el mapa mundial.

GRÁFICA 1. POBLACIÓN MUNDIAL DE 65 AÑOS Y MÁS



Fuente: Haub (2007).

El envejecimiento demográfico es un proceso irreversible que están atravesando la mayoría de las poblaciones del mundo. Salvo el continente africano y algunas sociedades asiáticas, gran parte de los países se están enfrentando a esta situación.

El ritmo, la velocidad y la intensidad con las que las poblaciones experimentan este proceso tienen relación con las características demográficas y con los fenómenos actuales que afectan sus dinámicas y estructuras. Demográficamente se plantea que toda población tiene la alternativa de crecer o envejecer.

Con el correr de los años noventa del pasado siglo, las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y la mayor esperanza de vida han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población a un nivel de prominencia jamás alcanzado.

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado.

El ser humano ha apostado claramente, desde la noche de los tiempos, por incluir la vida eterna entre los tres deseos concedidos por el mago de la lámpara, y estamos a las puertas de conseguir, al menos, un salto crucial en esa dirección.

Probablemente las reticencias actuales parecerán ridículas dentro de medio siglo. Para entonces, muchos de nosotros seremos los nonagenarios y centenarios, y tendremos una importante deuda con quienes ahora están colonizando ese terreno tan inexplorado de la vida humana, y pagando en sí mismos, como todos los colonizadores, el elevado precio de ser los primeros (Pérez, 2000).

Como se puede apreciar, el envejecimiento demográfico tiene múltiples y complejas ramificaciones de carácter social, económico, político y cultural, al tiempo que implica desafíos y responsabilidades inéditas para la sociedad y los gobiernos. La dinámica del envejecimiento se acelerará en las próximas décadas y provocará que, al llegar al año 2050, los adultos mayores constituyan poco más de la cuarta parte de los residentes de esos países.

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa, en países con transición temprana, se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. En paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.

1.2.1. El envejecimiento en los países en desarrollo

No existe un incremento homogéneo del envejecimiento en los diferentes países. Por ejemplo, en el Caribe 9.1% de la población es mayor de 60 años, en América Latina 6.9%, Asia 7.6% o África 5.9%. De forma diferente ocurre en Europa con 16.8% y América del Norte, 19.1%. Por tanto, como se puede apreciar, hay diferencias importantes también entre el Norte y el Sur (Kinsella, 1994; Kinsella & Wan, 2009).

Las personas de la tercera edad que viven en el sur, y en especial los que viven en América Latina, deben sumar, a la pérdida de la capacidad de adaptación y a las enfermedades que conlleva la vejez, un medio ecológico y socioeconómico hostil al cual deben adaptarse o perecer.

El aumento galopante de la urbanización y la migración interna del campo a la ciudad, de las generaciones más jóvenes en busca de mejores empleos y oportunidades, empeoran el cuadro y hacen que cambien las estructuras tradicionales de la familia y sus posibilidades.

La mayoría de los hombres y mujeres de la tercera edad viven actualmente en países en vías de desarrollo. A medida que la transición demográfica avance en las zonas más pobres, una proporción aún mayor de los hombres y mujeres de la tercera edad vivirán en los países y regiones con menores recursos para hacer frente a sus necesidades.

Evidentemente, un enfoque mundial de la salud de los hombres y mujeres que envejecen no puede olvidar las necesidades sanitarias de las personas mayores que viven en países ricos. No obstante, si este enfoque quiere tener sentido debe centrarse en las perspectivas y necesidades de los hombres y mujeres mayores de las regiones más pobres.

La salud de los hombres y mujeres indígenas al envejecer también debe considerarse como parte de esta perspectiva mundial. Muchos grupos de hombres y mujeres indígenas de avanzada edad están especialmente en desventaja desde el punto de vista de su salud, por razones íntimamente relacionadas con su anterior experiencia como colonia y el racismo que experimentan en la actualidad (Kinsella & Wan, 2009).

Hoy en día, muchos países en desarrollo, especialmente en América Latina, el Caribe y Asia están experimentando cambios similares en la estructura etaria de la población. El Caribe es hoy la región en desarrollo “más vieja” del mundo, pues más de 9% de su población total tiene 60 años y más. América Central y América del Sur tienen una estructura de edad más joven, en la que 6.9% de la población es de 60 años en adelante. En América Latina y el Caribe más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad y 55% de esa población son mujeres (Kinsella & Wan, 2009).

En el contexto latinoamericano, la transición demográfica ha tenido un perfil diferente, más acelerado y heterogéneo. A mediados del siglo XX, se encuentran países con una transición avanzada, como Uruguay, Argentina y Cuba, y otros que han iniciado recientemente el proceso, como Bolivia y Haití. Actualmente, varios países de América Latina y el Caribe están en proceso de transición plena o avanzada, con una esperanza de vida al nacer superior a los 70 años y con tasas de fecundidad cercanas a los tres hijos por mujer.

América Latina se encuentra, a principios del siglo XXI, atravesando una situación que en el corto plazo tiende al envejecimiento demográfico, a pesar de las diferencias de desarrollo del proceso en los distintos países. Cabe señalar que Uruguay es el país latinoamericano más envejecido. Y, si en la comparación incluimos al Caribe, sólo lo supera Cuba (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010).

La transición demográfica, referida con anterioridad, tiene un comportamiento singular en los países en desarrollo, donde goza de mayor celeridad, de ahí que éstos arribarán al envejecimiento poblacional en un lapso de tiempo mucho menor que el que necesitaron los países desarrollados. Ello hace más grave la situación existente en estos países, pues deberán afrontar los cambios que el proceso genera con recursos muy limitados, lo que dificulta el establecimiento de políticas que coadyuven a su control o, en su defecto, a mitigar sus nocivas consecuencias sobre los individuos, la familia, la comunidad y la sociedad.

En los países en desarrollo y menos desarrollados, el envejecimiento poblacional se aproxima a 10% y en las próximas décadas rondará en 20%. No obstante, en estos últimos los problemas de exclusión y pobreza se han incrementado, con lo que se añaden situaciones nuevas a los viejos desafíos en la planeación del desarrollo (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010).

La relación actual hombre-mujer suele ser más alta entre las personas mayores (aquellas que tienen 65 años o más) de países desarrollados y más baja en países en vías de desarrollo. Las proyecciones de población sugieren que las mujeres constituirán la mayoría creciente de la población de más edad en todas las regiones del mundo en desarrollo (Pinazo, 2012).

Las proyecciones de población tanto de las Naciones Unidas como de otras organizaciones expertas a nivel internacional coinciden en mostrar que en los países en desarrollo hay varios procesos de envejecimiento producto de las experiencias diferenciales en etapas tempranas de la transición demográfica. No obstante, en los países en desarrollo, incluso en aquellos países en donde todavía no se han completado las etapas iniciales, ya se observa la presencia de población adulta mayor. En América Latina, los casos de Bolivia y Haití pueden ser un ejemplo de esta situación (Pinazo, 2012).

Se encuentran otros países que experimentan una situación intermedia y que sólo tendrán un par de décadas para abastecer, a través de planes gerontológicos y geriátricos, una creciente demanda de servicios sociales, mayor cantidad de recursos humanos especializados y sensibilizados en la atención a adultos mayores en toda la administración pública y privada. Igualmente necesitarán un gran contingente de empleos para toda la población que les permita construir una vida digna previa a la vejez, fortalecimiento de sistemas de seguridad social, entre otros. Junto a estos mecanismos de protección estructural, es necesario reforzar los sistemas de apoyo informal, las redes sociales, las transferencias familiares, entre otros (Montes de Oca, 2003).

Pese a que la teoría de la transición demográfica ha demostrado ser sólida y generalizadora, todavía no es posible afirmar que explique la transición de los estadios poblacionales de los países en desarrollo; en su defecto, abre interrogantes sobre bajo qué condiciones está alcanzando este grupo de naciones los descensos en las tasas de natalidad y un ritmo de crecimiento total cada vez más moderado (García, 1995).

A pesar de las interrogantes planteadas en torno a la pertinencia de esta teoría para explicar los cambios que se han producido en la dinámica de la mortalidad y la fecundidad en los países con transición tardía, ha sido utilizada con tal finalidad. Su uso en estos últimos ha permitido establecer notables diferencias en los ritmos de crecimientos demográficos, en las intensidades y velocidades de los cambios y en las determinaciones que operan en éstas con relación a los de transición temprana (García, 1995).

América Latina y el Caribe como un todo se encuentran transitando la fase caracterizada por una disminución de la fecundidad, que, si se le comparamos con los países europeos, se ha producido en forma rápida, luego de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo xx, con la tendencia de una tasa de crecimiento descendente.

Para muchos hombres y mujeres, especialmente en países en vías de desarrollo, la tercera edad vendrá acompañada de enfermedades y discapacidades crónicas, como resultado de una vida en la pobreza, con escaso (o ningún) acceso a una asistencia sanitaria adecuada. Muchas personas son “mayores” funcionalmente en la cuarentena o en la cincuentena, lo que pone en duda la pertinencia de las definiciones cronológicas de la vejez. Para las personas mayores de países desarrollados, la importancia de la salud personal se clasifica constantemente al mismo nivel que la de la seguridad material como preocupación prioritaria (Help Age International, 1999).

De forma retrospectiva, podemos citar que en América Latina y el Caribe cobró un especial interés la velocidad con que este proceso se ha presentado. En tal sentido, se dedicaron varios foros entre los que destacó la VI Conferencia Latinoamericana de Población, efectuada en México durante el mes de marzo de 1993, cuyo tema central fue “La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe” (Dueñas, 2001).

En este evento se realizaron grandes aportes al relacionar la transición demográfica con la modernización y con la evolución socioeconómica de la región desde mediados del siglo pasado.

América Latina experimentó apreciables transformaciones sociales y económicas durante la segunda mitad del siglo xx, que han ocurrido de manera diferenciada en los distintos países que integran la región.

En esta región, hasta mediados de la década de 1960, el fuerte decrecimiento de la mortalidad frente a tasas de fecundidad que se mantenían elevadas, produjo altas tasas de crecimiento. Al finalizar el decenio de los setenta comienza a disminuir la tasa de crecimiento de la población, debido principalmente a una baja de la fecundidad. Este fenómeno se extendió a la mayoría de los países y al interior de éstos de una manera gradual y estratificada, comenzando por los sectores de mayor nivel de escolarización de las áreas urbanas hacia los de menor nivel de instrucción de las zonas rurales (Chackiel & Martínez, 1993).

Entre 1980 y 1990 continúa el proceso de transición demográfica en todos los países, aunque se alteran algunos aspectos demográficos: composición de la familia, nupcialidad, movimientos migratorios, como consecuencia del periodo de crisis económica que sacude a la región. La tasa de crecimiento de la población promedio anual para ese periodo fue de 2.1%, este crecimiento relativamente alto (pese al decrecimiento de la mortalidad y la fecundidad) se explica por el potencial de las

cohortes en edad juvenil, cuyos nacimientos ocurrieron en años precedentes de expansión de la natalidad.

En el documento llamado *Pronunciamento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos*, publicado en 1992 por la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Demografía, se plantearon las siguientes cifras: en 1980, existía un total de 23.3 millones de ancianos, lo que representaba 6.5% del total de la población de América Latina; en el año 2000 había 42.2 millones, que representaban 7.9%, y para el año 2025 esta población será de 96.9 millones, que representará 12.8% (Kinsella & Wan, 2009).

La transición histórica de la estructura por edad de la población de América Latina y el Caribe se ha comportado de la manera siguiente: en 1950 la situación general se caracterizaba por un descenso de la mortalidad a las edades más jóvenes, mientras que la fecundidad era todavía alta. Para 1985, todavía estaban aumentando los nacimientos, pero se había reducido la diferencia relativa entre el tamaño de los grupos de edad más jóvenes. Para el año 2020, habrá tantas personas de más de 30 años como las hay de menos de 30 años. Se proyecta que en ese mismo año la población anciana constituirá 12% del total, en comparación con 5.5% que había en 1950 (Kinsella & Wan, 2009).

De manera general se constata la tendencia mundial del envejecimiento, al estimarse un incremento del porcentaje de adultos mayores para 2050, respecto al año base (1950), de un 275%. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones. Entre todas ellas, destaca América Latina y el Caribe, para la que se prevé un aumento de los adultos mayores de alrededor de 407% respecto al año base. Aunque cabe aclarar que este proceso no sólo es heterogéneo interregiones, sino también intrarregiones (Rodríguez, 2002).

Algunos demógrafos afirman la presencia, dentro de un mismo país, de dos transiciones demográficas: aquella que experimentan las clases altas y medias, más escolarizadas y con mayores recursos económicos, que ya finalizan la llamada transición; y aquella que experimentan las clases bajas, aún en las primeras fases de la transición, y que acceden a ella de forma exógena, o sea, por difusión de los adelantos médicos, técnicos o por difusión de los patrones reproductivos de las clases altas y medias.

No obstante, estudiosos de la región han logrado clasificar los países de ésta en cuatro grupos, de acuerdo al estadio en que se encuentran con respecto a la transición demográfica.

En la etapa I, de transición incipiente, clasifica Bolivia y Haití. En la etapa II, de transición moderada, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En la etapa III, en plena transición, aparece la mayoría de los países de América Latina, como México, Costa Rica, Venezuela, Surinam, Colombia, Trinidad y Tobago, Perú,

Brasil y Guyana; finalmente, la etapa IV, de transición avanzada, con países que han tenido baja mortalidad y baja natalidad desde hace tiempo. En este grupo se encuentra Argentina, Uruguay y Cuba y los que recientemente han logrado disminuciones importantes de fecundidad y mortalidad, pero por su relativamente joven población aún tienen tasas de crecimiento altas, como Bahamas, Barbados, Chile, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico (Rodríguez, 2002).

A diferencia de lo sucedido en los países europeos, México, Colombia, Chile y otros países latinoamericanos vivirán un proceso de envejecimiento mucho más acelerado en los años venideros: si en los países europeos la población de 65 años y más pasó de 7 a 14% del total en un proceso que duró alrededor de medio siglo (o más de un siglo en el caso de Francia), en México y en el resto de los países mencionados este proceso se prevé dure apenas entre 20 y 25 años (Kinsella & Wan, 2009).

La población de 60 años y más está aumentando a un 3% respecto a la tasa anual de crecimiento poblacional en comparación con un aumento de 1.9% para la población actual. Esto significa que el equilibrio neto de la población de ancianos de la región aumenta en más de 80 000 personas cada mes. Se calculó que en el año 2000 el aumento neto mundial pasaría de 115 000 personas (Kinsella & Wan, 2009).

La creencia de que el envejecimiento demográfico es preocupación exclusiva de las naciones más desarrolladas se opone a las realidades y previsiones sobre la escala, rapidez y características de este proceso en los países en desarrollo. Si hoy residen alrededor de 248 millones de adultos mayores en esas naciones, se prevé que en el año 2050 su número aumentará a 1,163 millones, lo que implica un tamaño 4.7 veces mayor al original y una proporción tres veces superior (de 5.1 a 15% de la población total).

Según la ONU en los próximos 35 años habrá poco más de 1000 millones de ancianos, de éstos 600 millones serán mujeres y las dos terceras partes vivirán en los países pobres (Kinsella, 1994; Kinsella & Wan, 2009).

En 1950 había igual proporción de ancianos viviendo en países desarrollados que en países en desarrollo. Para el 2000, dos de cada tres ancianos vivían en las zonas menos favorecidas económicamente (Kinsella, 1994; Kinsella & Wan, 2009).

En los próximos 40 años los pronósticos con relación a las tasas de crecimiento esperadas de la población general permitirán asegurar que el porcentaje de la población anciana se duplicará en estos países.

Como consecuencia de los cambios señalados, se ha producido un incremento del envejecimiento de la población latinoamericana, por lo que este proceso, iniciado en los países desarrollados, es ahora un fenómeno del siglo XXI, en tanto afecta a la mayoría de las regiones del planeta, entre las cuales América Latina y el Caribe presentan un cuadro con tendencia al incremento en las próximas décadas.

En América Latina y el Caribe, los ancianos han sido el grupo de población históricamente postergado y el más subestimado en términos de programas de salud e inversiones.

En algunos países en Asia, por ejemplo, la pandemia del VIH/SIDA ha elevado la mortalidad de las generaciones intermedias, propiciando una mayor vulnerabilidad de las personas adultas mayores, quienes en la vejez son los proveedores de cuidados de sus hijos enfermos. La población adulta mayor en condiciones desventajosas llega a experimentar el mayor dolor que pueda tener una persona al perder a su hijo junto con el estigma social del SIDA. En muchos casos, a causa de esta situación, se ven desposeídos al invertir todo su capital en la atención de la enfermedad, los preparativos ante la muerte del hijo y las estrategias de apoyo para sus otros descendientes. En estos contextos, las personas mayores tienen un papel social difícil de ser sustituido por otros agentes debido a la delicadeza de la situación y el desbordamiento gubernamental de esta enfermedad. Igualmente, las personas mayores tienen la responsabilidad familiar y social de volver a cursar etapas del ciclo de vida familiar como la crianza de los nietos, cuando sus oportunidades sociales no les favorecen (Montes de Oca, 2002).

En otras latitudes la transición política, y específicamente la desintegración de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) ha propiciado cambios sustantivos que afectaron la calidad de vida de la población mayor. En algunos países como Ucrania, la hiperinflación, el descenso en la producción y la disminución de las asignaciones presupuestarias para política social han puesto en evidencia la transición de un modelo de Estado centrado en los derechos económicos y sociales de la población a otro que ha permitido el deterioro de los derechos civiles (Montes de Oca, 2003).

Este nuevo orden ha tenido graves repercusiones en la calidad de vida de la población ucraniana al grado de mostrar estadísticamente un descenso en la esperanza de vida y una pérdida real en el monto de la población. La multimorbilidad aumentó con las relacionadas enfermedades de la pobreza entre las personas mayores. El suicidio entre las personas mayores también tuvo un aumento al grado de representar 29% de las muertes registradas entre 1989-1999 (Montes de Oca, 2003).

Para Montes de Oca (2003), este fenómeno histórico y global es uno de los antecedentes cruciales que cuestionan una evolución de la transición demográfica, en tanto representa un descenso continuo de la mortalidad. En Ucrania, aunque se ampliaron los derechos civiles, la población perdió protección social que antes aseguraba el Estado del antiguo orden. Las pensiones de vejez, que otorgaba el Estado, ahora son precariamente distribuidas entre la población rural. Muchos servicios sociales fueron privatizados parcialmente, encareciéndose en consecuencia. La atención a la salud, que era una obligación estatal, se privatizó, siendo accesible sólo para ciertos segmentos sociales privilegiados.

En África, los sistemas tradicionales de bienestar, basados en la familia, se encuentran debilitados frente a la influencia de la urbanización y pobreza. Actualmente existe un gran enfrentamiento entre el estilo de vida de la familia conyugal urbanizada y la familia extensa tradicional. El papel del adulto mayor está transformándose y los ancianos comienzan a ser aislados e indeseables. A ello se añade el modelo de ajuste económico y la expansión del VIH/SIDA, que genera un mayor cuestionamiento sobre el poder amortiguador de la familia en África (Montes de Oca, 2003).

Hoy por hoy, en Irak, la amplia mortalidad de jóvenes y adultos por el conflicto bélico, junto con la emigración de la población, plantea grandes retos a corto plazo sobre el tipo de envejecimiento que se experimentará en ese país. La destrucción de la vivienda por los continuos bombardeos, la agresión mortal hacia niños, mujeres, hombres y ancianos pone en contexto uno de los más difíciles escenarios donde la población es víctima de la barbarie. La destrucción de las familias, el aumento de víctimas sobrevivientes con discapacidades permanentes, la desaparición de miembros de la comunidad y la extinción de instituciones con el antiguo régimen, entre otras cosas, añade elementos de mayor complejidad para la reconstrucción del país. Por un lado, no existía un sistema de apoyo formal en el gobierno de Hussein, pero ahora se han destruido los sistemas de apoyo informal hasta dimensiones inimaginables. Contexto muy peculiar para la formulación de políticas de población, sociales y específicas para los diferentes grupos étnicos (Montes de Oca, 2003).

El siglo xx entró en la historia de la humanidad como el siglo de un aumento sin precedentes en la duración de la vida humana y se espera continúe en el siglo xxi.

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social. Sin embargo, durante el siglo xx asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasaron las barreras cronológicas que el hombre situó como etapa de la vejez, lo cual ha convertido al envejecimiento en reto para las sociedades modernas (Téllez, Mondejo, Montes de Oca & Zada, s.f.).

Para muchos, este fenómeno todavía no es problema del tercer mundo, sino algo sólo competente a países desarrollados. Sin embargo hace más de un decenio se reconoce lo contrario.

La tarea más urgente para los gerontólogos de la región es lograr que se reconozca la importancia del envejecimiento como problema de salud pública que exige acción inmediata.

En general, los resultados de las discusiones mundiales específicamente en los países en desarrollo apuntan sobre la relevancia del quehacer gerontológico. Se han abierto múltiples centros de investigación nacionales en gerontología con la finalidad de indagar más a profundidad los impactos del envejecimiento en situaciones concretas, pero también porque el consenso muestra que las soluciones deben ser

integrales en todo lo que implica la vida humana. Ello obliga también a visualizar las repercusiones generacionales, por grupos sociales, género, clase social, raza/etnia. Implica, a su vez, que hay un reconocimiento sobre la situación heterogénea de los adultos mayores, pero también en que las condiciones estructurales de los diferentes países se generan experiencias colectivas diferentes y procesos de envejecimiento diferenciales. Adicionalmente, es cada vez más clara la distinción entre la visión transversal como longitudinal, en ámbitos materiales como simbólicos, culturales como económicos (Montes de Oca, 2003).

1.2.2. Envejecimiento en México

De acuerdo con datos del censo de 1910, México contaba entonces con una población de 15.2 millones de habitantes (7.5 millones de hombres y 7.7 millones de mujeres) y su estructura por edad era sumamente joven, 42% de la población eran jóvenes menores de 15 años. La proporción de personas mayores a 65 años era solamente 2% del total de la población (Mendoza & Tapia, 2010).

La demografía histórica enseña que posterior al descenso en el número de habitantes de un país debido a la guerra, hay un repunte en la cantidad de población. Al término de la Revolución mexicana la tasa media anual de crecimiento de población en el país pasó de 1.75 a 2.65% entre 1930 y 1940, y continuó con un incremento sostenido hasta la década de 1960 (3.35%, tasa media anual de crecimiento) (Villavicencio, Vega & González, 2011).

En 1930, la esperanza de vida en México para las mujeres era de 35 años y para los hombres, de 33 años. Gracias a los avances tecnológicos, la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo xx, al pasar de los 36 años en 1950 a 74 años en 2000 (Zuñiga & Vega, 2004).

La transición demográfica en México inició en 1930, y se espera que concluya en el año 2050. Se compone de tres fases estrechamente vinculadas con los niveles de mortalidad y fecundidad (Reyes, 2006).

La primera fase se presentó entre 1930 y 1970, caracterizada por la existencia de tasas de mortalidad y fecundidad elevadas. Esta fase se definió como de “despegue y rápido crecimiento” y dio origen a un proceso de rejuvenecimiento demográfico, que se expresó con un ensanchamiento en la base de la pirámide poblacional.

La segunda se registró entre 1970 y 2000. Con la caída de la fecundidad, se inició un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y el desplazamiento de generaciones numerosas hacia las edades centrales (resultado del alto crecimiento demográfico del pasado).

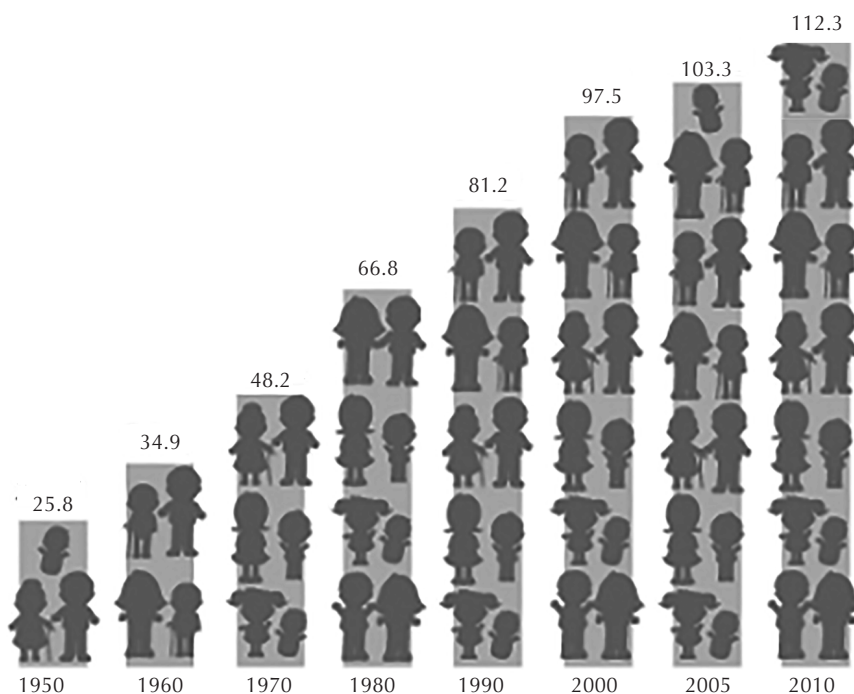
En la tercera, la población de México completará la última fase de la transición demográfica en las décadas venideras, que se caracterizará por una reducción de la

mortalidad y la fecundidad, lo que generará un crecimiento poblacional cada vez más reducido con un perfil envejecido.

Con base en las proyecciones poblacionales realizadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo) (Inegi, 2013), en el año 2006 la población en México se estimó en 107 millones de habitantes. En 2025 crecerá a 124 millones de habitantes y se espera que en 2050, cuando culmine la última fase de la transición demográfica, se establezca en casi 130 millones de habitantes.

En la Gráfica 2 se muestra el número de habitantes de la población mexicana desde 1950 hasta 2010.

GRÁFICA 2. NÚMERO DE HABITANTES EN MÉXICO (1950-2010)



Fuente: Inegi (2013).

Con base en las proyecciones de los indicadores demográficos proporcionados por la Conapo, se analizan las causas que llevarán al envejecimiento poblacional del país, cuando culmine la última fase de la transición demográfica (Zuñiga & Vega, 2004).

En el proceso de envejecimiento poblacional que vive México en la actualidad, si bien es incuestionable el notable aumento de la población adulta mayor, aún hoy

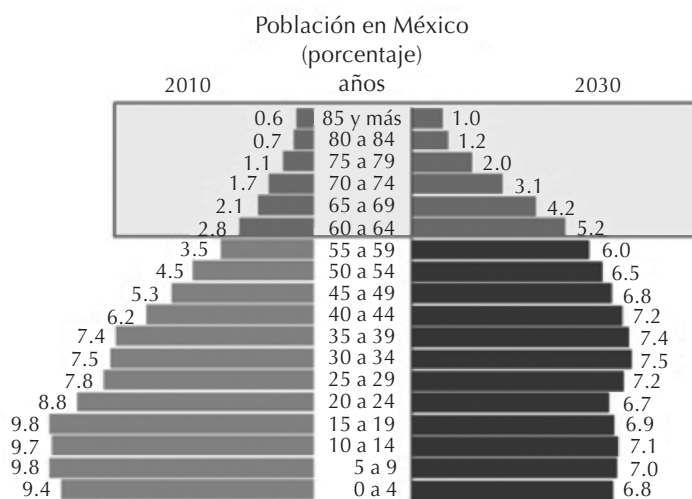
no se puede hablar de una población envejecida, como la que presentan los países europeos (de los cuales España es una muestra), ni de que se encuentre en una etapa más avanzada de dicho proceso, como en la que se ubican Chile y algunos otros países latinoamericanos (Argentina, Uruguay o Cuba), más bien el país se halla en un momento en el que convive una numerosa población juvenil con una creciente población de 65 años y más, lo que genera a su vez la coexistencia de demandas de todo tipo por parte de ambos grupos poblacionales (Villavicencio, Vega & González, 2011).

La estructura por edades en la pirámide poblacional de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta, da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó a una época de alta fecundidad. En el año 2000 se observó una pirámide abultada en el centro que reflejaba el aumento en el número de personas jóvenes y en edad laboral, así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad (Inapam, 2012).

La evolución de la fecundidad y la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las siguientes generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen los 60 años de edad (Inapam, 2012).

Este aspecto se refleja en la Gráfica 3, donde se muestra la población mexicana y su transición desde el año 2010 hasta el año 2030.

GRÁFICA 3. POBLACIÓN EN MÉXICO (2010-2030)



Fuente: Inegi. Censo de Población y Vivienda 2010.
Conapo. Proyecciones de la población en México 2005-20150.

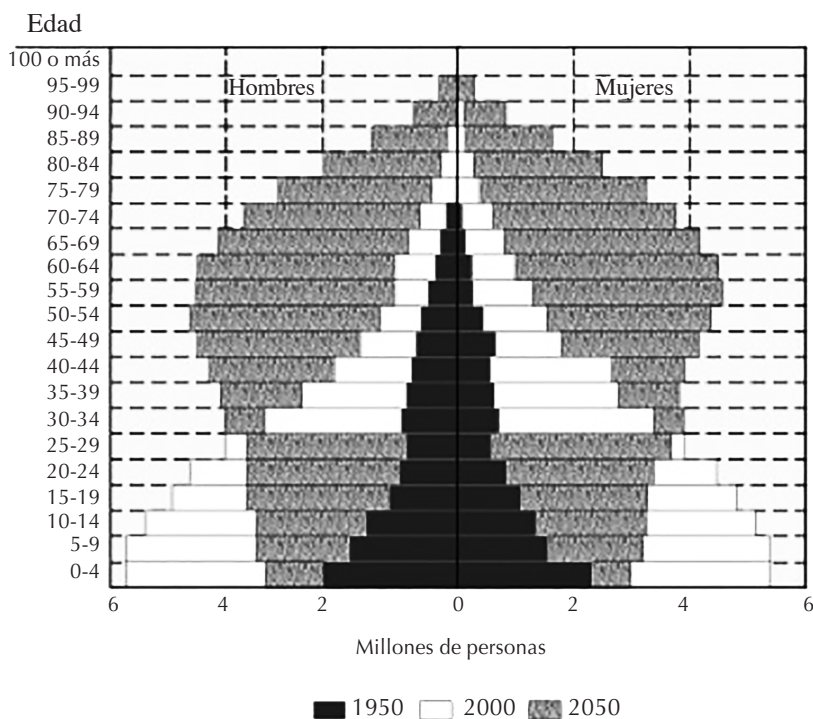
La tasa bruta de mortalidad descendió entre 1990 y 2010, al pasar de 5.21 a 4.57 defunciones por cada mil habitantes, respectivamente. A partir del año 2015 y hasta 2050 esta tasa se incrementará de 4.83 a 10.37 defunciones por cada 10 mil habitantes (Reyes Tépac, 2006).

Como consecuencia de este comportamiento, la tasa de mortalidad infantil descendió, al pasar de 36.17 defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en el año de 1990 a 5.46 defunciones de esta naturaleza que ocurrirán en el año 2050 (Inegi, 2013).

Del análisis de los indicadores demográficos, se observa que el país ha estado transitando simultáneamente en una fase de baja mortalidad, que reduce la mortalidad infantil e incrementa la esperanza de vida al nacer, y de baja fecundidad, que reduce la tasa de natalidad.

El descenso de la tasa bruta de mortalidad (incluyendo la infantil), se traduce en un incremento en la esperanza de vida al nacer, siendo este último factor el que explica el envejecimiento poblacional. El descenso de la tasa de fecundidad y de natalidad explica la reducción de la población joven del país, como se puede observar en la Gráfica 4.

GRÁFICA 4. PIRÁMIDE POBLACIONAL MEXICANA



Fuente: Inegi (2013).

La tasa global de fecundidad descenderá, al pasar de 3.44 a 1.85 hijos nacidos vivos por mujer al final de su vida reproductiva entre los años de 1990 y 2050, respectivamente. Con base en la experiencia mundial, se supone que esta tasa continuará descendiendo. México se caracteriza actualmente por una tasa de natalidad y crecimiento moderada y una tasa bruta de mortalidad muy baja (Zuñiga & Vega, 2004).

Esta baja tasa de mortalidad está asociada a los progresos en materia de salud y su impacto en la supervivencia de las personas.

En 1990 se estimó que una persona vivió en promedio 71.20 años; para el año 2050 se pronostica que una persona vivirá 81.29 años. Además, durante el periodo 1990-2050, la esperanza de vida femenina fue y será mayor que la masculina (Reyes, 2006).

De acuerdo a las previsiones demográficas del Conapo, los años de vida que aún espera vivir una persona al inicio de la vejez aumentará de 18.1 años en la actualidad a 22.5 años en 2050 (Zuñiga & Vega, 2004).

En las proyecciones, la esperanza de vida en México para el año 2000 era de 75.3 años (73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres) y para 2050 será de 83.7 años (82 para los hombres y 85.5 para las mujeres) (Inegi, 2013). Es decir, la vida media de los mexicanos al final del horizonte de la proyección será mayor a la observada en Japón en fechas recientes, que es el país que registra en la actualidad el nivel de mortalidad más bajo del mundo.

En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se reconoció que en México desde hace décadas se ha observado un cambio en la manera de enfermar y morir, predominando en esta transición epidemiológica las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Este panorama está íntimamente asociado con el envejecimiento de la población y el creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Las neumonías y las enfermedades infecciosas continúan dentro de las diez principales causas de defunción. Por otro lado, las muertes debidas a accidentes y envenenamientos están cobrando cada vez más importancia como causa de muerte en este grupo de edad, donde ya ocupan un lugar entre las diez primeras (Secretaría de Salud, 2007).

México se transforma en un país con más viejos que niños. En 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños, este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor del año 2034. La población adulta mayor incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. A mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores, de las cuales más de la mitad tendrá una edad superior a los 70 años (Inapam, 2012).

La población de adultos mayores, de diferentes edades, se incrementará durante el periodo 2006-2050 de la siguiente manera: los de 60 años y más pasarán de 8 millones

340 mil en el 2006 a 36 millones 960 mil en 2050; los de 65 años y más pasarán de 5 millones 730 mil en 2006 a 28 millones 580 mil en 2050, y los de 70 años y más pasarán de 3 millones 690 mil en 2006 a 19 millones 890 mil en 2050 (Inegi, 2013).

Ante la falta de elementos que permitan establecer hipótesis sobre el futuro comportamiento de la migración internacional, el Conapo ha supuesto que las tasas observadas en el pasado reciente permanecerán constantes a lo largo del horizonte de la proyección. Se advierte una clara relación inversa entre la emigración de los mexicanos hacia Estados Unidos y las perspectivas de crecimiento económico de México. Se observa que aun en condiciones económicas óptimas, la propensión a trasladar la residencia a los Estados Unidos se reducirá en menos del 10% (Conapo, 2013).

El cuidado de la vejez en México recae principalmente en la familia y especialmente en las mujeres, pero su capacidad de hacerlo está cambiando. Los efectos de la acelerada transición demográfica se han hecho sentir en la disponibilidad de los recursos familiares de apoyo, al reducirse el número de hijos y sus edades. Factores como la transformación de la familia, la inserción de la mujer en el ámbito laboral y las migraciones contribuyen a afirmar que un número mayor de personas adultas mayores carecerán de estos cuidados (Conapo, 2013).

Según el Conapo (2013), el aumento previsto en la esperanza de vida de la población mexicana (de 75 a 84 años entre 2000 y 2050) contribuirá a ampliar el “tiempo de vida familiar” y convertirá en un acontecimiento usual la interacción de personas emparentadas entre sí, pertenecientes a tres o hasta cuatro generaciones sucesivas.

El cambio en la estructura de la población por edades se traducirá en una serie de desafíos. El incremento de las personas adultas mayores demanda su atención, en aspectos de seguridad social, salud, económicos, laborales y de educación, entre otros. Asimismo, será indispensable crear las condiciones necesarias para evitar el deterioro de la calidad de vida durante la vejez (Inapam, s/f).

Otros muchos ámbitos de la vida cotidiana también se verán alterados. Cambiarán los estilos de vida, los patrones de consumo y las pautas de alimentación; proliferarán las organizaciones y grupos dedicados a proteger y promover el ejercicio de los derechos de los adultos mayores; aumentará de manera significativa la demanda de muy diversos bienes y de algunos servicios especializados; se abrirán numerosas oportunidades laborales para los integrantes de la tercera edad; se alterará la conformación del espacio urbano y surgirán colonias o barrios con grandes concentraciones de ancianos; se modificarán los espacios internos de las viviendas para hacerlos más funcionales a las necesidades de los adultos mayores; se transformarán las características y modalidades del transporte urbano; abundarán las rampas en las esquinas de las calles y se pondrá mayor atención en el equipamiento de nuestras ciudades para facilitar la movilidad de este segmento de la población (Tuirán, 2004; Conapo, 2013).

En la industria manufacturera se requerirán muchas más unidades fabriles orientadas a atender las múltiples necesidades domésticas, nutricionales y de movilidad de los adultos mayores. En los servicios se requerirán más hospitales, más asilos y albergues y más servicios de recreación para ancianos, así como más geriatras y especialistas en la atención de la vejez (Tuirán, 2004).

Los adultos mayores seguramente se organizarán y presionarán para que los nuevos arreglos institucionales reflejen más fielmente las nuevas pautas de demandas y necesidades. La propia recomposición del electorado lo propiciará: si en la actualidad los adultos mayores representan alrededor de 8% de la población en edad de votar, treinta años más tarde su peso relativo ascenderá a más de 17%; y en el año 2050 se elevará a un 30% (Conapo, 2013).

Las agendas del poder ejecutivo y de las cámaras, así como las plataformas de las organizaciones sociales y los partidos, tenderán a adaptarse a esta nueva realidad y en consecuencia, la atención de la vejez adquirirá innegable importancia política.

La presencia numerosa de los adultos mayores en la sociedad mexicana contribuirá a impulsar un cambio cultural dirigido a erradicar discursos peyorativos hacia la vejez, a revalorizar la imagen social de este segmento de la población, a fortalecer la solidaridad intergeneracional y a propiciar que la muerte social no anteceda a la muerte biológica. Pero por otro lado, aumentará el gasto en salud y el gasto en pensión.

El envejecimiento se convertirá en un desafío que tendrán que enfrentar, juntos, sociedad y gobierno. Será necesario incrementar los esfuerzos sociales para prever sus consecuencias y ramificaciones, reconocer los costos y beneficios que acompañan a este proceso, diseñar propuestas legislativas, y desarrollar programas institucionales eficientes. Indudablemente, este asunto merece y debe debatirse con profundidad y amplitud. De las decisiones que se tomen desde hoy dependerá afrontarlo con éxito en el futuro.

En México, la transición ha dado lugar a un aumento en el número de personas adultas mayores, lo que significa uno de los mayores retos que se deberán afrontar. Los cambios en los perfiles demográficos crean exigencias tangibles tanto para las familias como para los sistemas y servicios de salud.

La profundidad de este cambio cultural determinará si en el futuro se será capaz de configurar una nueva ética social y una nueva economía moral del ciclo de vida y de la vejez.

En consecuencia, el envejecimiento y las respuestas sociales que desencadene darán lugar a profundos cambios en nuestra manera de ser y de pensar: hombres y mujeres de todas las edades tendrán que adaptarse a los nuevos ritmos de la vida social, a las cambiantes percepciones del curso de vida y a las normas y expectativas sociales emergentes relacionadas con la edad. También tendrá incidencia en los

arreglos residenciales y domésticos, las relaciones sociales y familiares, así como en las relaciones de género e intergeneracionales.

1.3. Posturas políticas mundiales respecto al envejecimiento

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en sus resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106, recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento a fin de que sirvieran de orientación a las metas del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y que aceleraran la ejecución del Plan (Kinsella, 1994).

La finalidad fundamental de los objetivos mundiales ha sido apoyar la labor que despliegan los países en relación con el envejecimiento de las poblaciones, así como crear un entorno en el que el talento de las personas de edad avanzada encuentre plena expresión, que queden cubiertas sus necesidades de atención y que las distintas sociedades tomen conciencia de lo que a mediano plazo acontecerá en el aspecto sociodemográfico en general.

Los objetivos mundiales propuestos son los siguientes:

Objetivo 1. Apoyo a los países en el establecimiento de objetivos nacionales relativos al envejecimiento.

Objetivo 2. Promoción de apoyo para integrar el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo.

Objetivo 3. Proposición de apoyo a los programas de atención y participación de las personas de edad más avanzada basados en la comunidad.

Objetivo 4. Mejoramiento de las investigaciones sobre envejecimiento entre países, incluida la unificación de la terminología y metodología.

Objetivo 5. Inclusión del tema sobre envejecimiento en celebraciones y reuniones internacionales de importancia.

Objetivo 6. Establecimiento de una red mundial de voluntarios de mayor edad en pro del desarrollo social y económico.

Objetivo 7. Viabilizar una cooperación más estrecha entre las organizaciones no gubernamentales en relación con el envejecimiento.

Objetivo 8. Viabilizar una cooperación más estrecha entre las organizaciones intergubernamentales en relación con el envejecimiento.

La Asociación Internacional de Gerontología (AIG) ha dedicado una parte sustancial de su programa a apoyar varias acciones políticas para hacer frente a los problemas de los ancianos. Buenos ejemplos son los documentos y reportes de la AIG preparados para el apoyo del programa para la vejez patrocinado por las Naciones Unidas, que culminó en la Asamblea Mundial del Envejecimiento que se llevó a cabo en Viena en 1982.

De esa Asamblea derivó el primer Plan de Acción Internacional que guiaría el pensamiento político y científico de un gran número de países asistentes para alcanzar el mayor bienestar posible entre la población adulta mayor. Dicho Plan de Acción motivó la investigación científica especialmente en los países desarrollados a través de la creación de centros de investigación gerontológica y una serie de iniciativas que han ido desde lo legislativo e institucional hasta la dimensión educativa y cultural (Heisel, 1989).

En los países menos desarrollados escasamente se puso en acción dicho compromiso internacional, en parte porque en la década de los ochenta se experimentaban severas crisis económicas. En ese momento, el tema principal en la discusión sobre población y desarrollo era el descenso de la fecundidad y sólo algunos académicos habían pronosticado el inicio del envejecimiento demográfico como un efecto de la caída de la mortalidad y, posteriormente, de la natalidad. Además existía un gran desconocimiento sobre el envejecimiento regional y la situación de los adultos mayores en contextos específicos de menor desarrollo.

Fue muy ilustrativo que, a partir de la documentación resultante de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se realizara una encuesta sobre población a los gobiernos para analizar las políticas estatales y las ideas sobre tendencias demográficas y desarrollo.

De hecho, así se manifestaron 46 de los 52 países en desarrollo que acudieron a la Asamblea. También estuvieron de acuerdo aquellas delegaciones nacionales que representaban países africanos y asiáticos, donde curiosamente aún no se presentaban los porcentajes significativos sobre envejecimiento. A pesar de este discurso en la encuesta internacional, sólo una tercera parte de los gobiernos manifestaron una preocupación por el envejecimiento.

El resto no consideraba relevante esta transformación demográfica ni aludía a las repercusiones sobre el desarrollo nacional. De ello se concluyó que a pesar del Plan Internacional sobre el Envejecimiento no había una recepción integral de la problemática por parte de los funcionarios públicos de los gobiernos. En consecuencia, en esa época no se debatían los efectos económicos y políticos del envejecimiento y se

mostraba una escasa reflexión sobre el vínculo entre los procesos macro demográficos y económicos de estos países (Heisel, 1989).

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, adoptados el 16 de diciembre de 1991, puntualizaron diversas responsabilidades reconocidas por ellos mismos:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrecía.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refería a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencias y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.
9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

Frente a la necesidad de reflexión en esta materia, en la década de los noventa se llevaron a cabo varias conferencias. La Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo, en 1992; la Conferencia sobre Derechos Humanos, en 1993; la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, en 1993; la Conferencia sobre la Mujer, Beijing, 1993, y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 (Arber & Ginn, 1996).

Otra cuestión que también resultó tópico de importación de los países más desarrollados fue lo relacionado con la seguridad social, específicamente la atención a la salud, aun cuando no existían análisis epidemiológicos, ni fuentes de información adecuadas sobre el comportamiento de las personas de edad. Con respecto a las pensiones, se cuestionaba el que la cobertura hacia este segmento social no fuera universal, pero se carecía de mayor información sobre el papel determinante del mercado de trabajo. En ese sentido, la salud y las pensiones fueron los temas más comunes en un momento inicial del estudio sobre envejecimiento en países en vías

de crecimiento, cuando paradójicamente pequeñas proporciones del conjunto de la población mayor llegó a alcanzar estos beneficios.

Una ausencia por demás evidente en todos esos trabajos era la consideración específica hacia las mujeres. Si bien no desde la perspectiva de género, fue notoria la ausencia de un discurso diferencial entre sexos, lo que para algunos analistas fue una gran limitante al desarrollo de los estudios sobre envejecimiento en aquellos años (Arber & Ginn, 1996).

Cuando la Organización de las Naciones Unidas propone asumir a la población adulta mayor de los países en desarrollo como aquella con 60 años y más, la intención implícita fue hacer visible a este segmento de la población en cada país, región y continente. Este criterio cronológico ha sido validado, usado y cuestionado en múltiples discusiones e investigaciones a nivel internacional. Incluso se ha enfatizado la importancia de subdividir esta etapa de la vida para dar énfasis a la situación de los octogenarios y centenarios, así como a la población vieja de menor edad residente en países africanos.

Como complemento a las críticas, y tratando el envejecimiento como un proceso intergeneracional, el año de 1999 fue propuesto como el Año Internacional de las Personas de Edad (International Year of Older Persons). Para dicho acontecimiento se adoptó el lema de “hacia una sociedad para todas las edades” (*towards a society for all ages*), con el cual se buscaba promover el desarrollo individual en todas las etapas de la vida, impulsar las relaciones multigeneracionales, relacionar el envejecimiento de la población con las iniciativas al desarrollo y continuar el estudio y las propuestas para mejorar la situación de las personas de edad. Sin duda, la propuesta del Año Internacional de las Personas de Edad superó una visión transversal del tema y motivó pensar el envejecimiento en términos longitudinales de cohorte y generación (Arber & Ginn, 1996).

El año 2002 marcó el 20° aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Vienna International Plan of Action on Ageing o IPAA), por parte de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Este Plan, posteriormente aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, fue el primer documento con un programa sobre el envejecimiento adoptado por consenso internacional. Su objetivo fue reforzar la capacidad de los gobiernos y de la sociedad civil para responder a las necesidades de las poblaciones que estaban envejeciendo, y al mismo tiempo promover la figura de las personas mayores como recurso vital para todas las sociedades (Kalache & Lunenfeld, 2002).

En abril de 2002, se llevó a cabo en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que buscó evaluar el trabajo realizado en las dos últimas décadas y actualizar el Plan de Acción Internacional. Uno de los objetivos de esta Asamblea fue que los gobiernos de países en desarrollo a escala mundial asumieran compro-

misos que permitieran iniciar, continuar o fortalecer las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales tendientes a mejorar el bienestar de las personas mayores.

Precisamente, en esta Asamblea el gran tema de fondo fue la rapidez con que este fenómeno llegaba a los países en desarrollo y la velocidad de los efectos entre la población en general.

La principal tarea de la Asamblea fue acordar una estrategia que se propuso y discutió en la sesión plenaria. Paralelamente se llevaron a cabo mesas redondas, talleres, jornadas y presentaciones con el fin de crear un espacio interactivo de debate entre gobiernos y sociedad civil, donde bien se podían encontrar discusiones de expertos en envejecimiento, como análisis sobre el compromiso de la iglesia, la iniciativa privada y las organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil con respecto a la población mayor.

La Segunda Asamblea se complementó con dos reuniones científicas, el Foro Valencia (1-4 de abril) y el Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales (5-9 de abril). Los temas y las discusiones buscaron orientar el pensamiento de los especialistas a nivel mundial, tomaron como punto de discusión envejecimiento y pobreza, envejecimiento y políticas de salud, influencia de la vida productiva en el envejecimiento, papel del sector público y privado, perspectivas gerontológicas y geriátricas, cooperación de los sectores público y privado, derechos de los adultos mayores, discriminación de género, envejecimiento rural, relaciones intergeneracionales, vivienda, familia, comunidad y redes sociales, entre otros (Kalache & Lunenfeld, 2002).

Conforme a este espíritu, el entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, instó en la apertura a los 189 países convocados a construir una sociedad apropiada para todas las personas de todas las edades y destacó que, definitivamente, el envejecimiento ya no era sólo un problema del primer mundo. Lo que era de importancia secundaria en el siglo XX lleva camino de convertirse en tema dominante en el siglo XXI. Por su parte, la Infanta Cristina, Embajadora de Buena Voluntad de las Naciones Unidas para esta Asamblea destacó que era un logro de la humanidad que un mayor número de personas alcanzaran a vivir más.

También se hizo énfasis en la participación de las personas de edad en la sociedad, su representación política e inclusión social. Además se insistió en lograr una absoluta solidaridad entre las generaciones; en la protección de las personas de edad frente a los malos tratos y la violencia; en mayor atención a personas de edad en zonas rurales y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, y en la promoción de planes a lo largo de toda la vida para mejorar la salud y el bienestar de este sector.

La Asamblea General de la ONU exhortó a estar alertas ante el rápido envejecimiento, pues esta situación tenía repercusiones en el Estado y la sociedad, incluida

la atención de la salud, los mercados del empleo y el trabajo, las medidas de protección social y el crecimiento económico (Kalache & Lunenfeld, 2002).

En el ámbito internacional se crearon:

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Declaración Internacional de la Vejez sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad.
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad.

Los derechos humanos son inherentes a la calidad del ser humano. Según esta concepción, toda persona debe tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad u otra condición. Las garantías de los derechos humanos se establecen por la normativa que protege a los individuos y los grupos contra las medidas que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad (Huenchuan, 2004, 2009).

En el caso de las personas mayores, interesa resaltar que son titulares de derechos individuales, derechos de primera generación, pero también son titulares de derechos de grupo, derechos de segunda y tercera generaciones, por lo tanto, se requiere que, junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales a fin de lograr envejecer con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismos (Huenchuan, 2004, 2009).

Existen dos fuentes en las que se establecen directamente o por extensión derechos de las personas mayores. La primera se compone por los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados. La segunda proviene de los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y sus organismos especializados (Huenchuan, 2009).

A nivel del sistema de las Naciones Unidas, se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las resoluciones en favor de las personas mayores adoptadas por la Asamblea General, los planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 1982 y 2002, y los instrumentos desarrollados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Recomendación 162 y la Resolución relativa a seguridad social de la Conferencia Internacional de Trabajo, 89a. reunión 5-21 junio, 2001) (Huenchuan, 2004).

A nivel del sistema de la OEA, se encuentran la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales. Así como la Resolución CE130.R19 sobre salud y envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Huenchuan, 2009).

Para la OPS, las cifras y los hechos señalan que la atención de la población de este grupo de personas se hace cada vez más prioritaria. Pero hasta ahora los servicios para los ancianos han sido escasos, ya que prácticamente no existen programas bien estructurados y con los suficientes recursos destinados a apoyarlos. Aun así en estos últimos años afortunadamente se han comenzado a detectar cambios en la actitud de los políticos, administradores, planificadores, médicos, psicólogos y sociólogos para enfrentar de una manera adecuada este problema (Francke & colaboradores, 2012).

Una estrategia muy importante posterior a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento es el trabajo en distintas regiones del mundo. Para ello resulta fundamental la organización de reuniones, seminarios y congresos nacionales e internacionales. En Europa y Norteamérica se llevaron a cabo algunas reuniones sobre envejecimiento. Otros congresos internacionales han incorporado sesiones enteras sobre las diferentes dimensiones demográficas del envejecimiento. Para la International Sociology Association (ISA) también ha sido muy importante el tema (Kalache & Lunenfeld, 2002).

Una segunda reunión, realizada con apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), abordó el tema de la seguridad económica en la vejez, relacionada con la seguridad social y la participación económica en esta etapa. Por último, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó otra reunión con expertos en salud, donde se planteó la necesidad de un mayor avance en geriatría y gerontología (Francke & colaboradores, 2012).

Durante el año 2003 se llevaron a cabo varias reuniones sobre gerontología que respondían a una de las más importantes recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial. La primera fue el Congreso Panamericano de Gerontología, que tuvo como lema “El desafío de envejecer en las Américas”, celebrada en Mar del Plata, Argentina. La percepción sobre el papel de la gerontología en la planeación de políticas públicas fue sumamente importante y considerada por académicos, políticos y organizaciones no gubernamentales (ONG) (Kalache & Lunenfeld, 2002).

La situación de descuido de esta población se ha visto reforzada y hasta justificada por antecedentes históricos y por los valores socioculturales, que reflejan una imagen negativa de la vejez. Esto también se debe a que los valores, los servicios y necesidades se miden en términos de inversión y ganancia económica.

Es de suma importancia señalar que, además de estudiar la progresión de la enfermedad, así como la búsqueda de factores de riesgo, también se debe centrar la atención en otros aspectos de la salud de los ancianos, como la capacidad funcional, puesto que ésta refleja la habilidad de la persona para desarrollar papeles y actividades que forman parte de una vida independiente y productiva, estos aspectos

fueron analizados en la Reunión de Expertos en Salud y Envejecimiento, realizada en 2003 (Cepal, 2003).

Para 2004, el Comité de Investigación sobre Sociología de la Vejez organizó una conferencia entre congresos con el tema “Sociedades envejecidas y sociología de la vejez: retos y posibilidades” (Celade, 2013).

En otras latitudes también se desarrollaron reuniones de diagnóstico y seguimiento. Es el caso de la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico de las Naciones Unidas (UNESCAP), que realizó en Shanghai (China) una reunión que aglutinó a 19 participantes: Australia, Bangladesh, China, Fiji, Hong Kong, Indonesia, India, Irán, Malasia, Mongolia, Pakistán, Guinea, Filipinas, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam, entre otros. Uno de los acuerdos de esta reunión fue compartir las experiencias sobre el envejecimiento y realizar propuestas de política que tomaran en cuenta las dimensiones económicas y sociales. Sin duda esta organización es una de las más importantes dentro de las Naciones Unidas, además de atender situaciones de sociedades envejecidas muy diversas y contrastantes.

Posteriormente, en 2011 se realizó el Congreso Latinoamericano de Gerontología Comunitaria, celebrada en Santiago de Chile, y en 2014 el Congreso Europeo de Gerontología, con sede en Barcelona, España. En este último, llama la atención que fueron invitados como panelistas cuatro países latinoamericanos (Brasil, Argentina, México y Chile). Fueron seleccionados por su volumen de población con 60 años y más, pero también por su experiencia en los planes gerontológicos y las políticas públicas para adultos mayores.

En este tipo de congresos, la participación de la industria farmacéutica ha sido sumamente importante, sobre todo en la parte financiera. Esto pone de manifiesto que el envejecimiento es un terreno de mercado fértil para este tipo de industrias y explica la significativa participación de los médicos y el poder del discurso geriátrico muy ligado al gerontológico.

Se debe recordar que las implicaciones sociales son considerables, debido a que este grupo de personas es considerado como no productivo y que además exige que la sociedad se comprometa para su mantenimiento y supervivencia.

1.3.1. Posturas políticas en los países en desarrollo

Hasta hace poco tiempo en algunos países en vías de desarrollo se comenzó a sistematizar la discusión sobre el envejecimiento de la población, tomando en cuenta el contexto demográfico, la situación económica concreta y las condiciones específicas, políticas y sociales de cada región y país. Para ello fue fundamental el conocimiento de la realidad de cada nación, la captación, sistematización y manejo de fuentes de información recientes, la incorporación de mayor rigor metodológico

y una participación académica continua en debates a niveles nacional e internacional.

No obstante estos esfuerzos, para muchos gobiernos de países en desarrollo, el envejecimiento de la población no ha sido captado como un tema crucial en la agenda vinculada con el desarrollo de las naciones (Heisel, 1989).

Toda persona tiene derecho a la protección especial durante su ancianidad. En tal sentido, los Estados partes que integran la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas.
- Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos.
- Estimular la formación de organizaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos vistos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988).

De hecho, el tema de los adultos mayores cedió importancia ante el rezago social y económico que se ha acumulado históricamente entre las poblaciones. Frente a los pequeños porcentajes de esta población con respecto a la diversidad de otros grupos vulnerables, los políticos de los países en desarrollo colocaron las demandas de las personas mayores al final de una larga lista de peticiones. Como si el criterio cuantitativo fuera el único que pudiera justificar la distribución de justicia social y derechos ciudadanos.

Esta actitud puede interpretarse como una forma de discriminación, aunque en realidad también es parte de la invisibilidad social y política, así como de la ausencia de un diagnóstico social, económico y demográfico de dicho colectivo. En algunos países las propuestas políticas más consolidadas se han concentrado en el alivio de la pobreza con recomendaciones del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, pero lo cierto es que, a pesar de dichos programas, la pobreza estructural y coyuntural sigue aumentando junto a una escandalosa riqueza en pocas familias en los países en desarrollo, y esta problemática poco se había vinculado con el envejecimiento.

En la región latinoamericana, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) ha tenido un papel fundamental al organizar tres reuniones de expertos

sobre redes sociales, seguridad económica y salud. En la primera reunión, desarrollada en diciembre de 2002, se plantearon aspectos claves de naturaleza teórica y metodológica sobre los sistemas de apoyo informal, específicamente por las diferentes modalidades de redes sociales. La reunión mostró la experiencia de varios países y los procesos cuantitativos para el uso de la información estadística, como las técnicas cualitativas para analizar el discurso y las percepciones sobre el significado de los diferentes tipos de ayuda. Varias publicaciones derivaron de estas reuniones (Celade-Cepal, 2004).

Como resultado de las Asambleas Mundiales de Envejecimiento que se desarrollaron en Viena (1982) y en Madrid (2002) y que orientaron la acción en materia de políticas públicas y de acciones de la sociedad civil, surgieron reuniones claves en la materia a nivel regional (en Santiago de Chile en 2003 y en Brasilia en 2007), en las que se establecieron prioridades y objetivos a cumplir para mejorar la calidad de vida en las edades avanzadas. Estas prioridades fueron plasmadas en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Celade-Cepal, 2004).

En el marco de la OEA, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador, se proclamaron las normas de derechos humanos aplicables a la región. La Convención entró en vigencia en 1969, mientras que el Protocolo, casi 20 años más tarde.

Al igual que la Declaración Universal, la Convención Americana sobre Derechos Humanos incluye la edad como “otra condición social” objeto de discriminación que debe ser erradicada. También comprende algunas disposiciones particulares en el artículo 4, sobre derecho a la vida, específicamente la no imposición de la pena de muerte para los mayores de 70 años, y en el artículo 23, sobre derechos políticos, que considera la posibilidad de reglamentar el ejercicio en cargos públicos a partir de determinada edad (Huenchuan, 2009).

No ocurre lo mismo con el Protocolo de San Salvador, que establece medidas específicas dirigidas a las personas mayores tanto en el artículo 9, donde se indica que “toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez”, como en el artículo 17, sobre protección a los ancianos (Huenchuan, 2009).

Al ser un instrumento vinculante, el artículo 17 del Protocolo de San Salvador obligó a los Estados partes a garantizar progresivamente la protección y el disfrute de los derechos básicos (alimentación y atención médica), el derecho al trabajo y la participación en la vejez (Huenchuan, 2004).

La resolución sobre la salud y el envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (2002) instó a los Estados a que “abogaran por la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores”.

En la pirámide jurídica del marco legal existente en los países de la región se pueden encontrar, en un rango intermedio, leyes relacionadas con las personas mayores, que a su vez se pueden agrupar en diferentes categorías de análisis. Esta sección se refiere específicamente a las leyes especiales generales, que constituyen el marco que norma las acciones en materia de envejecimiento a nivel nacional (Huenchuan, 2014). También se han realizado reuniones anuales de carácter gubernamental, dando así seguimiento a los compromisos asumidos en la reunión de Brasilia (Río de Janeiro en septiembre de 2008, Buenos Aires en mayo de 2009 y Santiago de Chile en octubre 2009). Estas acciones dan cuenta de la preocupación e interés por la temática, aunque también de lo mucho que falta por recorrer en este camino (Cela-de-Cepal, 2004).

En los países de la región existe una variedad importante de legislaciones relacionadas con las personas mayores; no obstante, solo en algunos de ellos se han promulgado leyes especiales generales, como por ejemplo en Brasil, Costa Rica, México, Paraguay y El Salvador (Huenchuan, 2014).

En todas las leyes promulgadas se establece el límite cronológico de la vejez, que en general se centra en los 60 años exceptuando Costa Rica, que lo establece en los 65 años. Los objetivos que persiguen estas leyes también varían, aunque se concentran en establecer los derechos de las personas mayores y legislar para asegurar su pleno ejercicio (Costa Rica, México, Paraguay), garantizar una atención integral de las personas mayores (El Salvador), o bien establecer la base jurídica de la política nacional de vejez (Brasil). Asimismo, los instrumentos que se han planteado para lograr dichos objetivos han sido diferentes (Huenchuan, 2014).

Mientras en algunos países se identifican las funciones a desarrollar por algunos ministerios u organismos del Estado (Brasil, Costa Rica y México), en otros se establecen las acciones a realizar en diferentes áreas temáticas como son salud, participación, trabajo y seguridad social, imagen, vivienda y urbanismo, y otras (El Salvador, Paraguay). Importante es recalcar al respecto que, en la mayoría de los casos, se establece que además del Estado, son responsables del bienestar de las personas mayores la sociedad en su conjunto, las familias y ellas mismas (Huenchuan, 2014).

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, mediante su resolución 2010/14, ha instado a los gobiernos y las comisiones regionales a que durante 2012 emprendieran acciones de celebración de los diez años de la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En América Latina y el Caribe, en tanto, a través de acuerdos adoptados por el Comité Especial para América Latina (Cepal) sobre Población y Desarrollo en 2010, los Estados miembros resolvieron la realización de una reunión regional de conmemoración (Cepal, 2012).

En respuesta a este mandato, la Cepal y el gobierno de Costa Rica realizaron la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América

Latina y el Caribe, que se efectuó del 8 al 11 de mayo de 2012 en la ciudad de San José, y cuyo tema central fue “Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad”.

Esta tercera conferencia tuvo por objetivo examinar los logros en la aplicación de los compromisos internacionales contraídos por los países miembros de la Cepal en la Declaración de Brasilia, adoptada en 2007 (Cepal, 2012).

Sirvió también para identificar las acciones claves tendientes a su implementación durante los próximos cinco años, específicamente aquellas que permitieran reforzar las capacidades nacionales para responder a los principales desafíos y temas emergentes con relación a las personas mayores. Permitiendo además acordar la contribución regional que se presentará ante la Comisión de Desarrollo Social en su 51º periodo de sesiones, que se realizó en febrero de 2013.

Las prioridades en materia de políticas públicas de cara al envejecimiento han sido variadas y según la situación de los países, de carácter heterogéneo. Esta situación difiere en relación con las características demográficas de las poblaciones latinoamericanas y en función de la institucionalidad de política pública de las distintas iniciativas y también con relación al nivel de organización de la sociedad civil.

Si bien se han constatado avances en los distintos países en relación con la estrategia regional sobre el envejecimiento de América Latina y el Caribe, aún restan desafíos sustantivos por atender. Los retos pendientes pasan por las distintas áreas prioritarias de políticas en materia de seguridad económica, de salud y de entornos favorables a la población adulta mayor.

Aún se mantienen riesgos de desprotección de los adultos mayores y de pérdida de ingresos en la edad avanzada, cuando las alternativas de inserción en el mercado laboral o los apoyos familiares no resultan satisfactorias.

Se observa también una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgida a partir de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, lo que se traduce en un incremento de los costos y gastos de la atención en salud y en la falta de acceso a los servicios. En materia de entornos también se señala la adecuación tardía de las condiciones físicas y sociales para potenciar el ejercicio de derechos en la vejez.

Frente a estas situaciones se han registrado avances de los Estados que no siempre están garantizados en materia legal y que han quedado, en parte, plasmados en los encuentros que procuran dar seguimiento a los compromisos asumidos en la Declaración de Brasilia (Declaración de Brasilia, 2007).

1.3.1.2. POSTURAS POLÍTICAS EN MÉXICO

En México fueron fundados en 1983 el Consejo Mexicano de Geriatría y la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México. Ambas organizaciones tienen como fin promover una mejor atención para la población anciana, divulgar los conceptos gerontológicos y sensibilizar y tomar conciencia de la problemática del individuo que envejece.

Los grupos autogestivos y filantrópicos, religiosos, políticos, organizaciones no gubernamentales, Club de Leones, Rotarios, asilos, casas de retiro, el voluntariado nacional, entre otros, han llevado a cabo acciones de asistencia social y desarrollo cultural, deportivo, artístico, de promoción a la pequeña producción, así como apoyo emocional y psicológico para este sector de la población.

A partir de ese mismo año, doce países latinoamericanos se comprometieron a realizar una investigación sobre las necesidades de los ancianos, en la que México colaboró y participó en una encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (Sabe) con la población metropolitana de la Ciudad de México.

Los orígenes del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) datan de la década de 1970, cuando se creó el Instituto Nacional de la Senectud (Insen), que por más de dos décadas se encargó de proteger y atender a las personas mayores desde el punto de vista médico-asistencial. En 2002, por decreto presidencial, el Insen pasó a formar parte del sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y modificó su nombre a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen).

El Inapam fue creado en virtud de la Ley Derechos de las Personas Adultas Mayores, en donde se establece que el Instituto es un organismo público descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de 2002, artículo 24) (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2012).

El 25 de junio de 2002 se crea el Inapam, cuyos principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas mayores, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, la asesoría jurídica y las opciones de ocupación.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas tiene varios programas para la asistencia social y cuidado de los adultos mayores y personas jubiladas.

Una de las tareas del Inapam es que el gobierno y la sociedad reconozcan los derechos que tienen las personas adultas mayores para vivir con dignidad; detecta y resuelve problemas, propone y lleva a cabo acciones encaminadas a que la sociedad civil adquiera una verdadera responsabilidad ciudadana de apoyo, cuidado y respeto para las personas adultas mayores (Inapam, 2013).

Con la finalidad de elevar el conocimiento del proceso del envejecimiento y al mismo tiempo desarrollar el cuidado de los ancianos, la Secretaría de Salud propuso la integración del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (Conaen), cuya función principal es elaborar y vigilar el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento (Pronaen).

Además, existen diferentes programas para la atención al envejecimiento en México: Programa de Atención de Salud del Adulto y del Anciano, a cargo de la Secretaría de Salud; el Programa de Atención a la Salud del Adulto Mayor, desarrollado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el Programa de Entrenamiento en Geriátrica, que es responsabilidad del ISSSTE, y el Programa de Atención a la Salud de los Adultos Mayores, que lleva a cabo el Instituto de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En México, los derechos y obligaciones para la atención a las personas adultas mayores están plasmados en las leyes. Existen instrumentos jurídicos importantes que establecen los derechos a favor de las personas de la tercera edad.

Algunos de estos instrumentos son los siguientes. En el ámbito federal: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, el Código Civil y el Código Penal.

Asimismo, se han establecido derechos humanos que deben ser respetados para las personas de la tercera edad. A continuación se citan estos derechos (Inapam, 2013).

DERECHOS HUMANOS DE LA TERCERA EDAD

Derecho a una vida digna. Hacia ese propósito superior debe orientarse la acción del Estado y de los organismos interesados para lograr efectivamente un mejoramiento integral de las condiciones existenciales de este grupo vulnerable.

Para ello, es necesario que el Estado y los organismos privados unifiquen esfuerzos para brindar atención a quienes enfrentan serias dificultades para sobrevivir.

Derecho al respeto social. Así como al Estado se le puede y debe exigir una atención mayor y efectiva por y para el sector de edad avanzada, también la sociedad tiene el deber moral y social de procurar una actitud de respeto a la investidura anciana.

Derecho a la salud. Partiendo de la garantía constitucional que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, podemos entender que el precepto abarca tanto la salud física como la psíquica.

Aun cuando el anciano no sea derechohabiente del IMSS o del ISSSTE), puede solicitar atención médica, a cambio de la cual pagará de acuerdo a sus posibilidades económicas.

Derechos a los alimentos. Los alimentos comprenden vestido, comida, vivienda y asistencia médica en caso de enfermedad. Conjuntamente con el derecho a la salud, el derecho a los alimentos es una prioridad para las personas adultas mayores, que de cumplirse les asegura una vida digna.

De conformidad con el principio de reciprocidad de los alimentos, así como los padres dieron alimentos a sus hijos, los hijos están obligados a darlos a los padres cuando los necesiten.

Derecho a la seguridad social. La seguridad social comprende una serie de prerrogativas que son, entre otras, atención médica, apoyo neuropsiquiátrico; diversas prestaciones por concepto de vejez o cesantía en edad avanzada; apoyo para la rehabilitación física, fondos de retiro, etcétera.

Para ser acreedor a este derecho, es necesario que el anciano haya cotizado y cubierto los requisitos que las leyes establezcan.

Derecho al transporte y a la vialidad. Dentro del grupo de ancianos hay un buen número de ellos que por alguna discapacidad tienen dificultad para transitar por la vía pública, por lo que es necesario, entre otras cosas, la construcción o adecuación de rampas en las banquetas, así como la exclusividad de asientos en el transporte público.

Derecho a la justicia. En los tribunales, órganos y oficinas gubernamentales, debe dárseles una atención y un tratamiento especial. Escucharlos con paciencia en el planteamiento de sus problemas o necesidades.

Las personas mayores de 70 años no podrán ser detenidas por infracciones cometidas al bando de policía y buen gobierno, tampoco durante el trámite de una averiguación previa, ni sujetos a prisión preventiva, cuando se les atribuya un delito cuya pena en su término medio aritmético no exceda de cinco años de prisión.

Este derecho lo perderá cuando, sin causa justificada, no acudiere a la diligencia que haya sido citado.

Derecho de asociación. Este derecho representa un mecanismo legal para que las personas adultas mayores luchen por alcanzar el estatus socioeconómico, cultural y político que merecen; agruparse es la mejor manera de plantear las demandas sociales del sector y obtener buena parte de los beneficios que procuran, de otro modo el aislamiento y la apatía, retardarán o impedirán su consecución.

1.3.1.3. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO

Esta ley fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), el 25 de junio de 2002. Su última reforma se publicó en el DOF el 25 de abril de 2012 (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2012).

Otro aspecto a tomar en consideración es el Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores elaborado por el Inapam (Inapam, 2013), que incluimos a continuación.

Decálogo de los derechos de las personas adultas mayores (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores):

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación (artículo 5º, fracción I).
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial (artículo 5º, fracción II).
3. Derecho a la salud, alimentación y familia (artículo 5º, fracción III).
4. Derecho a la educación (artículo 5º, fracción IV).
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado (artículo 5º, fracción V).
6. Derecho a la asistencia social (artículo 5º, fracción VI).
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en tu comunidad (artículo 5º, fracción VII).
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (artículo 5º, fracción VIII).
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público (artículo 5º, fracción XI).
10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte (artículo 5º, fracción IX).

Más recientemente, el actual Presidente de México, el Sr. Enrique Peña Nieto (2012-2018), amplió el programa de pensión para adultos mayores de 65 años, ajeno a cualquier partido político, que garantiza un ingreso per cápita mensual, válido para todos los adultos mayores que viven en la República Mexicana.

México, consciente del aumento de su población anciana, desde hace algunos años ha venido tomando medidas en función del beneficio de esta población, que, como ya se ha mencionado, aumentará en los próximos años.

Si bien los programas actuales aun no son suficientes, la irrupción de la vejez en nuestra sociedad obligará a continuar tomando medidas y creando leyes en beneficio de esta población.

Capítulo 2

2. Calidad de vida

El término *calidad de vida* tuvo su origen desde la antigüedad. Cuando el hombre comenzó a tomar conciencia de los determinantes de su existencia, se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida, como trabajo, nutrición, ejercicio, recreación y actividad sexual, entre otras, como objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud.

Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales constituyeron los tres estadios en la conformación de una concepción que consideraba que el grado de calidad que alcanzaba la vida de la población, en dependencia de las condiciones de vida y económicas, jugaba un papel trascendental en la determinación de la salud (Quintero, 1996).

Históricamente, la calidad de vida ha estado vinculada a factores económicos y sociales, sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida (González-Celis, 2010).

Como categoría de investigación científica, surge a finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta del siglo xx en los Estados Unidos. Como objeto de estudio científico, es, entonces, muy actual, tanto para las ciencias en general como para la psicología en particular (Laucirica, 2003).

A partir de los años setenta del siglo pasado, el estudio de la calidad de vida, desde una perspectiva biomédica, psicológica y social, comienza a hacerse más sistemático y relevante en el mundo académico.

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el término *calidad de vida* aparece a mediados de la década de los años setenta, con una gran expansión hacia los años ochenta. No obstante, su existencia, encubierta en conceptos como *bienestar*, *salud* y *felicidad*, data de las civilizaciones griegas, romana, egipcia y hebrea (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012; Grau, 1998; Moreno & Ximénez, 1996).

A lo largo de la historia, distintos grupos de investigación han querido conocer y explicar el estado de bienestar de las diferentes poblaciones. En las últimas décadas se ha producido un incremento progresivo de las publicaciones sobre la calidad

de vida como una herramienta de medición de este nivel de bienestar y para la evaluación de los sistemas de salud desde una perspectiva social (Romero-Márquez & Romero-Zepeda, 2010).

La evolución del concepto se ha caracterizado por su continua ampliación, transitando desde la variante condiciones de vida hasta la experiencia (percepción, valoración) de estas condiciones, es decir, el término se ha movido tras un continuo objetivo-subjetivo, que ha traído como consecuencia la elevada complejidad de éste.

La conceptualización de la calidad de vida desde el punto de vista científico ha transitado por diferentes momentos que van desde su identificación con las condiciones de vida (centrada en los aspectos materiales), luego por la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida (enfoque más subjetivo), más adelante por las condiciones objetivas y satisfacción con ellas (enfoque psicosocial), hasta la valoración de ambas dimensiones, mediadas por los valores personales, según se concibe en modelos ecológicos actuales, recorrido por el que transita, además, dentro de la psicología (Díaz, 2008).

Existen disciplinas que se dedican al estudio de las condiciones objetivas de la calidad de vida centradas en indicadores sociales y objetivos, y otras que analizan las percepciones de estas condiciones, entre las que la psicología tiene sus mayores aportes y retos.

Constituye, por tanto, un concepto dinámico, de asociaciones causales diversas y que tiene un carácter multidimensional (San Martín, 1990).

En su aspecto más general, la calidad de vida es una categoría social, económica, psicológica y política que se sustenta en determinado desarrollo económico, cultural, jurídico y ético, así como en un sistema de valores sociales que se acuerdan por consenso (Quintero, 1996).

En el ámbito internacional se reportan múltiples autores que se dedican al estudio de la categoría desde la ciencia psicológica, como Blanco (1985), Barreto & Pascual (1991), López (1993), Moreno & Ximénez (1996), Reimel & Jiménez (2003), Urzúa et al. (2005), Mikulic & Crespi (2003), entre otros.

La propia autora de este libro, desde 1996, ha estado investigando sobre el tema, y puede afirmar que resulta aún insuficiente su estudio, dada la complejidad de la categoría.

Para asumir el estudio de la calidad de vida desde la ciencia psicológica, autores como Prior & De la Poza (1988), Grau (1996, 2003) Moreno & Ximénez (1996), Pelechano (1999) y Yamamoto (2007) declaran diferentes problemáticas que deben enfrentar los investigadores: a) Limitado marco teórico-conceptual de la categoría en la investigación, b) Insuficiencia en la definición de un carácter más estable que transitorio y cambiante de la calidad de vida y c) Dificultades metodológicas e instrumentales para ejecutar la evaluación y diagnóstico de la calidad de vida.

En el plano teórico-conceptual, se reconoce la ausencia de un concepto de *calidad de vida* que se asuma por consenso y se insiste en su diferenciación con otras categorías afines como el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la salud, con las cuales se identifica erróneamente (Fruntratt, 1995; Moreno & Ximénez, 1996; Grau, 1996; López, 1999; Palacios & Castro, 2005).

Por otro lado, se insiste en la tendencia de estudiar la calidad de vida a través de su evaluación interna (es decir, por el propio individuo), en contraposición a la evaluación objetiva o externa (Grau, 1996; Mikulic & Arenas, 2004; Palacios & Castro, 2005; Contreras, 2005; Castro & Reygadas, 2006; Mikulic & Crespi, 2003), y se definen dos grandes líneas de investigación (Gómez & Sabeh, 2001):

1. La que analiza las distintas facetas de la vida (el ocio, la familia, el trabajo, etc.), con las variables sociodemográficas y su incidencia sobre la calidad de vida (Michalos, 1994).
2. La que analiza variables psicológicas y psicosociales (sin asociarlas a las sociodemográficas) y su incidencia sobre la calidad de vida (Costa & López, 1986).

En la actualidad se reconoce la influencia de los aspectos objetivos y subjetivos en la determinación de la calidad de vida y se afirma que, si se mejoran ambos tipos de factores, la calidad de vida será superior tanto en el orden individual como en el social (Díaz, 2008).

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” (González-Celis, 2010).

Así, el concepto de *calidad de vida* ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida (Rojas, 1997).

La calidad de vida ha sido interpretada por algunos como un sentido interno, como un constructo sensible a las influencias antropológicas, sociológicas y psicológicas, o como un producto de la interacción entre la persona y el ambiente.

De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida y, por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (González-Celis, 2010).

Los términos *calidad de vida* y *felicidad* suelen equipararse con frecuencia. Esta conexión viene más o menos implícita en el uso de ambas palabras. La frase “calidad de vida” sugiere que la vida es buena en todos los aspectos, de modo que una vida buena debería ser una vida feliz (González-Celis, 2010).

Se pusieron de moda como lema en distintas discusiones. La *calidad de vida* se contrastaba con la *cantidad de vida* (prolongación de la vida a toda costa). Se comparaba la *felicidad* con la vida “exitosa” (hacerse rico). En el acaloramiento de estos debates no se requería precisión y, ahora que está hecho el trabajo fundamental, surge la necesidad de hallar una mayor precisión. Al intentar promover la calidad de vida y la felicidad, los autores se han preguntado qué es exactamente cada término y cómo se relacionan entre sí (Veenhoven, 2001).

La felicidad es el grado en el que una persona evalúa positivamente la calidad de su vida actual en su conjunto, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva.

Sinónimos de felicidad ha sido “satisfacción vital”, que entraña el mismo significado y se emplea a menudo en lugar de “felicidad”. Una ventaja del término *satisfacción vital* sobre la palabra “felicidad” es que enfatiza el carácter subjetivo del concepto.

Otro sinónimo muy corriente es “bienestar subjetivo”. Aunque esta frase deja claro que es el sujeto quien realiza la apreciación, no está tan claro lo que aprecia. El término también se utiliza para auto-evaluaciones más específicas, como la autoestima y la ansiedad (Veenhoven, 2001).

La calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social con los criterios técnicos determinantes para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado (Quintero, 1996).

Muchos son los problemas que enfrenta el estudio de esta categoría, que incluye el estado de salud de las personas sanas y enfermas, su funcionamiento (estado funcional) físico, psíquico y social para las actividades de la vida diaria, los factores socioeconómicos y medioambientales, la valoración subjetiva y la percepción de bienestar de las personas.

La calidad de vida es un concepto complejo cuya definición resulta difícil. Sin embargo, puede ser descrito, de entrada y *a priori*, como un concepto multidimensional en el que se integran distintos componentes o condiciones cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) o sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas) (Fernández-Ballesteros, 1993).

Tanto desde una perspectiva teórica como empírica, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida son las siguientes: *la salud* (tener una buena salud), *las habilidades funcionales* (valerse por sí mismo), *las condiciones económicas*

(tener una buena pensión y renta), *las relaciones sociales* (mantener relaciones con la familia y los amigos), *la actividad* (mantenerse activo), *los servicios sociales y sanitarios* (tener buenos servicios sociales y sanitarios), *la calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato* (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente), *la satisfacción con la vida* (sentirse satisfecho con la vida) y *las oportunidades culturales y de aprendizaje* (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández-Ballesteros, 1993).

La dimensión objetiva, básicamente, hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa), con relación, por una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, y por otra parte a las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene (González-Celis, 2010).

La calidad de vida va más allá de un adecuado bienestar material, incluye también percepciones de autoestima y la combinación de cuatro deseos cardinales basados en los componentes o indicadores objetivos y subjetivos: autonomía, atención, normalidad, especificidad.

Evolución del término calidad de vida

El concepto *de calidad de vida* ha conllevado un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que han adquirido mayor relevancia.

Andrews y Withey (1974) insistieron en que no sólo se trataba de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo (González-Celis, 2010).

Levi y Anderson (1980) delimitaron el concepto y señalaron que se entendía como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibía cada individuo y cada grupo, así como de felicidad, satisfacción y recompensa. Por tanto, es indudable que el concepto va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas (González-Celis, 2010).

Neugarten definió en 1987 la satisfacción de vida señalando los siguientes cinco componentes (Schalock & Verdugo, 2002):

1. Complacencia de cualquier tipo de actividades de la vida diaria.
2. Consideración significativa de la vida y aceptación de sus responsabilidades.
3. Creencia de éxito en sus principales objetivos de vida.

4. Mantenimiento de una autoimagen positiva.
5. Mantenimiento de actitudes y humor positivos.

La calidad de vida encierra el reconocimiento de que los logros materiales alcanzados por la especie humana en la actualidad, se han obtenido a expensas de elementos como el descanso físico y mental, reparador y creativo; de la recreación y comunicación en la vida familiar de una manera integradora y educativa y de otros componentes que reconfortan y le dan sentido a la vida (Otero, 1998).

Giusti (1991) consideraba a la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permitía al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (González-Celis, 2010).

Edgerton sugirió en 1996 que los factores del entorno de una persona eran menos importantes para generar una sensación de bienestar que los aspectos de temperamento o personalidad del individuo (Schalock & Verdugo, 2002).

Para la Organización Mundial de la Salud:

Calidad de Vida es 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, estándares e intereses. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno (OMS, 1995: 1).

Delgado en 1998 la definió como:

La calidad de vida es el grado de bienestar de la comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas éstas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado (Delgado, 1998: 1).

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presentó en su época Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones

física, social y emocional de los individuos. Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente.

Schalock y Verdugo (2002) propusieron en el año 2000 que la calidad de vida debía incluir los siguientes aspectos: aumentar el bienestar personal; aplicarse a la herencia cultural y étnica del individuo; colaborar para promover un cambio a nivel de persona, programa y comunidad; aumentar el grado de control personal; identificar predictores significativos de una vida de calidad, y evaluar el grado en que los recursos seleccionados mejoran los efectos positivos.

Velarde y Ávila (2002) delimitaron la calidad de vida como un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Schalock y Verdugo (2002) delimitaron la palabra “calidad” como indicador de excelencia o criterios de exquisitez asociados con características humanas y valores positivos. La palabra “vida” indicaba, por su parte, que el concepto concernía a la misma esencia o a aspectos especiales de la existencia humana. Así, el concepto de *calidad de vida* podía ser utilizado como:

- a) Noción sensibilizadora. Proporciona referencia y guía desde la perspectiva del individuo, centrada en las dimensiones centrales de una vida de calidad.
- b) Constructo social. Ofrece un modelo para evaluar las áreas centrales de la calidad de vida.
- c) Tema unificador. Provee una estructura sistemática para aplicar políticas y prácticas orientadas a la calidad de vida (Schalock & Verdugo, 2002).

Socialmente, calidad de vida tiene que ver con la capacidad adquisitiva de cubrir las necesidades básicas, por lo que tiene que ver con seguridad económica, y la calidad de vida dependiente implica el apoyo tanto social como familiar y, por tanto, material (Hansen, 2003).

Schwartzmann puntualizó en 2003 la calidad de vida como un complejo, compuesto por diversos dominios y dimensiones. La delimita como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo lo consideró estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (González-Celis, 2010).

La “felicidad” es indicadora de bienestar subjetivo y éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias (González-Celis, 2010).

El término *calidad de vida* indica que las distintas cosas que consideramos buenas tienden a coincidir. La felicidad forma parte de ésta.

Como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), el concepto *calidad de vida* abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades, y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva, mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

A partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas, se plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida (González-Celis, 2010).

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Serban, 2011).

La relevancia que cobran los aspectos mencionados anteriormente en la determinación de la calidad de vida constituye la justificación de su elección para realizar la investigación. Asumir dicha línea investigativa resalta la valoración personal (vía seleccionada por la autora para estudiar la subjetividad) y exige declarar la concepción que se toma para estudiarla como proceso complejo.

2.1. Dimensiones prototípicas de calidad de vida

Las dimensiones básicas de calidad de vida se definen como un conjunto de factores que componen el bienestar personal. Los indicadores centrales de calidad de vida se definen como percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona (Schalock & Verdugo, 2002).

Tradicionalmente se pensaba que factores objetivos, como la eliminación de la pobreza, podrían incrementar el bienestar personal. Sin embargo, para la población general, la correlación entre ingresos y sensación de bienestar es modesta.

El reconocimiento de este hecho llevó a Campbell, Converse y Rodgers (1976) a indicar que no existen apenas dudas de que el problema central al que ha de hacer frente todo análisis de la calidad de vida percibida atañe a la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos de bienestar (Schalock & Verdugo, 2002).

Se sugiere tres niveles del sistema que afectan a la calidad de vida: el microsistema, o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales, y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona. El mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema. El macrosistema, o los patrones culturales más amplios, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a los valores, creencias y al significado de palabras y conceptos (Schalock & Verdugo, 2002).

La calidad de vida puede ser percibida de muy distintas maneras, dependiendo de la perspectiva con la que se observe, a continuación se presenta la Tabla 2 de Schalock y Verdugo (2002), que muestra como los diferentes investigadores han estudiado el término y qué dimensiones han considerado.

TABLA 2. DIMENSIONES PROTOTÍPICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Investigador	Dimensiones clave
Flanigan (1982)	Bienestar físico y material Relaciones con otras personas Actividades sociales, comunitarias y cívicas Desarrollo y logro personal Ocio
Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997)	Salud física Psicológica Nivel de independencia Relaciones sociales Entorno Espiritualidad, religión, creencias personales
Cummins (1996)	Bienestar material Salud Productividad Intimidad Seguridad Lugar en la comunidad Bienestar emocional

Investigador	Dimensiones clave
Felce (1997)	Bienestar físico Bienestar material Bienestar social Bienestar relativo a la productividad Bienestar emocional Bienestar referido a los derechos o a aspectos cívicos
Schalock (1996, 2000)	Bienestar emocional Relaciones interpersonales Bienestar material Desarrollo personal Bienestar físico Autodeterminación Inclusión social Derechos

Fuente: Schalock & Verdugo (2002).

La Tabla 2 es un resumen de las dimensiones o aspectos más importantes que han englobado el estudio de la calidad de vida. Se considera de gran utilidad, pues se trata de un concepto que debe ser valorado desde la presencia de factores materiales y espirituales imprescindibles para la vida y para facilitar el desarrollo multifacético de la personalidad.

2.2. Modelos teóricos que intentan explicar la calidad de vida

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida. La mayoría de estos modelos consideran la calidad de vida desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores. Sólo algunos de estos modelos han intentado ser aplicados en el campo de la gerontología.

Como aparece en el libro de Yanguas (2006), a continuación se mencionan los modelos que se han utilizado.

Modelo ecológico de Lawton en 1973. Se trata de una de las más fructíferas aportaciones, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y

valoración multidimensional con base en criterios intrapersonales y sionormativos del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global (Yanguas, 2006).

Modelos comportamentales de Reig en 1981. La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental, defendiendo que depende no sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida (Yanguas, 2006).

La calidad de vida, desde este posicionamiento comportamental, pasa a ser las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social serán importantes aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad.

Modelo de desempeño de rol de Bigelow, Brodsky, Stewart & Olsen, en 1982. En contraste con enfoques anteriores, el modelo de desempeño de rol de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. El ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, se aumentó la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales (Yanguas, 2006).

En este sentido, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto. Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales.

Modelos de bienestar de Diener, Suh, Lucas & Smith, en 1999. La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad. La personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de vida (Yanguas, 2006).

La calidad de vida incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos. El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos. Se incorpora la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él (Yanguas, 2006).

Los sistemas de puntuación de calidad de vida existentes no son adecuados a la diversidad cultural o no reflejan el hecho de que varios aspectos de la vida no tienen la misma importancia para todos, porque dando igual peso a los diferentes aspectos de la vida se asume implícitamente que todos ellos tienen el mismo valor (Yanguas, 2006).

En tanto la gente difiera en sus valores y preferencias individuales, las condiciones objetivas de aspectos concretos de la vida también afectarán su calidad de vida subjetiva de diferentes maneras. Sin una valoración de la importancia que un ámbito específico de la vida o una parte de él supone para el paciente, será imposible explicar por qué individuos que viven en condiciones totalmente distintas expresan el mismo grado de satisfacción (Yanguas, 2006).

Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes. A partir de investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas (Yanguas, 2006).

En los modelos anteriormente descritos de calidad de vida se ha subestimado la dinámica y los factores que influyen en este proceso de valoración subjetiva del sujeto sobre sus condiciones de vida objetivas.

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida de Angermeyer & Killian, en 2000. El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente

sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso (Yanguas, 2006).

Según los autores del modelo, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal (Yanguas, 2006).

La investigación sobre calidad de vida encuentra que la mayoría de las personas poseen una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas (por lo menos a largo plazo) incluso ante circunstancias ambientales constantemente cambiantes (Angermeyer & Killian, 2000).

El marco de investigación más habitual ha sido intentar explicar cuáles son las variables más relacionadas y en qué grado con el componente de bienestar psicológico de la calidad de vida.

Modelo de la homeostasis de la calidad de vida. Otro modelo teórico es el propuesto por Cummins en el año 2000, la homeostasis de la calidad de vida subjetiva.

Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundarios. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno (Yanguas, 2006).

La propuesta del autor es que el determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya en la dotación genética de la personalidad. Tiene dos roles, crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de personalidad (extroversión y neuroticismo) que actúan estableciendo la valencia del esquema cognitivo que asiste a cada auto creencia, a la vez que mantiene la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. Numerosos estudios han demostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo (Yanguas, 2006).

Al final de este proceso se considera que la calidad de vida subjetiva es el producto que refleja tanto los afectos como la cognición y que es relativamente estable a través del tiempo tanto para las personas como para las muestras de población.

2.2.1. La calidad de vida desde la bioética.

Conceptualizaciones generales

Los antecedentes en cuanto a la importancia del actuar ético, se remontan a los albores de la medicina hace veintiséis siglos, pero se ha hecho presente en los últimos decenios una disciplina que permite un análisis más sistemático y organizado de la labor en la relación médico-paciente, en la toma de decisiones, en abordar los dilemas que se nos presentan en la práctica clínica, la bioética (Hernández, 2014).

El término *bioética* (*bio* y *ética*) se refiere a la aplicación de la ética a las ciencias de la vida (RAE, 2014).

Existen unos principios suficientemente fundamentados por la bioética que, sin duda, forman parte de la compleja comprensión del concepto calidad de vida. Hoy se ha podido determinar y aplicar unas reglas deontológicas básicas en el ámbito de las ciencias de la vida, según cuatro principios bioéticos (Romero, 2009) que se mencionan a continuación.

Justicia. En los estudios desarrollados por la axiología, se asume como un valor. La Bioética ha dado, no sólo a este valor sino también a los demás principios, un sentido y significado explícitos que hoy permiten implementar procesos de valoración y de medición de este principio de justicia, a través de cuestionarios e instrumentos diseñados por esta disciplina. La justicia se interpreta desde la comprensión del valor de la equidad. En el campo de la salud, la justicia, por lo tanto, permite que se trate de forma honesta y justa a los enfermos y a su entorno (Romero, 2009).

Beneficencia o benevolencia. Su comprensión y aplicación permite hacer el bien, así como vigilar la salud de las personas. Sin embargo, aún existen diversas interrogantes por resolver como, por ejemplo: ¿Hasta dónde hay beneficencia en la toma de una decisión al final de la vida, por parte de un médico o de un sustituto? (Romero, 2009).

No maleficencia. La aplicación de este principio permite evitar el mal, los perjuicios innecesarios y los riesgos excesivos. France Quéré, en su obra *La ética y la vida*, realiza un planteamiento que permite comprender mejor la pertinencia e importancia del principio de la no maleficencia. Aun en los tiempos en que este arte (la medicina) sólo fundaba su gloria en la abnegación de los médicos, su más vieja máxima recomendaba no dañar: *primum non nocere*. Consejo conmovedor por su modestia y lastrado de experiencias y de temores doblemente fundados: ¡a tal punto es más fácil estropear que reparar! Matar a un hombre está al alcance de cualquier bruto ignorante, pero curarlo, supone un largo aprendizaje (Romero, 2009).

La aplicación de la no maleficencia contribuye al bienestar del paciente y lo acerca a la calidad de vida, pero no siempre se la asegura, ya que se encuentra íntimamente ligada a la cotidianidad de cada ser humano (Romero, 2009).

Autonomía. Para que se pueda experimentar es necesario respetar los intereses, las preferencias y la capacidad de decisión de los sujetos. Al poseer autonomía, porque el sujeto ha comprendido su derecho y porque la sociedad se lo ha permitido (Romero, 2009).

La calidad de vida no es un valor ni un principio, pero los comprende, exige de ellos una dinámica interactuante, dialógica y complementaria. Cuando falta un valor y principio, la calidad de vida se afecta (Romero, 2009).

A la luz de los principios que se establecen en la bioética, muy relacionados con la tradición hipocrática, pero enriquecidas por las necesidades actuales en pro del paciente, se analiza el criterio de calidad de vida, que abarca no sólo el ámbito sanitario-hospitalario, sino que tiene además un sentido ecológico. Es importante resaltar el verdadero significado de este criterio, su valor extraordinario cuando se sea capaz de asumirlo desde una óptica de profundo respeto a la vida humana. No se puede hablar de protección a la vida humana sin abordar el problema de las condiciones ambientales de vida, tanto en cuanto a la preservación y supervivencia de la humanidad como en cuanto a la promoción de la salud y de la calidad de vida.

El elevado concepto de la humanización en la medicina hace sentir la necesidad de profundizar en que el diario desempeño esté caracterizado por la apreciación de que ese ser humano a quien va dedicada la labor médica merece no sólo que sean excelentes científicos, sino además médicos virtuosos (Hernández, 2014).

2.2.2. Concepto utilitarista de calidad de vida

Los principios utilitaristas promovidos por Jeremy Bentham (1784-1832) afirman que se debe promover el placer, el bien o la felicidad y evitar el dolor, el mal, la desdicha. Bentham plantea procurar la mayor felicidad para el mayor número de hombres, es decir, maximizar la felicidad. Se puede calificar de ética hedonista. El hedonismo propuesto por los utilitaristas equipara las experiencias gozosas o agradables con lo intrínsecamente bueno y el dolor o los sufrimientos con lo intrínsecamente malo (Puyol, 2014).

Una de las concepciones de la equidad en la sanidad más extendida entre los teóricos de la salud comprometidos con el estado del bienestar es la que se deriva de la teoría ético-política del utilitarismo. El utilitarismo parte de la idea de que el bien social equivale a la maximización de la suma del bienestar de los individuos. Apli-

cado a la salud, el criterio supone que la justicia de las políticas sanitarias consiste en la maximización de la suma de los estados de salud de los individuos. Para el utilitarismo, el sistema sanitario justo es aquel que consigue aumentar al máximo la salud sumada de todos los ciudadanos (Puyol, 2014).

Si se desea maximizar la salud, el utilitarista debe plantearse qué hemos de entender por salud. La forma más habitual de concebirla y, por tanto, de medirla y así establecer comparaciones interpersonales de salud es a través de la mortalidad. Al fin y al cabo, promover la salud parece tener su colofón en el hecho de salvar vidas. Así, resulta preferible salvar más vidas que menos, aunque eso signifique aceptar que hay vidas que no podemos salvar, dados unos recursos escasos. Si hay que escoger, por ejemplo, entre salvar la vida de un niño o la de un anciano, pocos dudarían que la elección menos reprobable sea salvar primero al niño.

Sin embargo, recientemente se ha introducido otro factor a tener en cuenta en la definición de salud. Se dice que no sólo disfrutamos de salud cuando permanecemos vivos, sino cuando tenemos calidad de vida. De hecho, a menudo, es cierto que se prefiere perder expectativas de vida a cambio de ganar una mayor calidad en la vida que nos queda. Por lo que necesitaríamos un criterio que incorpore ambos valores y que refleje el hecho de que la mayoría de la gente está dispuesta a sacrificar algo de calidad de vida con el fin de obtener una mayor expectativa de vida, y viceversa.

El utilitarismo en general invoca la calidad de vida en términos de actividades gozosas que un individuo podría realizar en comparación con el dolor y el sufrimiento que tendría si continuara viviendo. También, valorando los costos relativos y los beneficios para otras personas (familia), concluyen que los elementos satisfactorios de la continuación de la vida son superados por los sufrimientos y cargas, de manera que la muerte sería por cariño, lo cual es moralmente permisible y aun obligatorio (Hernández, 2014).

Se establecería una norma de calidad de vida donde se establece que se preserve la vida del paciente si espera que sea una vida con significado. No habría así dificultad ética en terminar con esa vida, lo cual en definitiva se decidirá por el cálculo utilitario de las necesidades de todos aquellos afectados por tal situación (Hernández, 2014).

2.2.3. Concepto personalista de calidad de vida

De acuerdo con Thomas (2001), la concepción personalista es la que se ha empleado en la profesión médica desde Hipócrates, la cual he tenido como fundamento el respeto a la vida y a la dignidad de la persona, y por ende a sus derechos. La persona se comprende como un ser esencialmente superior a todo lo demás que apa-

rece en nuestro universo. Posee interioridad, capacidad de reflexión y, por ello, de autodeterminación, de dominio de sí. Su “yo” es singular, insustituible e intransferible. Nadie puede decir yo en su lugar y nunca puede ser tratada como medio sino como fin.

Los seres humanos tienen una idéntica y permanente dignidad, que se deriva del hecho natural de que son personas verdaderamente. Si no se admitiese la dignidad del hombre y el valor de cada vida desde su comienzo hasta la muerte natural, no habría una línea racional a través de la cual se pueda defender al enfermo en situación terminal (Laucirica, 2003).

Acorde con Laucirica (2003), se enumeran cinco valores que fundamentan la ética de la atención al enfermo:

- La dignidad de la persona y de su vida.
- El bien personal de la salud.
- El principio terapéutico de beneficencia.
- La libertad/responsabilidad del enfermo y del médico o principio de autonomía.
- La solidaridad social o principio de justicia.

La concepción personalista de la calidad de vida implica considerar a la persona humana en su dimensión corporal y espiritual y no prescindir de los deberes y derechos que le pertenecen.

El equipo médico debe esforzarse para otorgar los cuidados y terapias que dentro de sus posibilidades consigan un mayor beneficio, teniendo en cuenta la propia valoración del interesado. Así también el estado, la sociedad, deben facilitar medios para lograr una Calidad de Vida satisfactoria (principios de sociabilidad y subsidiariedad). Por otro lado, la persona tiene el deber de buscar una adecuada Calidad de Vida porque es un valor que ayuda a la consecución de otros importantes objetivos: trabajo, promoción de la familia y la sociedad (Sgreccia, 1998, Gracia, 1995, & Vega, y Castilla, 1994).

Para que exista una conducta adecuada hay que tener presente que el valor fundamental es la vida. La estimación de un nivel óptimo de calidad de vida depende tanto de las circunstancias personales y sociales, así como también del tipo y calidad de la atención que se puede otorgar. Es recurrente escuchar la expresión “tal paciente tiene una mala calidad de vida”, pero se está haciendo una comparación con otros y no es adecuado. El problema es luchar y otorgarle la calidad de vida que le corresponda según su estado, sea un enfermo terminal, un moribundo o un paciente con catarro. El objetivo no es limitar, comparando unas vidas con otras, sino proteger y mejorar la vida individual en todo lo posible (Laucirica, 2003).

Por esta vía de profundo respeto a la vida, es que la búsqueda de calidad de vida se considera éticamente válida y positiva, siendo un criterio auxiliar y complementario, bajo la óptica de humanización de la medicina que la ha caracterizado. Recordando siempre el principio terapéutico de primero curar y si no es posible, al menos aliviar y siempre consolar.

Ante situaciones en las que parece que la medicina ha fracasado, puede darse cierto abandono del paciente y en ocasiones los tratamientos y cuidados pueden ser insuficientes. Esto explica la insistencia en los momentos actuales de desarrollar la medicina paliativa, que con profundo sentido solidario, ofrece la posibilidad de un actuar más sistemático, científico y humano en la etapa final, de manera que se pueda hablar de lo que es verdaderamente “muerte digna” (Iceta, 1997; Rodríguez, Gómez, & Fernández-Crehuet, 2000; Pastor, & León, 1997).

La concepción personalista de la calidad de vida es la que más se ajusta a las concepciones actuales sobre el envejecimiento. La vida de las personas debe ser respetada en todas circunstancias y ante todo momento.

2.2.4. Ética, envejecimiento y calidad de vida

La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa ‘carácter’. Una sentencia ética es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc., en lo referente a una acción o a una decisión (Ábrego, 2011).

Cuando alguien aplica una sentencia ética sobre una persona, está realizando un juicio moral. La ética, pues, estudia la moral y determina no sólo cómo deben actuar los miembros de una sociedad desde el punto de vista jurídico, sino que promueve una autorregulación.

Respecto a los autores fundamentales en el estudio de la ética, no puede obviarse al alemán Immanuel Kant, quien reflexionó acerca de cómo organizar las libertades humanas y los límites morales. Otros autores que analizaron los principios éticos fueron Aristóteles, Baruch Spinoza, Jean-Paul Sartre, Michel Foucault, Friedrich Nietzsche y Albert Camus (Ábrego, 2011).

Desde la “edad antigua” existieron numerosos y diversificados mitos acerca de la longevidad, que se pueden agrupar en tres grupos, el primer grupo de mitos se refiere a un tiempo privilegiado, que existió antaño, en el que los humanos eran extraordinariamente longevos. El texto del Génesis hace eco a estas creencias populares cuando evoca la larga duración de los patriarcas antediluvianos (Lozano, 2008).

El segundo grupo se refiere también a un lugar privilegiado, donde se viven muchos años sin los achaques y las miserias de la vejez. Por último, y el más abordado,

es el mito de la eterna juventud, expresado en el mito de una fuente cuyas aguas tendrían la propiedad de dar o perpetuar la juventud (Lozano, 2008).

Estos tres grupos de mitos expresan la misma aspiración ante el espectáculo de la vejez. La aspiración hacia una larga vida no es de épocas ni de culturas, es una aspiración humana. La vejez refleja la imagen viviente de la brevedad de la existencia; es inevitable que inquiete y lleve a la reflexión (Lozano, 2008).

En su República, Platón (427-347 a. C.) adopta respecto de la ancianidad una postura de máximo respeto por las vivencias de la misma.

La longevidad en relación con la eterna juventud aspira a que la existencia humana estuviera exenta de la miseria de la vejez. El mito de Titón es muy atractivo e ilustrativo: A fuerza de insistir, la diosa Eos, diosa de la Aurora, logra obtener de Zeus que le conceda el don de la inmortalidad a su esposo Titón. Desgraciadamente, con la euforia de una duración sin fin, Eos omitió solicitar a Zeus que también le otorgara a su esposo el don de la eterna juventud. Con el tiempo, Titón se hizo más y más decrepito, llevando las miserias de su existencia y sin poder esperar la liberación de su muerte, mientras Eos permanecía siempre joven; otro relato cuenta la transformación de Titón en cigarra, cuyo sonido estridente que emite el macho de este insecto, evoca la voz de una persona demente (Lozano, 2008).

Actualmente, en la mentalidad popular se considera que en el pasado muchos de los viejos contaban con el respeto de la comunidad y se les atribuía un cierto prestigio, conocimientos y experiencia; sin embargo, también existen ejemplos de viejos despreciados, ridiculizados y tratados con dureza frecuentemente por sus hijos (Lozano, 2008).

En la antigua Roma, el teatro de Plauto presenta a los viejos muy lejos de los magníficos ancianos, de “barba florida” de la mitología. En esta obra están representados como viejos ingenuos de los que se burlan los jóvenes, ridiculizándolos sobre todo cuando se les ocurre enamorarse. Moliere conservó esta tradición, los viejos en sus textos no son respetados, hay decrepitud de gestos, debilidad, enfermedades y dependencias, entre otros “atributos” (Lozano, 2008).

La mentalidad popular en relación con los ancianos era similar, se les podría respetar, pero sin desear hacerse uno mismo viejo; por ejemplo, el tema de algunas obras teatrales donde representan la acción destructora del tiempo que envejece a nuestros padres, a nuestros reyes y que también a nosotros envejecerá, a menos que nos lleve antes la muerte (Lozano, 2008).

En el pasado, se reconocían papeles sociales para los viejos y por supuesto tenían un sitio en la sociedad, pero dichos roles y posición social se perdieron o reconfiguraron con el paso del tiempo a causa de los cambios sociales en el ámbito global; sin embargo, ni la reconstrucción de los viejos roles ni las nuevas ideas sobre la vejez han sido suficientes para la construcción de un nuevo sitio social para un número

mayor de viejos en el mundo. Y el debate debería centrarse en una mirada sobre su inclusión social. ¿Cuál es el sitio social que se ofrece a cada vez mayor número de viejos, de los cuales una mayoría lo harán en calidad de dependientes, y que al mismo tiempo ese sitio sea digno en su calidad de miembros de la humanidad?

A pesar de que el proceso del envejecimiento es una experiencia universal, que ocurre en todas las formas de vida y en todos los tiempos, el mismo ha sido estereotipado.

Estas ideas preconcebidas y prejuicios establecen una distancia entre las generaciones, de donde emanan a su vez una serie de problemas que van afectando así la posición que los viejos ocupan en nuestra sociedad. De todos los estereotipos, el más dramático o al menos el que produce mayor cantidad de consecuencias en el anciano es el de: anciano es igual a enfermo, por tanto sujeto incapacitado.

La vejez hoy en día es vista como una categoría independiente del resto de la sociedad, separada, con características propias, aunque resulta obvio que los ancianos compartan características comunes, la diferenciación en el caso de los ancianos supone mayor separación del resto de los demás grupos sociales: niños, adultos, trabajadores de industria, funcionarios (Fernández, 1998).

Los gerontólogos han acuñado el término *edadismo* para referirse a la tercera edad, que consiste en considerar a las personas mayores como diferentes a las demás en sus opiniones, afectos, necesidades, etc. Con frecuencia, las personas mayores son víctimas de ideas preconcebidas o estereotipos sobre cómo deben actuar o reaccionar. Suscita reacciones negativas y no resulta sólo una variable descriptiva de la condición personal del sujeto (Moragas, 1998).

Existe una palabra clave, expresada por filósofos, juristas y bioéticos: es la palabra *dignidad*. El término aparece en el título de la Convención de Estrasburgo “convención de los derechos del hombre y la dignidad del ser humano”, y en el preámbulo de la misma está repetida al menos tres veces, de manera que parece lícito elevarla al papel de único, posible y auténtico fundamento de una bioética europea (Orozco, 2003).

El núcleo central del racionamiento ético deriva, entonces, del hecho de que el adulto mayor es la persona real y concreta, en virtud de su dignidad y estructura antológica, la que define el ámbito de deber moral para las otras personas. En otras palabras, no es ni el deber, ni la ley por la ley, ni la utilidad por la utilidad, etc., como afirman algunas corrientes éticas actualmente relevantes, lo que define el contenido de la obligación moral, sino que este viene dado básicamente por el respecto a la persona y su dignidad. Pero este reconocimiento de la dignidad de la persona debe expresarse en actos concretos que afirmen a la persona misma, sujeto antológico de esa dignidad (Taboada, 2008).

Las definiciones categóricas de viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no son ni claras ni universalmente aplicables. *Viejo* es un término específico de cada

persona, cultura, país y género. Las definiciones pueden variar entre ambos sexos a medida que los acontecimientos de la vida contribuyen a las transiciones del envejecimiento, por ejemplo, la jubilación del trabajo. Una definición cronológica de tercera edad o de persona mayor se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada (Kalache & Lunenfeld, 2002).

Tradicionalmente, el adulto mayor que se ha entendido como un nomen dignitatis. Una persona no es un ente como cualquier otro. No es un objeto neutro, cuyo contacto nos deje por así decirlo, indiferente. Parece existir una intuición básica que nos lleva a captar que la persona esta revestida de un cierto valor, hay algo que la saca de la neutralidad y la eleva a una categoría de importancia. Sin necesidad de un complejo razonamiento deductivo, de un modo que podríamos llamar “directo”, captamos que el adulto mayor representa un bien en si misma (bien objetivo). Ella posee una cierta preciosidad intrínseca, una importancia positiva o sencillamente un valor. Es precisamente ese valor, exclusivamente de la persona humana, lo que denominamos dignidad. El uso habitual del lenguaje parece reservar la palabra dignidad para referirse a ese valor inconmensurable que poseen exclusivamente las personas (Fernández, 2008).

El adulto mayor es una persona humana y su salud siempre está referida a la unidad sustantiva del ser humano, ubicado en un tiempo y en un espacio determinado, lo que quiere decir con una historia personal que debemos reconocer y respetar. Por lo tanto, el principio de totalidad fisiológico es igual al principio de unidad psicobiológica, del cual habla la ecología humana.

La dignidad, propia, del hombre es un valor singular que fácilmente puede reconocerse. Lo podemos descubrir en nosotros o podemos verlo en los demás, pero ni podemos otorgarlo y no está en nuestras manos reiterárselo a alguien. Es algo que viene dado del interior del ser humano, nuestra voluntad reclama de nosotros una actitud proporcionada, adecuada; reconocerlo y aceptarlo como un valor supremo (Orozco, 2003; Herrera & Guzmán, 2012).

La concepción del adulto mayor como ser holístico debe ir orientada hacia el respeto de su individualidad, considerándolo como un ser con derechos y obligaciones que posee características que determinan su autonomía, libertad, tolerancia, integridad, que deben ser considerados, lo que redundará en su calidad de vida.

El término *viejo* se ha convertido en una forma de clasificación genérica y en un estigma con claros referentes peyorativos que los mismos individuos jubilados rechazan. En cierta forma, el contenido semántico que se esconde en este término implica incluso reducir la categoría humana de los ancianos, limitándolos de alguna forma a un estado de estigmatización objetual. Los mismos ancianos utilizan peyorativamente el concepto de viejo en tercera persona con el fin de autodistanciarse de la marginación social que este concepto implica (Fericgla, 2002).

Viendo el concepto *vejez* desde un punto antropológico, que se define con base en el proceso de producción y tomando en cuenta también determinadas tendencias de consumo y ritmos vitales impuestos por la sociedad, todo esto se ha organizado a partir de la edad cronológica y biológica de cada persona, no de su sentir o su estado de salud.

Cada día, los adultos mayores toman conciencia de sus derechos y solicitan a las instituciones y a las distintas actividades sociales que se les respete.

Han sido dos enfoques los más predominantes respecto al envejecimiento, el enfoque negativo sobre la vejez y el enfoque positivo. A continuación se describen.

ENFOQUE NEGATIVO

La vejez se percibe frecuentemente como un periodo de deterioro, no de crecimiento.

Entre las pérdidas más comunes en la vejez están: el trabajo, el ingreso económico, las funciones sociales, la salud física, la movilidad, el respeto de los otros, la desaparición física o espiritual sea del cónyuge, hijos, amigos o familiares. Resultando las mismas de especial interés cuando el anciano no sabe, no puede compensar o sustituir tales pérdidas. La adaptación a la vejez requiere el reemplazo de estas pérdidas con nuevas funciones sociales y nuevas relaciones.

Los estereotipos, y los comportamientos dimanantes de aquellos, traducen la convicción de que no sólo las personas ancianas ya pueden acrecentarse, sino que ni siquiera lo desean ya y lo peor es que las mismas personas ancianas aceptan estos estereotipos. Dando por sentado que ya no pueden crecer, renuncian, al negarlas, a las aspiraciones de crecimiento (Laforest, 2008; Aldana, González, Fonseca & García, 2013).

Generalmente, la vejez está ligada a la incapacidad o funcionalidad limitada y esta misma visión es el fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales (Moragas, 1998).

La inactividad o pasividad también contribuyen a que aumenten las valoraciones negativas del anciano sobre su entorno, que pueden traer aparejadas dificultades en las relaciones interpersonales.

Actualmente, la imagen que se tiene de los ancianos es que son personas ya incapaces, deteriorados, sin fuerza, acabados, somos una sociedad que tiene actitudes e ideas poco positivas de la vejez. La gente debe aprender a integrar y mantener competente a la gente mayor, porque ésta puede hacerlo, esto no sólo para cambiar las ideas erróneas sino para permitir preservar la confianza en sí mismas y en los demás de las personas mayores de edad y contribuir positivamente a la prosperidad de su núcleo social (Sarukhán, & Victoriano, 1995).

De acuerdo con los estereotipos generalmente extendidos, la mejor solución que se puede esperar de la crisis de la vejez es retrasar todo lo posible el proceso de declive. Sin embargo, un periodo de declive lo menos rápido posible no deja de ser un periodo de declive, no es un periodo de crecimiento.

Existen unas prácticas sociales encaminadas a mantener a los ancianos y con la vista en el futuro. Es un objetivo válido, necesario incluso, con la condición, sin embargo, de que no disimule una negación más o menos consciente de la realidad. Para la mayoría de la gente, ¿cuál es el tipo de anciano que consideran vive mejor la vejez? El mayor cumplido que se puede hacer a una persona mayor es decirle: “¡Qué aspecto más juvenil tiene usted!” Se admiran las hazañas de los viejos capaces de hacer todavía lo que hacen los jóvenes: trabajo, viajes, etc. Todo esto es bueno y deseable, puesto que significa retardar la decadencia. Pero tampoco es crecimiento, a lo sumo es conservación.

Una buena salud y una buena forma física son factores extremadamente importantes de la calidad de vida de las personas de edad. Pero estas circunstancias no constituyen por ellas mismas la solución de la vejez. Considerarse la vida de los ancianos en buen estado de salud: también para ellos existe enteramente la crisis de la vejez. Para los otros que no tiene igual fortuna la enfermedad y las deficiencias crean unas condiciones de vida que dificultan más la solución de vida de esa crisis de la existencia. Pero el que sea más difícil no significa imposible y sería un error confundir la solución propiamente dicha de una crisis de la existencia con las condiciones que favorecen o desfavorecen la solución (Aldana et al., 2013).

No es menos ilusorio situar la solución de la crisis de la vejez en un cierto mimetismo de la juventud. Vivir una vejez feliz consistiría en permanecer joven. Yace una profunda ambigüedad que a nadie engaña y que disimula mal una negativa a la aceptación de la propia convicción. Esta tendencia torpe de muchos ancianos a valorarse por la juventud que ayer poseyeron manifiesta lo más a menudo una capacidad de valorarse por la vejez que poseen hoy.

El mismo empleo de estos términos no deja de ser revelador: poseer la juventud, sí; pero ¿poseer la vejez? Se admite de buen grado la posibilidad de hablar de la juventud que se poseyó anteriormente, que quizás se posea ahora aun... es una riqueza, estado apetecible y se anhela poseer tal objeto de deseo. Pero ¿no es cierto que no hay inclinación a hablar de la vejez que se posee hoy, para aquellos que el tiempo de la juventud ya pasó?

Si el existir de la ancianidad no fuera otra cosa que la de permanecer joven hasta una edad avanzada sería inevitable que tarde o temprano la ancianidad fuera vivida como una experiencia negativa. Incluso si llega muy tarde, y si se logra negarla o disimularla prolongadamente, el bajón llega un día u otro. En ese momento no habría ya solución positiva para la vejez. Habría que admitir que el ciclo de la vida se

concluye con una experiencia de fracaso. Al término de su largo periodo, por muy fructuoso que hubiera sido, la nave no podría aspirar a buen puerto, no tendría más perspectiva que la de encallar lamentablemente.

Son varios los autores que reconocen que, en efecto, la negación o la disminución del declive no puede constituir una solución positiva a la crisis de la vejez. Pero es, no obstante, la solución que recomiendan, a falta de otra mejor, porque no creen que pueda haber solución positiva para la última crisis de la existencia.

Para Simone de Beauvoir, por ejemplo, más que la muerte, es la vejez la que hace contrapunto a la vida. Es la parodia de ésta. La solución que ella propone no carece de cierta valentía: "Para que la vejez no sea una ridícula parodia de nuestra existencia anterior, no hay más que una solución: y es continuar persiguiendo los fines que han dado sentido a nuestra vida: dedicación a favor de los individuos, de las colectividades, de las causas, trabajo social o político, intelectual, creador" (Laforest, 2008).

Se hace una crítica muy seria de las actitudes de nuestra sociedad respecto a los miembros de edad avanzada. En una sociedad perfecta la vejez seguiría siendo una parodia de la muerte, sin embargo, una solución que Beauvoir propone es una adhesión resignada y valiente, seria, accesible a todos y no sólo a un puñado de privilegiados.

Se percibe un tono triste y resignado que a través de esta solución admite que no puede haber una solución positiva para la crisis de la vejez. Para ella, la decadencia lleva las de ganar por encima de la aspiración a crecer, que queda sin objetivo. Es mejor no pensar mucho en ello, sino vivir una vida humana suficientemente comprometida, suficientemente justificada, para seguir adhiriéndole incluso todas las soluciones pérdidas y el ardor vital enfriado (Aldana et al., 2013).

La actitud hacia la vejez más inmediata es la negación, principalmente por las enfermedades que se van dando, los cambios en el cuerpo, la reacción de la gente hacia una persona que está envejeciendo, pero, aun así, el rechazo de la vejez se manifiesta de modo distinto según cada formación cultural, aunque está siempre presente (Fericgla, 2002).

La situación social de la persona de edad resulta poco favorable en la sociedad contemporánea, influyendo todo tipo de factores (económicos, psíquicos, sociales). Vivimos en una sociedad basada en un estatus de poder económico, derivado del sueldo obtenido en el trabajo; dado que la persona de edad no tiene trabajo, entonces, por lo tanto, no tiene estatus elevado ni económico, ni social.

Aunque las pensiones deriven del trabajo anterior, y eso en el caso de los ancianos que tuvieron el privilegio de jubilarse y pensionarse, por supuesto no garantizan poder al mismo nivel que la gente asalariada (Moragas, 1998).

Los estudios además refieren las dificultades que tienen los ancianos para su movilidad, donde la sociedad debe crear las condiciones para facilitarles transportes

públicos o diferentes medios de transportes adecuados que les permitan mantenerse activos (Zeitler, Buys, Aird & Miller, 2012).

En la sociedad actual, el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano, y en la mayoría de los casos a la familia, a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar (Fernández, 1998).

Para muchos es difícil admitir que la vejez pueda experimentarse como un periodo de crecimiento, precisamente porque la decadencia forma parte de la experiencia de ser anciano.

La persona experimenta una aspiración al crecimiento. El deseo de vivir no disminuye al mismo ritmo que las posibilidades de satisfacerlo. Pero esta aspiración innata se encuentra a partir de ahí sin objetivo. No hay pues solución para la crisis de la vejez, al menos no hay una solución positiva (Laforest, 2008).

La jubilación, sin una adecuada preparación mental y social, la cual supone un brusco cambio de una situación activa a otra pasiva, puede conllevar a que el individuo no encuentre bienestar y estimulación en las actividades. Por otro lado, la jubilación es un efecto directo que afecta el estilo de los sectores sociales. El alejamiento de la vida profesional supone algo más, implica la adopción de un nuevo papel, modificación del estilo de vida cotidiano y reestructuración de la vida social, incluida la modificación de los contactos familiares.

Se conoce por investigaciones recientes que la jubilación tiene diferentes significados para hombres y mujeres. Para la actual generación de mujeres jubiladas significa más tiempo para dedicarse a roles caseros, situación que se irá modificando en las próximas generaciones debido a la masiva incorporación de la mujer a la vida social y laboral. Para los hombres esta situación se muestra de manera diferente, pues hasta el momento no parecen que tengan facilidades para sustituir los roles sociales por los caseros al menos en las generaciones actuales, por lo que trae como consecuencia una mayor inadaptación a la jubilación.

La separación de la vida laboral está vinculada con cambios sustanciales en la vida de otra persona; cambios que ocasionan problemas en la adaptación a la nueva situación. Al terminar la vida laboral, el individuo se aparta de uno de los grupos primarios más importantes, el grupo de trabajo.

El anciano descontento con las faenas que a diario realiza tiende a ser frecuentemente muy irritable. El no poder ejecutar actividades sociales, viéndose limitado su radio de acción contribuye al desarrollo de sentimientos de inutilidad e inconformidad.

La institucionalización tiende a desvincular al anciano de su medio familiar por lo que los ancianos ante esta situación deben realizar significativos esfuerzos de adaptación al nuevo ambiente.

El no contar con suficientes recursos financieros o una vivienda confortable de acuerdo a sus necesidades constituye también una fuente de alteración emocional.

La incompreensión familiar en cuanto a aceptar los deseos de los ancianos, la participación que se le otorga en la discusión de cuestiones y soluciones a problemas, hace que la familia constituya en algunos casos la principal fuente de estrés.

También es una paradoja habitual la negación de la vejez como hecho biológico, intentando esconderla y disimularla a través de medios químicos, modas, cirugía estética y demás, al tiempo que en la realidad cultural cotidiana se da cierta actitud de exaltación pública de la vejez y de las tradiciones.

Como afirma Simone de Beauvoir en su estudio sobre la ancianidad, "para cada individuo la vejez comporta una degradación que él teme". La actitud más inmediata y simple es negar la vejez por lo que comporta de enfermedades, dolor, pérdida de fuerzas, impotencia, fealdad y la reacción en contra de estos atributos subsiste a pesar de que las costumbres culturales lo escondan. El rechazo de la vejez se manifiesta de modo distinto según cada formación cultural, pero está siempre presente (Esponosa, s/f).

En algunos pueblos la manifestación del rechazo es positiva y se margina directamente a los ancianos. En otros, la manifestación es negativa y los ancianos, poseedores de los bienes y de la autoridad política en la estructura social, se imponen y se hacen respetar, justamente por miedo a la marginación y a la estigmatización explícitas (Aldana et al., 2013).

En este sentido, es imprescindible reconocer que el paso del tiempo comporta siempre un determinado avance hacia el desgaste, y este debilitamiento reclama una regeneración periódica que en la naturaleza toma la forma de rotación anual de las estaciones, y en las culturas lo hace en forma de rituales o ceremonias que ocupan un papel central en todos los pueblos primitivos y en la mayoría de sociedades sedentarias y agrícolas. A través de los rituales de regeneración, las colectividades humanas acaban con la vejez desgastada y renuevan o rejuvenecen la sociedad, la fuerza, la vitalidad, la fecundidad y todos los demás atributos vitales que se pierden en la vejez. Se puede afirmar que cualquier grupo humano tiende a vivir, a exaltar el vigor y la fecundidad, y huye de la vejez y de la esterilidad (Fericla, 2002).

Nuestras sociedades actuales actúan alejando la vejez y no aceptándola bajo ningún pretexto: se disimula el paso del tiempo en los cuerpos, se le anima a los ancianos a realizar actividades de ocio, propias de o inspiradas en los jóvenes, se ensalza la juventud y se niega el proceso natural del envejecimiento.

En las sociedades industrializadas y post industrializadas se da el tipo de ancianidad aislada que, en cierta forma y en un sentido amplio, se podría considerar paralela a la actitud de las sociedades cazadoras-recolectoras hacia los ancianos. Los viejos residen en su propio hogar, independiente del resto de descendientes y familiares, mientras pueden subsistir en solitario. Si no disponen de efectos económicos suficientes, los familiares suelen dar una pequeña parte de su dinero a los ancianos para que puedan mantenerse.

Cuando los ancianos entran en el periodo de senectud y no pueden valerse individualmente, el resto de la familia acepta en su hogar la presencia del miembro senil máximo durante una temporada, aunque cada vez es más frecuente internar al anciano en una residencia o asilo, produciéndose lo que podríamos designar como "la muerte social".

En las sociedades industrializadas, y sobre todo en los medios urbanos, el elemento sociocultural integrador por excelencia es la ocupación laboral. El individuo que no trabaja sufre un tipo de marginación social en la que no disfruta de identidad social ni de prestigio. En términos generales, los individuos que no trabajan constituyen un colectivo de segundo orden, y este grupo está constituido principalmente por los ancianos a quien, a partir de los 65 años, la normativa social impide seguir trabajando. Tan sólo algunos individuos de profesiones liberales pueden escapar a la ley general de la sociedad (Fericgla, 2002).

En las sociedades industrializadas se acostumbra a dar o imponer el retiro a partir de una edad cronológica precisa. Este apartar a los individuos del mundo laboral y de todo lo que deriva de él, en la actualidad tiene un efecto similar a la que podríamos llamar una pena de muerte social. Este alejamiento, con frecuencia, va seguido de un aumento de enfermedades somáticas e incluso de la muerte biológica de los retirados (Aldana et al., 2013).

En cuanto a las estructuras familiares, en las sociedades técnicamente evolucionadas se da el sistema familiar nuclear estricto, con un fuerte rechazo a la co-residencia de dos generaciones adultas. El individuo joven, al casarse, funda una unidad doméstica nuclear y neo local, aceptando tan sólo la permanencia de los propios descendientes de la pareja adulta, hasta cierta edad determinada (Fericgla, 2002; Aldana et al., 2013).

En las sociedades industrializadas suele darse un elevado grado de abandono del anciano a su propia suerte, a pesar de que el conjunto nuclear familiar de descendencia directa acostumbra tener un cuidado relativo del anciano.

En estas sociedades post industrializadas, los ancianos no juegan ningún rol familiar importante a menos que sean grandes propietarios, como sucede en el caso de algunas minorías, y que el resto de la familia dependa económicamente de ellos. Tampoco son los iniciadores de los jóvenes a la vida adulta. La posición que ocu-

pan los ancianos en la familia es central mientras se mantiene la estructura familiar nuclear, pero al quedar viudo pasan total o parcialmente a depender de la estructura familiar de los descendientes en la que ocupan una posición marginal, como si se tratara de un invitado del que se espera moleste lo menos posible. Si bien es un papel ingrato, los ancianos lo van asumiendo lentamente desde el momento de la jubilación hasta la entrada en el estado propiamente senil, en el que se manifiesta más radicalmente el aislamiento que sufren.

Arbitrariamente se ha fijado que a la edad de 65 años una persona ya es vieja, anciana, mayor de edad. Por ley es lógico que tenga que haber un establecimiento de edad a la que se considere que la persona pertenece ya a la ancianidad, no por estigmatización ni atribución inmediata de ciertas características y enfermedades, sino para el establecimiento de las mismas leyes, por el mismo bienestar de la persona. Sin embargo, este rango debería cambiar dependiendo de la persona ya en otros ámbitos de la vida (Fericgla, 2002).

Sin embargo, existe en el campo de la gerontología una corriente de pensamiento que ve la vejez de un modo mucho más positivo, la gerontología. Esta visión positiva de la ancianidad no es nueva, corresponde a una corriente de pensamiento que se puede observar casi en todas las épocas de la historia.

ENFOQUE POSITIVO

Para la gerontología contemporánea es posible que se viva la vejez como un periodo de crecimiento, no a pesar de ser contemplada en el cuadro más global del desarrollo de la personalidad.

Se puede decir que existe una vejez funcional que utiliza la palabra *viejo* como sinónimo de incapaz o limitado. Esto es erróneo pues la vejez no significa incapacidad y hay que luchar contra la idea de que el viejo es funcionalmente limitado.

La vejez, como cualquier otra edad, posee su propia funcionalidad. Las barreras a la funcionalidad de los ancianos surgen con frecuencia de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que de reflejos de deficiencias reales.

Conviene insistir, ante todo, en que quienes hoy cumplen 65 años están acabando de dinamitar los estereotipos relativos a la vejez contruidos en los años sesenta, cuando eran los nacidos a principios de siglo quienes empezaban a alcanzar tales edades. Estoy con ello afirmando, claro está, que nuestro conocimiento sobre la vejez ha estado hasta ahora atribuyendo a la edad cosas que en realidad tenían más que ver con la generación (Pérez, 2000).

René Solomon resume la visión positiva de la ancianidad donde le permite una aproximación de desarrollo en gerontología y comenta “la ancianidad es una experiencia común ligada a lo humano como tal, y no obstante es la única etapa del

desarrollo que no se disfruta como un estatuto social positivo; al contrario, en nuestra sociedad, se le considera negativamente. La tendencia a definir y tratar a las personas de edad en forma estereotipada y negativa es algo indesarraigable en la sociedad actual (Lozano, 2009).

Dentro de esta perspectiva se ve a la vejez como una etapa más semejante a las anteriores, niñez, adolescencia y posee también potenciales únicos y distintivos como cada una de ellas, serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. Con las pautas anteriores, se pueden llegar a compensar las limitaciones de la etapa (Moragas, 1998).

Si existe una solución positiva para la crisis existencial de la vejez es en la misma vejez donde hay que buscarla. Cicerón lo había comprendido así, cuando invitaba a sus lectores de edad a valorarse con referencia a su estado actual: “mientras tengáis vigor físico, disfrutadlo; cuando haya desaparecido, no lo lamentéis”. De otro modo, en la juventud habrá que echar de menos la infancia y, más adelante, echar de menos la juventud. El curso de la vida es regular; la marcha de la naturaleza es, simplemente, uniforme. Cada etapa de la existencia posee un rasgo pre escrito; la debilidad de la niñez, la audacia de la juventud, la gravedad de la edad madura, la madurez de los ancianos, son como otros tantos frutos que la naturaleza lleva a su eclosión y que deben cosecharse a su tiempo (Lozano, 2009).

La experiencia, como la investigación demuestra, señala que la vejez puede ser un tiempo propicio para el crecimiento. La perspectiva de desarrollo, según la cual todas las etapas de la vida requieren el llevar a cumplimiento determinadas tareas, es un antídoto a esas actitudes y a esas percepciones pesimistas.

El crecimiento de la personalidad debe proseguir normalmente durante el ciclo completo de la vida y la vejez es la última etapa de un proceso de desarrollo que sería incompleto sin ella.

Desde el punto de vista experimental, el éxito de la vejez consiste, pues, en vivir esta última etapa de la vida como un periodo de crecimiento. En cambio, se experimentará como un fracaso si se vive como un periodo de estancamiento seguido de regresión.

Se puede afirmar que, de alguna forma, el principal problema de las personas de edad es siempre el mismo en cualquier lugar del mundo: vivir el máximo tiempo posible pero conservando en el seno la colectividad los papeles que dan sentido a la vida de la persona. El deseo es, en todas partes, vivir mientras la vida valga más que la muerte y esta valoración está intrínsecamente relacionada con las formas de vida y el *ethos* de cada grupo. El ser humano no puede pensarse a sí mismo si no es como miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y su grupo de pertenencia, la propia definición del individuo depende del grupo que le rodea (Aldana et al., 2013).

Se puede convenir que una vida con sentido es una vida que en principio tiene determinadas necesidades básicas satisfechas, entre ellas las llamadas necesidades sociales. Las tres necesidades sociales básicas son: de pertenencia a un grupo, de estar integrado en el mismo y de identificarse con él.

En términos generales, se constata que en todo el mundo los humanos quieren seguir vivos en tanto estas necesidades reciban una mínima satisfacción (además de las directamente biológicas, comida, protección, satisfacción social).

Los condicionantes sociales y de salud provocan que los adultos mayores estén obligados a enfrentar con madurez su proceso de envejecimiento. El adulto mayor debe considerar que el proceso de envejecer bien o mal sólo depende de su aceptación de ellos mismos dentro de los márgenes fijados por el contexto social, y no únicamente de considerar su envejecimiento como una enfermedad, aunque sea condicionada por la sociedad, por la calidad de vida y por los estilos de vida (Kinsella, 1994).

Se puede afirmar que el momento histórico actual de Occidente tiene ciertas características que permiten definirlo en relación a la vejez y a las pautas que sigue este colectivo en nuestras sociedades, rasgos que lo diferencian de otros segmentos de la misma población y de otros momentos de la historia. El conjunto de factores que podrían definir el momento histórico actual son:

1. La esperanza de vida –no tanto la longevidad– ha aumentado notablemente.
2. En consecuencia, ha aumentado el número y la complejidad de los problemas propios de la ancianidad.
3. Al mismo tiempo, la mayor parte de la población actual no está preparada para la vejez y sus implicaciones desde un punto de vista cultural y de modelos de conducta: cambio de dieta y de ritmo de vida, tanatología, relaciones sociales distintas a las del periodo vital anterior, capacidad para un consumo elevado de ocio, etc.
4. Esta situación ha llevado a promulgar nuevas leyes cuyos beneficiarios son los ancianos. Leyes a las que les dedicaremos un acápite, por su importancia para este segmento poblacional.
5. Ha surgido una cantidad imprevista de clubes y centros de reunión, diversión o residencia, específicamente dirigidos a los ancianos.
6. Al mismo tiempo se observa cierta insatisfacción colectiva entre los viejos que no pueden adaptarse a las nuevas pautas, y este malestar ha surgido a partir del funcionamiento de estas mismas instituciones sociales.
7. Los ancianos que se adaptan a ellas están generando unos modelos culturales nuevos y específicos de ancianidad, patrones nacidos a imagen de los

jóvenes y que están relacionados con la diversión y la felicidad como consecuencia del consumo del ocio.

8. Se ha constatado un aumento acelerado del interés de los profesionales hacia este nuevo segmento de población (sociólogos, psicólogos, enfermeras, abogados y otros).
9. Han aumentado también las disposiciones dirigidas a la investigación científica del fenómeno del envejecimiento (neurología, dietética, geriatría) (Fericgla, 2002).

Considerando lo anterior, en un envejecimiento exitoso se observa el decremento funcional atribuible a la edad, donde ni la enfermedad, ni los factores ambientales o adversos del estilo de vida complican o acrecientan el deterioro.

Como todo el mundo, la imagen que los ancianos tienen de sí mismos les viene de los conceptos reinantes de su entorno. Se da una ironía en el hecho de que quienes opinan sobre la edad avanzada, si viven los suficientes años, acabarán por ser viejos ellos también. Serán entonces las víctimas de los prejuicios propios, no de los ajenos. Cuando esto suceda, los estereotipos respecto a las personas de edad se transformarán en rechazo de uno mismo. Muchas personas ancianas caen en esta trampa a menudo a costa de su capacidad de ser felices.

2.2.5. Concepción de la autora sobre la calidad de vida

Acerca de la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarla totalmente.

El concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto.

Se considera el bienestar, como consecuencia de la satisfacción en los diferentes ámbitos de la vida: el económico, el social y el personal; asimismo, se integra un elemento importante para definir la calidad de vida: la percepción o valoración que el individuo realiza de la experiencia de su propia vida, aspecto que es también considerado en la mayoría de las definiciones.

Se trata, por tanto, de una categoría de un alto nivel de generalización que constituye una construcción hipotética porque se infiere de todo un conjunto de variables con dimensiones objetivo-subjetivas, donde una mala calidad de vida se convierte en riesgo psicosocial que aumenta la probabilidad de que un individuo enferme, mientras que una buena calidad de vida es sinónimo de bienestar.

La calidad de vida es un concepto eminentemente valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias. La calidad de vida no puede ser estudiada por una sola disciplina, es necesario un abordaje interdisciplinario para su mejor comprensión.

Los especialistas que lo usan se ven obligados a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y de ser posible deben también definir los indicadores en los que descansa su definición.

De lo contrario, el concepto de calidad de vida puede convertirse en algo más cercano a la moda que a la ciencia, convirtiéndose en un objetivo intangible de investigar por el gran número de factores que conforman su estructura.

La importancia de este concepto reside en que proporciona una estructura aglutinadora centrada en la persona, en la familia, en la sociedad y en un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico de las personas.

Lo referido anteriormente permite afirmar que existe un insuficiente desarrollo teórico y metodológico de la categoría calidad de vida como un problema científico actual, que sustenta y justifica la necesidad de la investigación, a lo que se añade una demanda práctica: el “mejor vivir” de las personas.

La complejidad del término y las controversias teóricas sobre el mismo traen aparejadas dificultades metodológicas en la selección de los instrumentos para medir el concepto, las fuentes de información y el modo de recolección de los datos.

A pesar de que aún no exista un acuerdo general sobre lo que significa calidad de vida, cómo definirla operativamente y cómo medirla, lo cierto es que, por distintas razones, este concepto es cada vez más utilizado. Por otra parte, desde una dimensión subjetiva, lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones.

La calidad de vida es definida por la autora de este estudio como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; lo subjetivo, haciendo referencia al concepto de *bienestar o satisfacción con la vida*, y lo objetivo, relacionado con los factores contextuales de los individuos, aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambos lo que determina la calidad de vida.

2.2.6. Sistemas de indicadores para evaluar la calidad de vida

Todo un conjunto de indicadores para evaluar la calidad de vida han sido desarrollados en el mundo. Todos se han centrado en la evaluación de factores objetivos. El crecimiento del movimiento ha focalizado su atención en que la medición de los indicadores sociales coincide con el cuestionamiento en términos de que a mayor crecimiento económico, mejor calidad de vida.

Dentro de aquellos sistemas cuyas mediciones tienen comparabilidad internacional, se encuentran, principalmente, Hábitat (Naciones Unidas) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Hábitat mide el comportamiento de dimensiones tales como pobreza y empleo, desarrollo social, infraestructura, vías de comunicación, gestión ambiental y gobierno local en los asentamientos humanos. Este sistema agrupa alrededor de 50 indicadores que se acercan a una concepción de calidad de vida desde su nivel macrosocial.

Los indicadores objetivos pueden capturar importantes aspectos de la calidad de vida de una sociedad, relativamente independientes de la percepción de las personas, que no sólo expresan en alguna medida los ideales normativos de esa sociedad sino que constituyen una guía para la toma de decisiones económicas, políticas y sociales.

Los indicadores objetivos, tanto económicos como sociales, dada la relativa facilidad con que pueden ser definidos y cuantificados, posibilitan además hacer comparaciones entre distintas naciones, regiones, sectores demográficos y a lo largo del tiempo. Sin embargo, las mediciones de tal naturaleza generalmente se efectúan a nivel nacional, lo que si bien resulta válido para hacer comparaciones de carácter internacional, no logra discriminar estructuras intermedias, como provincias, regiones o comunidades. Ello conlleva a que casi no existan análisis en este sentido hacia el interior de los países.

Para Cabrera, Agostini, Victoria, López & Carrión, (1997), la aproximación científica a la medición de la calidad de vida mediante indicadores objetivos ha ido incorporando cada vez más, además de indicadores económicos, importantes indicadores de carácter social. Los indicadores de crecimiento económico per se no pueden explicar otros aspectos relevantes de la sociedad como la salud, la educación, la criminalidad, los derechos humanos, el medio ambiente, entre otros.

Una de las debilidades que tiene el sistema Hábitat es el desbalance en la medición de indicadores, en algunos casos muy específicos y en otros muy generales. En la dimensión *desarrollo social* este sistema recoge indicadores tales como cantidad de médicos y camas de hospitales. Este nivel de especificidad no se corresponde con las mediciones efectuadas en los aspectos referidos a la educación, a nuestro juicio, tan importante como la salud. Si Hábitat fuera consecuente entre sus dimensiones, en *educación* debería registrar la cantidad de maestros y aulas, empleando, en este caso, indicadores sintéticos, pero el problema no se resuelve de esta manera, sino integrando indicadores de corte más general.

Este sistema contempla aspectos como automóviles particulares, número de asientos en el transporte público, precio del combustible, etc., que en el caso particular de nuestro país no tienen sentido, no porque carezcan de importancia, sino

porque hay otros aspectos de la calidad de vida más importantes, e incluso vinculados a la propia existencia del hombre, que aún no están plenamente garantizados y que reclaman toda la urgencia en estos momentos, para luego quizás pasar a eslabones superiores donde se encuentran los indicadores antes mencionados.

El segundo de estos sistemas a analizar es el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este sistema pone su énfasis en un concepto integral de desarrollo, estableciendo que el ser humano y la satisfacción de sus necesidades constituyen su principal objetivo. El primer informe IDH apareció en el año 1990 (Cabrera, et al., 1997).

Conceptualmente, estos informes tienen un enfoque muy atractivo, pues sitúan a la vez al hombre como motor y como objeto del desarrollo. A partir de esta visión, desde 1990 los informes de IDH plantean que el centro de todo desarrollo es ampliar las oportunidades de los individuos. Una de ellas es el acceso a los ingresos, no como un fin en sí mismo, sino como un medio para adquirir bienestar humano. Pero también existen otras posibilidades, que incluyen la vida prolongada, conocimientos, libertad política, seguridad personal, participación comunitaria y derechos humanos garantizados.

Esta concepción tan amplia, como casi siempre ocurre en la medición de fenómenos complejos, se reduce extraordinariamente a la hora de su medición, calculándose el Índice de Desarrollo Humano (IDH) solamente en función de tres elementos: longevidad, conocimientos e ingresos.

Los informes del IDH del PNUD han recibido severas críticas por parte de diferentes investigadores (Fossati, 1991; Furntratt, 1995), que señalan, por ejemplo, tres limitaciones a nuestro juicio válidas:

- El problema de las fuentes que emplea este índice, estableciendo que en muchos países se parte de estimaciones o cifras anticuadas.
- El modo arbitrario de transformar los datos en (sub) índices, dejando claras evidencias de cómo los reajustes matemáticos en relación con el ingreso promedio realizados en 1994 arrojan datos increíbles como en el caso de Suiza y Egipto, donde comparativamente el producto interno bruto (PIB) “per cápita ajustado” del primero es sólo una vez y media superior al del segundo; mientras que el de Tailandia resulta tres veces superior al de la República Popular Democrática de Corea.
- El sesgo que se introduce al usar una media de ingreso promedio derivada del producto nacional bruto (PNB) y del producto interno bruto (PIB), lo cual perjudica a países que han tratado de minimizar más o menos exitosamente las desigualdades sociales.

Desde su aparición hasta la fecha, se han introducido algunas variantes, fundamentalmente de tipo matemático, si bien además se han reformulado indicadores y han aparecido nuevos índices, como, por ejemplo, en cuanto al género, que da cuenta de las diferencias hombre-mujer.

La definición de las dimensiones de la calidad de vida ha obedecido a criterios de orden metodológico. El agrupamiento de los indicadores en dimensiones ha cumplido una función práctica en lo que se refiere a la integración de los datos de base: la construcción de índices sintéticos que expresen una medida global del comportamiento individual de los datos recogidos y su consecuente análisis.

2.2.7. Evaluación de la calidad de vida

Históricamente, la evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en la observación o intervención médica. Estos métodos (examen clínico, laboratorio, endoscopia) eran clasificados como fiables y cuantificables, frente a los métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos (cuestionario de capacidad funcional o síntomas declarados), que eran clasificados como menos fiables y no cuantificables (Badía, 1995).

Los intentos de medir el estado funcional se iniciaron en la década de los cuarenta del siglo xx. Karnofsky y Burchenal desarrollaron en 1949 el índice que lleva su nombre, ideado para valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga, una medida de la utilidad del paciente o de la carga que representaba para su familia o la sociedad. Otros índices creados en esta época (criterios de la New York Health Association y del American Rheumatism Association) incluían tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o actividades de la vida diaria, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces (Yanguas, 2006).

En los años cincuenta del siglo xx se desarrollaron las escalas de medición de las actividades de vida diaria (AVD), en las que la percepción del propio paciente sobre la salud no tenía protagonismo, sino que la valoración era realizada por el profesional sanitario, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva.

El cambio de la aproximación a la medida de la calidad de vida respecto a la salud se dio en los años sesenta del siglo pasado, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida respecto a la salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostraron unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores.

En diversos artículos médicos sobre la calidad de vida de los pacientes de determinadas enfermedades se puso el énfasis en el validismo del paciente, ya sea para medir el daño de la enfermedad o la eficacia del tratamiento.

Calidad de vida, en el ámbito de la salud, va más allá del impacto de la enfermedad o el tratamiento, como lo usa la medicina de corte clínico, sólo así se podrán enfrentar problemas que no son enfermedades, como es la vejez, el embarazo, la niñez, la promoción de la salud, incluso la prevención de enfermedades.

Una razón del auge del movimiento pro calidad de vida en medicina (centrado en la apreciación subjetiva del paciente) fue la creciente insatisfacción de los consumidores con respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta, hecho que también determinó el desarrollo del movimiento de autoayuda. Un aspecto específico de esta insatisfacción fue que, en el intento de prolongar la vida a cualquier precio, y haciendo hincapié exclusivamente en las necesidades terapéuticas, la medicina tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de sus pacientes, como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad (Katschnig, 2000).

Los principales cuestionarios realizados en esta época fueron el Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) y el Nottingham Health Profile (Hunt & Mc Ewen, 1980), que permitían acercarse a la salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional (Yanguas, 2006).

En la década de los ochenta del pasado siglo se desarrollaron cuestionarios mucho más breves, lo que permitió su adopción definitiva en la práctica médica, como el Dartmouth COOP Charts (Nelson, Wasson & Kirk, 1987), The Duke Health Profile (Parkerson, Broadhead & Tse, 1990), o los derivados del Medical Outcomes Study (Steward, Hays & Ware, 1988) (Yanguas, 2006).

En la década de los noventa se asistió al desarrollo de instrumentos específicos, es decir, a cuestionarios que incluyeran sólo las dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad (migraña) o población (ancianos) (Badía, 1995).

De la mayoría de los instrumentos utilizados para la medida de la calidad de vida respecto a la salud destacaron tres elementos (Badía, 1995):

1. La importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto,
2. La subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud, y
3. La obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.

El uso del concepto de calidad de vida en trastornos mentales sólo tuvo significado si su valoración era llevada a cabo de una forma compleja y diferenciada que

incluyera la interacción con el entorno. Ésta debería tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Katschnig, 2000):

- Cuando fuera posible debían realizarse al menos tres valoraciones: a) a cargo del paciente; b) a cargo de un familiar o amigo, y c) por parte de un profesional.
- Debían distinguirse tres componentes de la calidad de vida: a) bienestar/satisfacción subjetivos; b) desempeño de los roles (sociales), y c) condiciones externas de vida (material, es decir, nivel de vida, y social, como la red social y el apoyo social).
- Debían valorarse diferentes ámbitos vitales de forma separada (valoración de múltiples áreas), pues la calidad de vida de una persona puede ser excelente en un ámbito (p. ej., la familia) e inferior en otro (p. ej., el trabajo); asimismo, las acciones de ayuda debían dirigirse a estos segmentos de la vida, los más necesitados de ayuda.
- La inclusión de los síntomas psicopatológicos en los instrumentos de calidad de vida debía ser explícita.
- La valoración de los cambios en la calidad de vida debía tener en cuenta las distintas “velocidades” de cambio que son inherentes a los distintos componentes (bienestar/satisfacción, estado funcional, factores contextuales) y la posible tendencia a la baja de los estándares con los que los pacientes con enfermedad mental persistente comparan su situación actual.

Pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

La evaluación de la calidad de vida puede hacerse en dos formas: externa, cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida (González-Celis, 2010).

La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi & Anderson, 1980; Anagnostopoulos, Fantopoulos, Moustaki & Niakas, 2013).

Parece ser que la salud es una de las áreas más importantes de acuerdo con la literatura de investigación, ya que es el componente predominante y aglutinante de otros factores de la calidad de vida.

Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, en su mayoría ligados al estilo de vida propio de ciudades industrializadas, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para explicar claramente el desarrollo de estas nuevas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras), que en definitiva se vinculan con hábitos poco saludables que favorecen su aparición, volcando la atención a la necesidad de adaptación y realización de cambios en los estilos de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, dando gran importancia a la calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo.

Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud también incluyan dominios de la vida y reactivos para evaluar la calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Velarde & Ávila, 2002).

La calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, el ambiente hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y su calidad de vida.

Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados

del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos. En estas investigaciones destacan problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo médico, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la autoimagen, autoestima, adaptación ante la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

A la par del desarrollo de los estudios de investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud se han diseñado instrumentos de evaluación que combinan características que les dan sustento conceptual, confiabilidad y validez, siendo fundamental que sean relevantes culturalmente; es decir, que indaguen sobre aspectos significativos para las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado (Molinero, 1998).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas y cada una de ellas representa una variable que tiene un peso específico en el contexto de una calificación global, de un factor o de un dominio que caracteriza un sector que constituye la vida del individuo. Cada uno de los dominios, físico, mental o social, que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones, la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud (Velarde & Ávila, 2002).

No es posible hablar de evaluación de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, porque primordialmente debemos tomar en cuenta que todo concepto de calidad de vida desarrollado en relación con el estado de salud tiene como propósito central el identificar en el individuo un buen nivel de salud física y emocional, o de lo contrario una mala calidad de vida producto de varios indicadores que no han sido evaluados adecuadamente, y como consecuencia repercuten en un deterioro natural del organismo, hasta provocar severas alteraciones en el proceso evolutivo y de desarrollo, como en lo relacionado con las condiciones en donde vive el adulto mayor, expresadas mediante la ausencia de actividades funcionales como el desarrollo psicomotor, cognitivo, que paulatinamente disminuyen como consecuencia de una interacción con su entorno externo vinculado con su entorno interno (Flores, Valle & Muñoz, 2009).

En forma general, los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Mientras que los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir

el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Se han utilizado en particular para indagar la calidad de vida en una población con características específicas y principalmente relacionadas con la evolución, impacto y tratamiento de una enfermedad; como su nombre lo indica, evalúan solamente un órgano o sistema afectado, se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Los instrumentos se diseñaron a partir de los síntomas, las limitaciones y los trastornos de la vida diaria que producen estas enfermedades (Molinero, 1998).

Actualmente existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida de ambos tipos. Al efectuar una revisión documental se identificaron como instrumentos específicos más importantes, el Karnofsky Performance Status Scale, creado en 1949, y la Escala ECOG (diseñada por Eastern Cooperative Oncologic Group de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud), que mide la calidad de vida del paciente oncológico considerando el cambio continuo y rápido de las expectativas de vida, entre otras variables (Timmermann, 2013).

A continuación se citan tres instrumentos, validados, genéricos y de alta aplicación, con la descripción de sus características respectivas:

1. El WHOQOL-100 de la Organización Mundial de la Salud desarrollado en 1991, que incluye seis áreas o dominios de calidad de vida, cada una de las cuales profundiza en uno de los siguientes aspectos: salud física (energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso); salud psicológica (imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración); nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas y asistencia médica, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, soporte social, actividad sexual); medio ambiente (recursos financieros, seguridad, ambiente físico (contaminación, clima, etcétera), transporte, recreación y tiempo libre, participación social), y espiritualidad (religión, creencias personales). Es un instrumento validado en varios idiomas, auto aplicable y que consta de 100 reactivos (WHOQOL Group, 1998; Harper & Power, 1998; Chen, Hicks & While, 2013).
2. La Encuesta de Salud SF-36 fue diseñada en Estados Unidos y está conformada por una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes y a la población en general para medir la calidad de vida en enfermos crónicos. Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene ocho sub escalas relativas a distintas dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social,

rol emocional y salud mental. Es auto administrado y consta de 36 reactivos (López & Rodríguez, 2006; Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miralda & Quintana, 2005).

3. El EUROQOL-D5 es un instrumento genérico que puede utilizarse en individuos relativamente sanos y en pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, con tres diferentes niveles de gravedad. Permite el uso de la escala visual análoga (EVA), proporciona una puntuación complementaria al sistema descrito de la autoevaluación del estado de salud a través de una escala en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud en un rango que va del peor estado de salud posible (0) al mejor estado de salud imaginable (100). Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (López & Rodríguez, 2006; Vilagut et al., 2005).

En la actualidad, no existe un criterio uniforme objetivo para evaluar la calidad de vida, y los investigadores parecen coincidir en que la evaluación subjetiva ha de tener en cuenta las percepciones individuales sobre experiencias vitales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad (Schalock & Verdugo, 2002). Las investigaciones confirman que la calidad de vida es una categoría multidimensional (Anagnostopoulos et al., 2013).

La mejor evaluación de la calidad de vida en general consiste en la combinación de la medición de factores objetivos, externos al individuo y la valoración que el sujeto hace de su propia vida con relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Las investigaciones actuales en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos.

Capítulo 3

3. Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia con relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica.

Del conjunto de conceptos de la calidad de vida que han sido ligados a la situación del adulto mayor, está el propuesto por Fernández-Ballesteros desde 1998, quien señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educacionales (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández-Ballesteros, 1993).

La circunstancia en la que determinada persona se encuentra permite explicar, al menos hasta cierto punto, su calidad de vida diferencial. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona. En este sentido, la vejez supone uno de los contextos en los que la calidad de vida más se ha investigado; la asunción general es la de que las personas mayores experimentan, a lo largo de la vejez, una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o ingredientes que comúnmente están involucradas en la vida y que, por tanto, la calidad de vida de los mayores se resiente (Fernández-Ballesteros, 1997).

La longevidad y el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente son claros objetivos de criterios de la vejez. Para mantener la calidad de vida, se reconoce la importancia del desarrollo personal y social con autonomía, en

condiciones y estilo de vida, lo que implica la posibilidad de asumir decisiones individuales y con otras personas (Salas, 2006).

El concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Bayarre, 2009).

La salud del hombre al envejecer está influenciada por los acontecimientos que tienen lugar a lo largo de su vida, quizás incluso por acontecimientos ocurridos antes de su nacimiento. Por ejemplo, el estado nutricional de la madre influye sobre el crecimiento intrauterino, sobre el peso al nacer y posiblemente sobre los riesgos en la vida futura de sufrir varios problemas importantes de salud, como las enfermedades cardíacas y otras (Kuh & Ben-Shlomo, 1997).

Esta perspectiva que abarca todo el curso de la vida induce a tomar importantes decisiones en los programas y estrategias. Es claramente posible, y desde luego deseable, mejorar el estado de salud del hombre al envejecer. Sin embargo, un enfoque complementario para mejorar la salud del hombre al envejecer se centraría en realizar intervenciones adecuadas desde edades más tempranas (OMS, 2001).

Los determinantes de la salud de los hombres de la tercera edad son muy numerosos y se extienden desde los genéticos y moleculares hasta las fuerzas cada vez más poderosas de la globalización económica, tecnológica y cultural (OMS, 2001).

El adulto mayor suele presentar una salud quebradiza, lo cual no impide que logre niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los estudios de la calidad de vida se proponen profundizar en factores objetivos que conducen al bienestar del individuo y en factores psicológicos que puedan permitir el afrontamiento al deterioro de la satisfacción. También son llevadas a cabo investigaciones para examinar los servicios prestados y apoyo social que reciben la mayoría de las personas en edades mayores, por lo que se presta atención a la experiencia del propio individuo y su participación en el control de la propia vida y salud (Schallock & Verdugo, 2002).

Valorar la calidad de vida del adulto mayor lleva implícito un problema generacional y motivacional y la familia (entre otras instituciones) en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos del viejo. Problemas tales como el apego a la vivienda, a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que lo acompañaron y que ya pueden considerarse obsoletos, necesidad de opinar y tomar decisiones, pueden darle la calidad de vida que él necesita (Prieto & Vega, 1996).

Esta sensibilidad para cuidar la vida y la vejez tiene que ser cultivada por el Estado, por las instituciones sociales y por la familia.

La calidad de vida en el adulto mayor debe ser ajustada a su esperanza de vida. Debe estudiar aspectos tales como: el estado de salud de la población anciana, la determinación de factores de riesgo, la predicción de incapacidades y discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Sofía, 1996).

Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde priva el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes (Villavicencio, Vega & González, 2011).

La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001).

Este concepto ha provocado la necesidad de incursionar un poco más en las características que se presentan en el adulto mayor, para definir la calidad de vida y que sea diferente en su conceptualización y medición, porque para considerar el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece, hay dos tipos de aspectos subjetivos. Los aspectos cognitivos, como los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación; aquí se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación, la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. El segundo aspecto subjetivo, como los afectivo-volitivos, referidos a los sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas; aquí los ancianos descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y en la comprensión, revelando su compromiso con lo que ocurre alrededor; independientemente de la edad, se sigue siendo un ser vivo en el mundo real (Sofía, 1996).

Las investigaciones referidas a la calidad de vida en la ancianidad han estado dirigidas fundamentalmente a cuatro aspectos: el estado funcional, la autonomía, la evaluación geriátrica, el bienestar subjetivo. Sin embargo, han estado restringidas a personas enfermas al igual que en otras etapas de la vida.

En la literatura médica, los estudios sobre calidad de vida están referidos a intervenciones medicamentosas, evaluación de determinadas terapias e intervenciones médicas y psicosociales en personas enfermas. Estos estudios, aunque indiscutiblemente conservan su valor, restringen el abordaje de la calidad de vida como fenómeno, al investigar sólo una de las dimensiones que la expresan.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001).

Existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan en una disminución de la ejecución “normal” del sujeto.
3. Los juicios sobre la calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

La investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud no ha reparado en cómo los factores externos a la salud y que están asociados con los incrementos en calidad de vida la afectan de manera global, así como determinan las preferencias por uno u otro tratamiento.

Hay que tener en cuenta que la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud se ha centrado mucho en los efectos sobre la calidad de vida de patologías muy diferentes.

No obstante, para los diferentes niveles de atención en salud puede hacer falta profundizar más o menos en este concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Así, para el ejercicio de la medicina somática, el uso de este limitado concepto puede considerarse un progreso en comparación con la tendencia tradicional a fijarse exclusivamente en la enfermedad y sus síntomas, así como en medidas puramente bioquímicas, fisiológicas y anatómicas, como antes se ha destacado.

En el campo de la salud mental, el concepto de calidad de vida es útil sólo si se acopla tanto a los factores ya mencionados como a otros factores del entorno, debido a que los ingresos, la falta de autonomía y el escaso apoyo social están intrínsecamente relacionados con la psicopatología.

En el campo de la salud mental se requiere un concepto amplio y multidimensional que incluya la mayoría de los aspectos de la vida. A la hora de evaluar sería necesario utilizar un perfil más que un índice simple (Yanguas, 2006).

El bienestar de los ancianos ha sido de interés de la psicología y la gerontología social; su conceptualización y formas de medición han atravesado por imprecisiones

e inconsistencias teóricas y metodológicas que muchas veces han limitado su uso (González, 1995; Quintero, 1992; Trentini, Wagner, Chachamovich, Figueiredo, Da Silva, Hirakata & Fleck, 2012).

El bienestar subjetivo significa satisfacción por la vida, felicidad, moral. Conceptualizándose también como valoración global de la calidad de vida percibida, que la persona realiza en función de criterios propios (Quintero, 1996).

El bienestar o satisfacción personal es una percepción subjetiva, delimitada por los factores objetivos del contexto social en que está inserto el individuo, que condiciona sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores y relaciones sociales que se entretajan en el funcionamiento de cada sociedad (Quintero, 1996; Fernández-Ballesteros, 1993; Trentini et al., 2012).

Existen hoy estudios suficientes que demuestran el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida, reconociéndose como un indicador importante en la etapa del envejecimiento (Quintero, 1990; Quintero, 1992, 1996; Games, 1994).

Existen diferencias generacionales no sólo desde el punto de vista biológico sino también en cuanto a sexo, psicológicas y sociales, estas diferencias que se presentan a todo lo largo de la vida de los individuos llegan con ellos a la vejez y éstas pueden influir en su calidad de vida.

Se ha hecho referencia a personas que han tenido una autoestima relativamente elevada durante su vida y al efecto del proceso de envejecimiento en su sentido de sí mismo. Pero algunas personas han padecido una baja autoestima durante toda su vida. Siendo así, tienen pocas probabilidades de desarrollar imágenes personales más positivas en la edad adulta tardía. Esto se debe en parte a la naturaleza de las fuerzas que mantienen al sí mismo como está, y en parte a la discriminación por razones de edad y a las pérdidas reales que ocurren durante este periodo (Hansen, 2003).

No obstante, otros experimentan una disminución en la autoestima en sus últimos años. Esto probablemente se deba a las pérdidas significativas, como la merma de la capacidad física (sobre todo si ésta es súbita y perturba las actividades favoritas) y la disminución de control. Como se consideró en los estudios de los pacientes que sufrieron derrame cerebral, el tiempo puede permitir que estos individuos se adapten, afronten el problema de manera eficaz y empleen estrategias auto protectoras para moderar la pérdida de la autoestima (Hansen, 2003).

El encontrar y conservar en esta etapa intereses y proyectos acordes con las posibilidades del viejo y la satisfacción alcanzada en los dominios o facetas más importantes de su vida, constituyen pilares básicos para el estudio de la calidad de vida en el adulto mayor.

La mayoría de los estudios longitudinales han llegado a la conclusión de que las personas mentalmente activas, con una mayor gama de intereses, una más amplia

perspectiva de futuro y mayores contactos sociales llegan a la vejez con una sensación más profunda de bienestar psicofísico (Quintero & González, 1995).

La combinación de factores de comportamiento (alimentación, deporte, cuidado médico), influenciado por el estatus socioeconómico (educación, tipo de trabajo, ingresos) y el progreso social (prevención de enfermedades, acceso a la ayuda adecuada, información) afecta a la longevidad de la población, así una de las principales razones de una salud deficiente durante la vejez se relaciona con el estilo de vida saludable del pasado.

3.1. Autonomía física

La introducción del concepto de *estado funcional* y su medición ha contribuido en mucho a la evaluación de la calidad de vida del anciano.

Cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo (Güell & Morante, 2007).

Durante el envejecimiento, las personas enfrentan un mayor peligro de contraer determinadas enfermedades o de perder su autonomía. En la vejez, el mantenimiento de autonomía está íntimamente ligado con la calidad de vida. Por tanto, una forma de obtener una cuantificación de la calidad de vida de un individuo de la tercera edad es a través del grado de autonomía con que desempeña sus funciones y que lo hace independiente dentro de su contexto socioeconómico y cultural.

Las dificultades para moverse, oír, ver y masticar entre los ancianos también influyen seriamente en su calidad de vida. Al tener en cuenta todo lo anterior, un grupo de expertos de la OMS ha propuesto la *autonomía* como un razonable representante de la salud entre los senescentes (Rocabruno & Prieto, 1992; Salthouse, 2006).

En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. Por este motivo, la conservación de la salud para poder vivir independiente constituye uno de los principales objetivos y preocupaciones de las personas mayores y de la gerontología.

A lo largo de la vida se produce un deterioro progresivo de las capacidades físicas, psíquicas y sociales, o de relación. Este deterioro tridimensional asociado al envejecimiento conlleva la pérdida de autonomía personal, y la dependencia aumenta al vivir en un entorno poco estimulante y carente de oportunidades, situación en la que se encuentran muchas personas a edades avanzadas (Gómez, 2007).

Para Yanguas (2006), en la literatura científica existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como *salud*, *estado de salud*, *calidad de vida* y *calidad de vida*

relacionada con la salud. Con frecuencia estos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, y esta situación no ayuda sino a la confusión terminológica en cuestiones ligadas a la salud, que ya de por sí son objeto de controversia entre los diferentes profesionales que toman parte en cuestiones relativas a ésta.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de la salud, el estado de salud y la calidad de vida y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995).

Medir salud en los senescentes no es fácil y cuando se habla de salud en este grupo de edad, se debe hablar en términos de función más que de enfermedades específicas, ya que las enfermedades pueden traer asociadas disfunciones, incapacidades y minusvalías.

La salud en los ancianos es la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social establecidas en edades muy tempranas y entre las cuales se encuentran interactuando la información genética adquirida de sus progenitores, los errores acumulados, como los relacionados con la nutrición y que ejercen su influencia en periodos tan importantes como la gestación y la niñez, las enfermedades que a lo largo de la vida le impone el azar y el estilo de vida que adopte en la adultez, en relación con hábitos y costumbres nocivas. Por tanto, la salud de los ancianos queda establecida en edades previas a los 60 años (Rocabruno, & Prieto, 1992).

La salud es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico, con el medio ambiente social, cultural y natural (Leguizamón, 2017). Así, pues, la salud no significa simplemente ausencia de enfermedad, es un estado biocultural de equilibrio relativo y función normal mantenidos dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos.

La salud del anciano es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir.

Algunos autores no dejan de considerar, la dificultad existente para medir la capacidad funcional de un individuo en tres esferas (física, mental y social), y sobre todo para seguir de una manera real y objetiva la evolución funcional de un anciano y valorar la eficacia de la terapéutica que se esté empleando (Durán, 2004).

En la actualidad, la definición de salud más aceptada y difundida es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013): es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El concepto de salud ha sido un aspecto muy controvertido de la medicina a través del tiempo. Ha quedado en desuso el criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad.

No es difícil llegar a la conclusión de que el criterio utilizado por la OMS para definir la salud no se ajusta a los ancianos. Los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte de ellos, determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo.

Salud y enfermedad constituyen un par de categorías contradictorias. Forman parte de un proceso continuo, móvil que refleja el grado de adaptación del hombre como ser biosocial a las condiciones biológicas y sociales del medio.

La salud es uno de los elementos clave en una vida larga, satisfactoria y competente. Por ello resulta un punto de referencia común para describirla, así como para juzgarnos a nosotros mismos o a los demás como "mayores".

El estado de salud de un adulto mayor se mide por su capacidad funcional y no por los déficits que pueda tener.

La funcionalidad expresa la capacidad de una persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo (Sampaio, Yukari, & Ito, 2013).

Algunos de los sinónimos y palabras más relacionados con el indicador de salud han sido: enfermedad, estado físico, nivel de funcionamiento físico, independencia física, actividad, dolor y medicación (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).

Los temores acerca de la pérdida del buen funcionamiento mental y físico, de dolores crónicos y penosos, y de las condiciones progresivas de degeneración son preocupaciones comunes en las personas de edad avanzada. Además, que el deterioro mental y físico puede agudizarse a causa de la depresión e impotencia, así como de los temores de la pérdida del control.

La enfermedad, el deterioro y falla de sistemas orgánicos durante la vejez obliga una separación respecto de la imagen corporal percibida de un cuerpo funcional e intacto.

Durante la adultez, los procesos de envejecimiento físico precipitan el duelo por la pérdida del cuerpo joven. Pero es principalmente durante la vejez donde se presenta un fracaso de los órganos del cuerpo humano que da lugar a la separación respecto del sentido de posesión de un cuerpo completamente competente y funcional (Colarusso, 1999).

Debido a la pérdida del funcionamiento y la capacidad, también tiene lugar una separación respecto de las interacciones con otros que requieren habilidades físicas particulares, como la pérdida del sentido de la visión o el oído, que pueden llevar a perder la habilidad para conducir. Estas pérdidas disminuyen el sentido de competencia y limitan algunas veces interacciones gratificantes con otros.

La libertad para ir y venir, para establecer distancias entre los miembros de la familia o amigos, para controlar el propio hogar, etc., se puede perder, forzando

muchas veces al anciano a regresar a un estado de dependencia hacia los otros, como el niño pequeño.

Los afectos experimentados son similares a aquellos experimentados en la primera individuación, ya que tanto los infantes como los ancianos luchan para lograr un control de las funciones sensoriales y motoras y obtener el ejercicio de su propia autonomía y sus elecciones en relación con los otros y el medio que los rodea (Colarusso, 1999).

Todos conocemos a personas que teniendo una edad avanzada dicen sentirse bien, suelen explicitarlo haciendo referencia al “espíritu joven”, “viejos jóvenes”, “viejos sabios”, “envejecer con éxito”, “vejez saludable”; son múltiples las referencias acerca de este proceso.

El estado de salud es condición básica para el bienestar y satisfacción de las personas. Los hombres han considerado el proceso del envejecimiento como un fenómeno patológico, una enfermedad, resultado de la degradación del individuo. La genética molecular comienza a abrir nuevos caminos, no hace mucho tiempo la imagen general de una persona de 65 años era la de un anciano con escasas posibilidades de autonomía y que requería unos cuidados especializados (Febrer, 1996).

Actualmente, ésta es la representación de un anciano de 80 años, puesto que cada vez más personas llegan a edades avanzadas en un buen estado de salud relativo. De esta manera se ha ganado también una mejora en la calidad de vida de las personas mayores.

¿Cómo identificamos quién es un viejo? y ¿cómo distinguimos a un viejo dependiente de quien no lo es? Conocer cuáles son los rasgos de la vejez no es un asunto basado en la biología sino en las condiciones sociales y materiales en las cuales una condición puede vivirse como dependencia o no, o vivirse de distinta manera.

A la hora de trabajar en la mejora de la calidad de vida en la vejez se suele partir del grado de dependencia de la persona mayor con el objetivo de facilitarle los recursos necesarios para realizar las actividades de la vida diaria.

Así, para Gómez (2007), la dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Es decir, se trata por tanto de una dependencia funcional, en la que es necesaria la ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en función del grado de dependencia adquirido. Estos grados se clasifican por lo común en:

- **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Esta clasificación es utilizada por los profesionales a la hora de realizar un diagnóstico del grado de dependencia que ha desarrollado la persona, atendiendo a las actividades que puede realizar dentro y fuera del hogar. Se trata de estudiar el número de veces que necesita ser ayudada una persona para realizar sus actividades diarias.

En consecuencia, el concepto de *dependencia* desde una perspectiva multidimensional, de modo que se entiende por dependencia la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interaccionar con él, por lo que se puede determinar el grado de dependencia de un mayor a partir del ajuste a las demandas de su medio físico y social (Rojas, 1999).

De acuerdo con Hombrados, García y López (2006), la dependencia puede ser económica (debido a las cuantías reducidas percibidas), mental (debido a la disminución de las capacidades cognitivas), física (pérdida de control de sus funciones corporales y sensoriales) y social (pérdida de relaciones sociales significativas para el individuo).

Por lo que es más positivo enfocar la intervención desde el fomento de la autonomía personal, lo que permite centrarse en las potencialidades y no en las limitaciones del anciano, creando una visión positiva de la persona mayor.

Hombrados, García y López (2006) hacen referencia a la autonomía y plantean que es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Consiste, por un lado, en el control sobre la toma y ejecución cotidiana de decisiones y, por otro, en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que son aquellas que le permiten a la persona valerse por sí misma, como, por ejemplo, actividades de autocuidado, de movilidad funcional, labores del hogar o de relación con los demás (Acosta & Celis, 2010).

Cuando la persona va perdiendo la capacidad de dirigir su vida debido al deterioro progresivo de alguna de sus capacidades, va adquiriendo cierto grado de dependencia y poco a poco necesitará la ayuda de los demás para realizar ciertas actividades.

Potenciando las diversas capacidades de las personas mayores (físicas, psíquicas/cognitivas y sociales) y proporcionando las ayudas técnicas o humanas necesarias para realizar las actividades de la vida diaria en función de su grado de dependencia, se fomentará la autonomía personal y, por lo tanto, se mejorará su calidad de vida (Gómez, 2007).

Tanto es así que parece claro que, para aumentar la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años, la intervención sobre los estilos de vida saludables resulta una acción ineludible.

En este sentido se han desarrollado nuevos conceptos como el de *esperanza de vida activa* versus *esperanza de vida dependiente*, que parte de la dependencia física o la necesidad de otras personas para poder satisfacer la mayor parte de las actividades cotidianas como el punto de referencia para calificar las condiciones de los ancianos. La esperanza de vida con buena salud se refiere a la cantidad de años en buenas condiciones físicas que se pueden disponer a partir de los 55 años.

La identificación de las posibilidades de funcionamiento físico pueden ser usadas por los terapeutas físicos en el desarrollo de intervenciones para mejorar las deficiencias y contribuir a la mejoría de las actividades del diario vivir (Brach & Van Swearingen, 2002).

No hay duda de que el concepto de calidad de vida va ligado al elemento esencial de estar sano, dentro de una sociedad que nos pueda dar años a la vida, y ahora lo que queremos es dar vida a todos y cada uno de nuestros años; esto quiere decir que se trata de un concepto subjetivo, propio de cada persona, con una notable influencia del entorno en el que vive, de sus condiciones y estilos de vida; es aquí en donde al adulto mayor le concierne considerar las características que se manifiestan como un proceso saludable y vigoroso. En las últimas dos décadas esta población ha estado por debajo de los 80 años, cuya percepción de sí mismos les ha permitido no sentirse viejos y disfrutar de su envejecimiento de manera activa (Villavicencio, Vega & González, 2011).

Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y, al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias, y serán más felices.

La preocupación por la salud física como componente más destacable de la investigación sobre calidad de vida de las personas mayores muestra la prioridad habitual en los programas y servicios de atención a esa población. El estado de salud alcanza tal importancia en este colectivo que determina muchos otros componentes

posibles de la calidad de vida. Ello se debe al hecho de que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud, por lo que se hace imprescindible evaluar y planificar ayudas en este ámbito.

3.2. Dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor

Han sido varias las propuestas hechas por los investigadores sobre las dimensiones a tomar en consideración referente a la calidad de vida en el adulto mayor. En la Tabla 3 se incluyen las que representan a la calidad de vida, de manera multidimensional.

TABLA 3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Dimensiones	Definición
Bienestar	Percepción subjetiva de bienestar general. Incluye la percepción de buena salud, así como la percepción frente a la vida y el desarrollo personal.
Viudez	Percepción de la viudez como estado actual o posible, y sus implicaciones.
Solidaridad	Aporte que se realiza a otros. Mantener la vigencia a partir de la posibilidad de entregar algo a alguien, ya sea material o experiencia.
Autonomía	Espacios, actividades y ámbitos reconocidos como importantes por las personas mayores que influyen o facilitan su autonomía. Incluye aquellos valorados como indicadores de autonomía.
Vida espiritual	Valoración de aspectos vinculados a la vida espiritual; puede o no guardar relación con una religión en particular.
Economía	Aspectos vinculados a la economía personal y familiar que se ven afectados durante la vejez o que resultan importantes para mantener un nivel aceptable de calidad de vida.
Trabajo	Razones, motivaciones y posibilidades de inserción laboral de las personas mayores.
Salud	Incluye factores y condiciones que influyen en la salud física, mental y social de las personas mayores.
Vivienda	Condiciones físicas y familiares presentes en los hogares que facilitan/ dificultan las actividades cotidianas de las personas mayores.
Físico	Condiciones físicas, ambientales y urbanísticas que influyen en las actividades cotidianas y en la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Dimensiones	Definición
Nacional	Condiciones socio-políticas que facilitan/dificultan la calidad de vida del adulto mayor. Incluye principalmente la percepción de las políticas públicas dirigidas al adulto mayor.
Género	Diferencias establecidas por género en el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez.
Entorno social	Entorno social y familiar en el que interaccionan las personas mayores y que influye en sus actividades y percepción de calidad de vida.
Participación	Espacios e instancias en que las personas mayores pueden participar y/o integrarse a la sociedad.
Sexualidad	Relaciones de pareja; satisfacción con su vida sexual.

Fuente: Schalock & Verdugo (2002).

3.3. Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas públicas. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas de la familia, los cambios en el estatus de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de 55 y más años han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macrosocial como a nivel de las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación que en muchas ocasiones llega de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar con hijos dependientes cuando sólo se cuenta con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Éstas son sólo algunas de las múltiples preguntas que necesitan respuesta mediante un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado (Hansen, 2003).

Han sido varios los modelos que se han utilizado y que han hecho un intento por abordar el concepto de calidad de vida aplicado en personas adultas mayores. A continuación se expondrán los modelos más representativos.

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito, denominado la optimización selectiva con compensación (Yanguas, 2006).

La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida (Yanguas, 2006).

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez. Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del auto concepto como del desarrollo personal. Esta resistencia y adaptación satisfactorias parecen ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos (Yanguas, 2006).

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad. Los diferentes estudios avalan que el estado de salud auto informado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad que las personas felices viven más tiempo que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud, que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad, especialmente de la felicidad de las personas mayores o de bienestar psicológico (Yanguas, 2006).

Modelo de rasgos. Fue planteado por McCrae y Costa en 1990, sobre los cinco factores de la personalidad.

Estos autores ofrecen una visión alterna del desarrollo en la edad adulta. Su modelo de cinco factores de la personalidad se basa en cinco rasgos generales y duraderos que, según consideran, moldean el proceso de envejecimiento y el curso de la vida del individuo. Dichos factores son neuroticismo, extroversión, apertura, agradabilidad y conciencia. McCrae y Costa se enfocan en las cualidades importantes del individuo que dirige la naturaleza de la interacción con el ambiente durante la vida adulta (Hansen, 2003).

La psicología de los rasgos difiere de otras corrientes de la teoría de la personalidad en cuanto a que se centra en diferentes constantes, más que en semejanzas, entre las personas. McCrae y Costa definieron los rasgos psicológicos como dimensiones de las diferencias individuales en las tendencias a mostrar pautas constantes de pensamientos, sentimientos y acciones. Cada uno de los rasgos se encuentra en todos en cierto grado y su distribución en la población es equivalente a la curva normal. Esto quiere decir que la mayoría de la gente posee el rasgo en un grado moderado y pocas personas muestran manifestaciones extremas (Hansen, 2003).

Cuando más de un rasgo tenga una persona, más probable será que el individuo manifieste los comportamientos asociados con él, aunque el comportamiento se ve modificado, desde luego, por las expectativas de rol social, el contexto inmediato, el estado de ánimo y hábitos adquiridos.

Los rasgos representan tendencias o predisposiciones a comportarse en cierta forma, pero no son los únicos determinantes de la conducta. Por último, se supone que se basan, al menos parcialmente, en la genética (Hansen, 2003).

Los cinco factores se definen de la manera siguiente. El neuroticismo se relaciona con la probabilidad de que un individuo experimente emociones desagradables y perturbadoras (como ansiedad, hostilidad, inseguridad y culpa) y sus pensamientos y acciones correspondientes.

La extroversión pertenece a las preferencias de interacción y actividad social, en tanto que la apertura alude a la perceptividad de un individuo a nuevas ideas y experiencias, en contraposición a una preferencia por lo familiar y práctico. La agradabilidad representa el grado de compasión, bondad, cooperación y motivación a evitar el conflicto que muestra una persona. Por último, la conciencia se relaciona con la autodisciplina, organización, ambición y logro (Hansen, 2003).

La cultura puede influir en la manifestación de estas dimensiones comunes de la personalidad, por ejemplo, la forma en que se expresa la audacia o la responsabilidad.

No existe un modelo único para enfrentar el envejecimiento. Hay que estudiar las realidades en las comunas y considerar las opiniones y experiencias de los adultos mayores en cada realidad.

3.4. Modelo de calidad de vida en el adulto mayor de acuerdo con la autora

Después de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica y dada la experiencia en el estudio del tema desde 1996, se considera que la calidad de vida se engloba en un modelo bio-psico-social, porque involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, determinados fundamentalmente por el grado de independencia funcional de los adultos mayores.

En la calidad de vida de las personas influyen tanto aspectos objetivos como subjetivos. La valoración de la misma depende de una serie de valoraciones que hacen de su propia vida. Estos aspectos están marcados por condiciones tanto materiales como espirituales del contexto en los cuales se desarrollan los mismos.

Aunque no cabe duda que la biología es el mayor enemigo del envejecimiento, envejecer con éxito depende no sólo de los sistemas biológicos propios de cada

persona, sino también de factores exógenos que intervienen, modulan y aun explican cualquier forma (patológica, normal y óptima) de envejecer.

Al ser la salud el eje integrador de la calidad de vida, por consecuencia es necesario que el adulto mayor perciba que la sociedad lo acoge y le proporciona redes de apoyo que satisfagan su necesidad de salud, seguridad y protección; esta integración social en el adulto mayor se transforma entonces más en un medio que en un fin en sí mismo, medio que aporta una parte del sustento psicológico del desarrollo de la vida en los estados de edad más avanzada.

Una de las grandes debilidades que ocasiona que el adulto mayor manifieste una disminución de su calidad de vida y que también le afecta en sus relaciones interpersonales y en la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia económica; al tener cubierto este factor, el anciano se siente protegido, seguro de sí mismo y con mayor control de sus emociones.

Prolongando la autonomía y la salud propia de la edad adulta, se logra retrasar la vejez, entendida ésta en el sentido de una persona que cuenta con un nivel de autonomía limitado.

A los propios ancianos les interesa más la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria que el diagnóstico de un estado mórbido. El envejecimiento es el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece.

El éxito del envejecimiento y la calidad de vida ha de conseguirse desde el conocimiento de su contexto, es decir, de las condiciones que rodean al individuo. La calidad de vida es una opción elegible individual y sociocultural y es un concepto evaluado, de manera multidimensional y multidisciplinaria, que resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos.

Todos los aspectos relacionados con la calidad de vida de los ancianos son complicados debido a que atienden a un grupo poblacional poco estudiado y en crecimiento cada vez mayor.

La calidad de vida no puede ser estudiada ni explicada por una sola disciplina. Lo mismo ocurre cuando se estudia la calidad de vida en el adulto mayor, ya que intervienen diversos factores que van desde los puramente biológicos hasta los psicológicos, sociales, económicos, antropológicos, demográficos y políticos, entre otros. Estos subsistemas están compuestos por diferentes elementos, que están relacionados entre sí, necesitando la participación de diferentes disciplinas para su estudio, que, partiendo de un marco contextual común, nos conduzcan a la interdisciplinariedad. No es posible el estudio de este sistema complejo sin una concepción interdisciplinaria.

3.5. Sistemas de indicadores para evaluar la calidad de vida en el adulto mayor

El concepto de calidad de vida no es nuevo. Durante la década de 1950 y comienzos de los años sesenta surgió la necesidad de medirlo con datos objetivos. Desde las ciencias sociales se impulsaron investigaciones que permitieron, por una parte, inaugurar y adoptar un lenguaje común y, por otra, desarrollar metodologías para obtener y analizar indicadores de evaluación de la calidad de vida. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social para, en un segundo momento, incorporar elementos subjetivos (Cepal, 2006).

La evolución de los indicadores relativos a la calidad de vida en la vejez es, sin embargo, más reciente.

Desde fines del siglo pasado, diversos organismos internacionales han encaminado esfuerzos en pro de la definición e implementación de sistemas o conjuntos de indicadores sobre las condiciones de vida y la participación económica y social de las personas mayores.

Otra iniciativa es la Base de indicadores mínimos para el seguimiento de la salud y el bienestar de la población adulta mayor de la región del Caribe o Caribbean Health and Ageing Minimum Data Set (CHAMDS), desarrollada con los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su diseño se basó, principalmente, en el uso de registros y estadísticas continuas de instituciones, servicios y programas dirigidos a las personas mayores.

El Celade (División de Población de la Cepal) también elaboró una propuesta de Indicadores para el Seguimiento de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la cual fue presentada en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, realizada en Santiago de Chile en noviembre de 2003 (Cepal, 2006).

El objetivo de esta propuesta fue formular algunos lineamientos básicos acerca de la estrategia de seguimiento de la situación de las personas mayores en la región, para cada una de las orientaciones prioritarias identificadas en el Plan de Acción de Madrid.

La propuesta fue de carácter general, considerando un marco amplio para el seguimiento y utilizando como fuentes de datos la información censal, las encuestas de hogares y los registros administrativos.

En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se establece que la calidad de vida en la vejez depende de los progresos que se logren en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud

y el bienestar y la creación de entornos propicios y favorables. Partiendo de este entendido, y considerando que una de las limitaciones más importantes que se presentan en la región de Latinoamérica para el seguimiento de la situación de las personas mayores es la deficiencia en el análisis de información relevante sobre aspectos claves de su calidad de vida, se creó un manual que propone una serie de conceptos e indicadores útiles para el diseño y seguimiento de políticas y programas dirigidos a este grupo social.

El objetivo del manual fue proporcionar herramientas teórico-metodológicas para la medición de la calidad de vida en la vejez en los ámbitos de la seguridad económica, la salud y los entornos propicios y favorables.

El tema central del manual fue la calidad de vida de las personas mayores, específicamente desde el punto de vista cuantitativo, vale decir, la operacionalización del concepto y su medición a nivel de agregados poblacionales. En ese sentido, este documento no profundiza en los aspectos subjetivos/individuales de la calidad de vida, en tanto pretende apoyar el cálculo e interpretación de indicadores específicos que retroalimenten la toma de decisiones con relación a las personas mayores en los países de la región.

El primer capítulo se ocupa de la demografía del envejecimiento, describiendo indicadores que dan cuenta del aumento cuantitativo y proporcional de las personas mayores, de las mayores probabilidades de sobrevivencia y de ciertas características sociodemográficas de este grupo etario. El segundo capítulo está dedicado a la seguridad económica en la vejez y analiza indicadores referidos a la participación económica, la cobertura previsional y la pobreza de la población adulta mayor. El tercer capítulo se centra en la salud y el bienestar de las personas mayores, y propone indicadores agrupados en cuatro áreas: la mortalidad y sus causas, el estado de salud, los estilos de vida y sus factores de riesgo, y los vinculados con la atención en salud. El cuarto capítulo está abocado a los entornos sociales y físicos, y propone y analiza indicadores ligados a los arreglos residenciales, las redes de apoyo, el maltrato a las personas mayores, la imagen social de la vejez, la participación, la vivienda y el uso del espacio urbano. Finalmente, el quinto capítulo describe las fuentes de los datos requeridos para el cálculo de los indicadores explorados, sus déficits y potencialidades.

Por último, los países miembros de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (Riicotec) aprobaron un conjunto de indicadores relacionados con el seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, durante su reunión realizada en enero de 2004 en Montevideo (Uruguay), a partir de la cual se estuvieron realizando ingentes esfuerzos por homogeneizar la metodología y las formas de medir los avances que los países iberoamericanos han realizado en la implementación de los acuerdos de Madrid 2002 (Cepal, 2006).

Diseñar una propuesta de indicadores para medir la calidad de Vida en la vejez es un asunto extremadamente complejo, en la medida en que refleja las formas de entender la realidad y privilegia determinados acercamientos a su comprensión y medición.

Al parecer, la discusión recién comienza y observa la trayectoria que ha tenido el concepto de calidad de vida en relación con otros actores de la sociedad como las mujeres o las personas con discapacidad.

Pese a ello, existen algunos consensos importantes en los que se basan las propuestas ya mencionadas y sobre las cuales es bueno ir construyendo a futuro.

Un buen conjunto de indicadores será aquel que logre traspasar un umbral de evaluación predeterminado por sus gestores. La experiencia en la región revela que no importa tanto la cantidad de indicadores con que un país cuente, sino su calidad para medir el logro de los objetivos propuestos.

3.6. Evaluación de la calidad de vida en la tercera edad

La evaluación de la calidad de vida en la vejez no sigue los principios generales del proceso de evaluación, sino que tiene peculiaridades y características propias que deben tenerse en cuenta a la hora de plantearse una evaluación válida y fiable.

Entre estas singularidades, tienen especial importancia los derivados de la adopción de un modelo biopsicosocial, por lo que debe realizarse una evaluación multidimensional de la calidad de vida que refleje los múltiples cambios que ocurren en sus vidas.

Una adecuada evaluación de la persona mayor requiere tener en cuenta los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables moduladoras sobre las consecuencias que estos cambios tienen en las personas (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).

La evaluación de la calidad de vida en la tercera edad en el ámbito internacional se ha desarrollado básicamente desde una perspectiva objetiva, a través de la medición de su complemento (negativo), la falta de autonomía o discapacidad física.

El mayor número de técnicas usadas en la investigación con personas mayores se encuentra en la dimensión de bienestar físico. También existen diversas técnicas que evalúan el bienestar emocional y la inclusión social. Después, las más utilizadas son las técnicas que exploran las dimensiones de relaciones interpersonales, desarrollo personal y bienestar material (Schalock & Verdugo, 2002).

Las técnicas que más se han utilizado para evaluar la calidad de vida en personas mayores son de carácter cuantitativo. El tipo de técnica más común utilizado por los investigadores son las escalas, seguido de los cuestionarios; los siguientes en prevalencia son los inventarios y perfiles y, por último, los índices, entrevistas estructuradas y encuestas.

Lo común es que los profesionales o investigadores desempeñan un rol directivo en la aplicación de los instrumentos, siendo los responsables de dar la información sobre los individuos. Existen pocos auto informes (George & Bearon, 1980; Schallack & Verdugo, 2002).

Los primeros cuestionarios o inventarios fueron creados en función de una sola dimensión con la finalidad de poner de manifiesto la presencia y ausencia de anomalías producidas por enfermedad. El resultado fue que, en muchos casos, sólo se tuvieron en cuenta los aspectos físicos de la vida, sin prestar atención a las áreas emocionales, cognitivas y sociales.

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto se enfrenta no sólo al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Álvarez, Quintero & Bayarre, 1998).

La evaluación de la calidad de vida en el anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario se convertiría en un incremento de la esperanza de la incapacidad; mientras la tarea central de la ciencia actual es justamente retrasar la aparición de la incapacidad en el anciano (Faden & Germán, 1994).

Deben ser tomados en cuenta en este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Fernández, 1994).

Las dificultades para evaluar la salud en la población geriátrica, debidas a la alta prevalencia de deficiencias, ha provocado que la autonomía y el estado funcional se conviertan en importantes indicadores de salud para estas edades; aunque no han dejado de tropezar con dificultades en su operacionalización. Su estudio se ha realizado a través de las actividades de la vida diaria (Álvarez, Quintero & Bayarre, 1998; Acosta, 2009).

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de las actividades de la vida diaria han sido el índice de Katz (1963) y el índice de Lawton, (1969). También se han empleado el Olders American Resources and Service (OARS), la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía de la OMS (CIDDDM), la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria y el índice de Barthel (Álvarez, Quintero & Bayarre, 1998).

Es importante diferenciar entre tres tipos de Actividades de la vida diaria (AVD) en los adultos mayores (Acosta & González, 2009).

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia física. Por otro lado, las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se refieren al mantenimiento personal en términos de

supervivencia cultural y trabajo, y actividades de ocio y sociales, que se refieren a actividades comunitarias y autoenriquecedoras (Acosta & González, 2009).

Las AVD han sido, tradicionalmente, elementos esenciales para medir la calidad de vida y la independencia funcional en los adultos mayores. Las AVD están relacionadas con un conjunto de tareas cotidianas que se realizan para el autocuidado personal y una vida independiente en los adultos mayores.

Existen diversos instrumentos para medir las AVD, originalmente desarrollados para la valoración geriátrica general (Galasko, Schmitt, Thomas, & et. al., 2005) y la evaluación del deterioro funcional en los adultos mayores, entendido como el declive en la capacidad de ejecutar una o más AVD.

En el caso de la valoración de las ABVD, las cuales están altamente correlacionadas con las funciones y la coordinación motora, el ejemplo clásico es el Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria, que mide independencia para alimentarse, continencia, movilidad, uso del excusado, vestirse y bañarse (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963).

Las AIVD son aquellas actividades que desempeñan una vital importancia para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en su comunidad. Son tareas más complejas, no incluyen ABVD y se diferencian del trabajo, el ocio y las actividades sociales (Tong & Man, 2002).

Un ejemplo clásico de la evaluación de AIVD es la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton & Brody (1969). Las actividades que incluye esta escala son la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar el hogar, lavar ropa, usar medios de transporte, asumir la responsabilidad de la medicación y manejar asuntos económicos.

Respecto a las actividades sociales y de ocio, algunos ejemplos son las propuestas de Lemon, Bengston & Peterson, 1972), en la teoría de la actividad (TA) tales como establecer contacto con niños (por ejemplo, nietos), vecinos, amigos y familiares, salir de viaje y otras, las que se reconocen como actividades informales; participar en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, participar en actividades de la iglesia y demás, también llamadas actividades formales, y por último leer libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio, etcétera, que se agrupan como actividades solitarias.

Los adultos mayores realizan un sinnúmero de actividades en su tiempo libre, las cuales dependen de su poder adquisitivo, su salud, su independencia funcional y sus preferencias. Entre dichas actividades se encuentran: visitar amigos y familiares, pasear, leer, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos y participar en actividades sociales, entre otras.

Estas actividades pueden ser complementadas por las actividades propuestas en el modelo de envejecimiento exitoso propuesto por Rowe y Kahn, en 1997, en tres

componentes que son, a saber: la minimización de riesgos para la salud por medio de actividades de protección a la salud, la maximización de capacidades físicas y cognitivas a través de la realización de AIVD, y la participación activa en la vida mediante actividades sociales y actividades productivas que no necesariamente generen una remuneración económica (Crowther, et al., 2002).

La función física de los adultos mayores ha sido evaluada utilizando la Batería Corta de Medición física (SPPB) y se han comparado con los resultados en las escalas de medición de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), encontrándose que los resultados de las mediciones hechas por las pruebas difieren de cómo los adultos mayores se evalúan a sí mismos, a su vez han sido utilizados estos instrumentos en otros estudios como posibles predictores de riesgo de mortalidad en los ancianos, acorde a los resultados obtenidos en los mismos.

Los instrumentos mencionados con anterioridad han sido desarrollados sólo para evaluar el estado de salud del anciano, a partir de indicadores como la autonomía y la capacidad funcional. Lo que si bien es válido, abarca sólo una arista de un concepto tan amplio como el de calidad de vida (Mónica, 2009).

La necesidad de incorporar la evaluación del bienestar subjetivo en el adulto mayor, señalada por diferentes autores, dio paso al desarrollo de dos instrumentos cubanos: la Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH) y la Escala para la Evaluación del Bienestar Subjetivo en adultos mayores, al comprobarse en varias investigaciones que, en ancianos que conservan la salud, la satisfacción por la vida es la dimensión más afectada (Álvarez, Quintero & Bayarre, 1998; Jock, Álvarez & Bayarre, 2001; Trentini, et al., 2012).

El instrumento multidimensional más utilizado, y que más dimensiones del modo propuesto evalúa, es el Medical Outcomes Study 36 - Ítem Short - Form Health Survey.

Para evaluar la movilidad física en los adultos mayores, la Universidad de Alabama creó un instrumento conocido como Aging Life-Space Assessment (LSA). Este instrumento es útil para evaluar movilidad física tanto en casa como en la comunidad y puede aplicarse junto con otros instrumentos (Peel, Baker, Roth, Brown, Bodner & Allan, 2005).

También se han utilizado otros instrumentos para estudiar adultos mayores con depresión, como son el Mini Mental State de Folstein, la Escala de Depresión Geriátrica que contiene 30 ítems y el cuestionario SF-36 para evaluar salud y calidad de vida (Ortiz, Arias-Merino, Flores-Saiffe, Velázquez-Brizuela, Macías-Islas, & Pacheco-Moisés, 2012).

En otros estudios se han utilizado la Escala de satisfacción de Filadelfia, con el objetivo de evaluar el estado de ánimo o satisfacción vital, considerado como un concepto multidimensional del bienestar psicológico; la Escala de autoeficacia para evaluar las expectativas sobre la capacidad personal para iniciar y persistir en la

resolución de tareas; el Mini-Examen Cognoscitivo, que es una cuantificación objetiva del rendimiento cognoscitivo, versión adaptada del Mini Mental de Folstein, y el Índice de Capacidad Funcional (ICF), que consta de 16 ítems, seis corresponden al Índice de Actividades de la Vida Diaria y diez ítems de la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.

Se desarrolló la Escala FUMAT, que permite: a) obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; b) valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados (p. e., rehabilitación, unidad de memoria y Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas, atención al usuario), y c) obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).

Chen, Hicks & While (2013) hicieron una revisión sistemática de los instrumentos que se han utilizado para evaluar la calidad de vida en ancianos, debido al incremento de esta población en China. Revisaron diferentes bases de datos como Psycinfo, Medline, bases de datos de la población adulta mayor en China, etc. Hicieron una revisión de aproximadamente 50 artículos y encontraron que la calidad de vida en adultos mayores ha sido medida tradicionalmente a través de ocho diferentes instrumentos donde cada uno de ellos evaluaban por separado: salud física, bienestar psicológico, bienestar social, condiciones de vivienda y factores sociodemográficos. Concluyeron en su revisión que se necesitaban más estudios a futuro y que se crearán instrumentos validados que exploraran más factores, especialmente la contribución cultural, para evaluar la calidad de vida en poblaciones ancianas.

En las últimas investigaciones, los instrumentos diseñados y empleados para la evaluación de la calidad de vida son cada vez más multidimensionales. La dimensión más analizada es la de bienestar físico, seguida del bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, bienestar emocional y relaciones interpersonales.

La evaluación geriátrica ha tomado gran auge en los últimos años, aportando un continuo perfeccionamiento de instrumentos y conceptos, que intentan cuantificar el estado del anciano en su dimensión bio-médica, psicosocial y funcional.

El desarrollo que ha tenido la psicología, la sociología y la gerontología en los últimos años ha favorecido el perfeccionamiento de conceptos e instrumentos sobre este tema, que han hecho aportes sustanciales para el estudio de la calidad de vida en el anciano. El pluralismo metodológico y el enfoque ecológico de las dimensiones centrales de calidad de vida reflejan el enfoque actual de su medición.

Dado el incremento de este segmento de la población, los instrumentos confeccionados aún son insuficientes, por lo que se debe continuar investigando y desarrollando evaluaciones estandarizadas y confiables que nos permitan continuar profundizando en este grupo poblacional.

3.7. Técnicas de mejora de la calidad de vida para la población en general, incluido el adulto mayor

A continuación, la Tabla 4 muestra las principales técnicas que se han utilizado a través del tiempo para la mejora de la calidad de vida, tanto en la población en general como en adultos mayores.

TABLA 4. TÉCNICAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Dimensión	Ejemplos de técnicas de mejora
Bienestar emocional	Incrementar la seguridad Permitir la espiritualidad Proporcionar <i>feedback</i> positivo Mantener un nivel de medicación psicotrópica tan bajo como sea posible Reducir el estrés Fomentar el éxito Promover ambientes estables, seguros y predecibles
Relaciones interpersonales	Permitir la intimidad Permitir los afectos Apoyar a la familia Fomentar las interacciones Potenciar las amistades Proporcionar apoyos
Bienestar material	Permitir tener propiedades Defender la seguridad económica Lograr entornos seguros Apoyar el empleo Fomentar las posesiones
Desarrollo personal	Proporcionar educación y rehabilitación Enseñar habilidades funcionales Proporcionar actividades profesionales y no profesionales Potenciar el desarrollo de habilidades Proporcionar actividades funcionales Emplear tecnología aumentativa
Bienestar físico	Asegurar la atención sanitaria Potenciar la movilidad Apoyar oportunidades significativas de ocio y tiempo libre Fomentar una nutrición adecuada Apoyar actividades de vida diaria Promover el bienestar, enfatizando la buena forma física, la nutrición, los estilos de vida saludables y el manejo de estrés

Autodeterminación	Permitir realizar elecciones Permitir el control personal Permitir la toma de decisiones Ayudar en el establecimiento de metas personales
Inclusión social	Promover el contacto con redes de apoyo naturales Promover el desempeño de roles y los estilos de vida positivos Potenciar entornos normalizados e integrados Apoyar el voluntariado
Derechos	Asegurar la privacidad Fomentar el voto Reducir barreras Garantizar procesos legales justos Fomentar el acceso a la propiedad Fomentar las responsabilidades cívicas

Fuente: Schalock & Verdugo (2002).

Éstas y muchas técnicas más se han usado, y se seguirán creando nuevas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y el bienestar en el futuro (González-Celis, 2010).

Capítulo 4

4. La interdisciplina en gerontología

Desde el verano de 1982, en Viena, cuando se llevó a efecto la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se reafirmó la perspectiva de que este fenómeno debía ser abordado desde una perspectiva interdisciplinaria que integrara las dimensiones demográfica, médica, sociológica, psicológica y antropológica, por mencionar sólo algunas. Ello implicaba que el envejecimiento era un fenómeno multidimensional, que incluso cuestionaba a la humanidad desde la perspectiva filosófica, ética y estética (Cepal, 2003).

Con el envejecimiento de la población aparecen situaciones que comprometen y cuestionan la conciencia colectiva de psicólogos, biólogos, filósofos, sociólogos, economistas y políticos, entre otros; este hecho, por lo tanto, involucra a numerosas y diversas disciplinas científicas.

En los últimos años se asiste a un crecimiento del desarrollo teórico en gerontología. Por ejemplo, el reconocimiento de que el envejecimiento incluye procesos internos y externos en interacción ha enriquecido las teorías y ha estimulado el uso de enfoques multi-nivel (Curcio, 2010).

Se habla de interdisciplinariedad cuando se hace un uso combinado de algunas disciplinas, combinación que entraña transformaciones recíprocas en cada una de ellas. La geriatría es un verdadero campo interdisciplinario desde un punto de vista pragmático, más que epistemológico o praxeológico, que comparte espacios comunes de trabajo, produce “mestizaje”, obtiene éxitos invisibles; es menos normativa y más analítica, e implica un trabajo sobre lo real, más que sobre lo prescrito o conceptualizado, lo que a su vez lleva a pensar en la interdisciplinariedad en sentido inverso: es la práctica interdisciplinaria la que posibilita el análisis epistemológico (Dussault, 1990).

Los gerontólogos han sido consumidores de los enfoques disciplinares, por lo que es fácil encontrar literatura con enfoques psicológico, sociológico o económico, en los que las teorías y métodos se derivan de la disciplina central y se aplican al estudio de los ancianos y de las circunstancias sociales. Los investigadores trabajan con referentes teóricos desde sus propias disciplinas, sin que ello se traduzca en la

construcción de un corpus teórico en gerontología. De hecho, para muchos autores la supervivencia de la gerontología se debe al soporte de otras disciplinas, es decir, las teorías en gerontología se han desarrollado de manera unidisciplinaria e interdisciplinaria (Curcio, 2010).

La gerontología, si se enfoca científicamente, es básicamente interdisciplinaria, procedente de una acción interdinámica entre disciplinas particulares; esta integración interdisciplinaria es la que prevalece en la gerontología, y no sólo lo es en la práctica profesional sino también en la enseñanza y en el desarrollo de conocimientos.

Los conocimientos gerontológicos han progresado gracias al encuentro de diversas disciplinas basadas en la investigación y en la metodología. En la investigación, sea cualitativa o cuantitativa, se requieren básicamente los conocimientos de la gerontología; sin embargo, una buena metodología en la investigación por sí sola no bastaría, se necesita conocer, elegir y utilizar los marcos teóricos adecuados para la integración y desarrollo de variables, que serían la base para la interpretación y organización conceptuales de estas observaciones. La teoría sería una explicación para unificar las diferentes operaciones de una investigación, o sea, orientar la investigación futura y sobre todo dar respuestas al porqué del fenómeno en estudio.

Aunque no existe una teoría de la gerontología, sí existen, sin embargo, diversas teorías relacionadas con ciencias específicas que estudian la vejez. Los investigadores tienden más a trabajar en equipos interdisciplinarios, con el fin de trascender lo más posible en las perspectivas propias de cada especialización y así integrar a la gerontología como ciencia.

Es importante recordar que el término *interdisciplinario* se usa cuando hay contribución de dos o más disciplinas y esta contribución crea una sinergia original o novedosa; la interdisciplinariedad es más que la suma de partes, por ello se insiste en que en gerontología se asiste a un desarrollo intradisciplinario, a veces multidisciplinario o interprofesional, en el que las disciplinas cohabitan más que interactúan. La verdadera interdisciplinariedad ha sido más una idea que un hecho. Además, la gerontología no ha producido por sí misma metodologías o teorías ampliamente aceptadas, este desarrollo teórico apenas empieza (Marshall, 1996; Curcio, 2010).

El envejecimiento se ha definido como un proceso bio-psico-social, es decir, está compuesto de tres dimensiones. La dificultad estriba en que cada una de estas dimensiones se ha desarrollado de manera separada, reflejando tensiones entre las tradicionales perspectivas disciplinarias y la multidimensionalidad del envejecimiento (Hagestad & Dannefer, 2001).

El envejecimiento es uno de los más complejos sujetos u objetos de estudio en la ciencia moderna. Los teóricos en gerontología han sido influenciados por las estructuras organizacionales de las universidades a las que pertenecen, que no responden a la complejidad asociada al campo de la gerontología, por lo que se ha optado por

no abordar la gerontología per se, sino mediante una perspectiva disciplinaria específica, lo que favorece el desarrollo intradisciplinario y no el desarrollo interdisciplinario (Curcio, 2010).

Se han reciclado teorías y conceptos, por ejemplo, los sociólogos se han preocupado de los roles, de las relaciones familiares e intergeneracionales, de las clases sociales, del estatus y de las relaciones de poder asociadas a la vejez y al envejecimiento. Los psicólogos, por su parte, se han ocupado de los problemas de aprendizaje, memoria, estrés, depresión, demencia y las alteraciones conductuales (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009).

Estas tensiones entre lo uni, intra, multi e interdisciplinario tienen una relación directa con el objeto de estudio de la gerontología. El asunto más importante que enfrenta la gerontología es si la perspectiva disciplinaria adoptada en el curso de la teorización altera o no la naturaleza de la pregunta que se hace: diferentes disciplinas en diferentes momentos no pueden hacer las mismas preguntas, así las cuestiones relativas al envejecimiento y la vejez son diferentes en cada disciplina, en cada momento y en cada contexto (Marshall, 1996).

La historia, en tanto que disciplina, se ha ido transformando y ha acudido a otras como la sociología, la economía y la antropología, entre otras, lo cual se evidencia a partir de la historia de las mentalidades, en los trabajos de Duby y Le Goff sobre la Edad Media. Estos autores hicieron la historia más multifocal y multidimensional. Las dimensiones de otras ciencias humanas se encuentran presentes y la perspectiva global, por la multiplicidad de perspectivas particulares, es requisito indispensable para su comprensión (Curcio, 2010).

De igual manera, la geriatría ha venido sirviéndose paulatinamente de otras disciplinas para aumentar y consolidarse en dos puntos de encuentro definidos: el primero es epistemológico y se refiere a la necesidad de unificar al anciano como un todo, puesto que el foco de atención es el anciano y no la enfermedad (dado que los ancianos generalmente presentan múltiples patologías que interactúan), y el segundo, pragmático, se refiere a la resolución de problemas complejos.

La geriatría parte fundamentalmente de la medicina y la enfermería, a través de una mirada desde la biología, integrada a través del objeto de estudio de cada una de ellas: la enfermedad y el cuidado. A medida que otras disciplinas se han desarrollado, la geriatría se ha nutrido de ellas, permitiendo ampliar las miradas sobre el proceso de envejecimiento.

El trabajo social ha sido otra disciplina que ha acompañado a la geriatría, a través de una mirada del anciano como problema, un poco senilista, pero de gran utilidad. La psicología se ha integrado paulatinamente en los equipos interdisciplinarios, y actualmente la neuropsicología es fundamental al momento de realizar evaluaciones de pacientes con deterioro cognoscitivo.

De otro lado, desde hace algún tiempo la capacidad funcional se ha consolidado como elemento clave del bienestar de los ancianos y es allí donde la rehabilitación geriátrica —mirada desde la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología— es clave para solucionar problemas básicos de independencia, tan importante en los ancianos.

Existen además otros actores que intervienen en el equipo interdisciplinario, desde el nivel técnico (auxiliares de gerontología) hasta el profesional (gerontología como carrera), que han enriquecido las acciones sobre las situaciones de los ancianos en América Latina. En menor medida, algunas otras disciplinas como la arquitectura, la sociología y la antropología han contribuido tanto en la resolución de problemas como en la ampliación de la mirada multidimensional del envejecimiento. Otra disciplina que ha tenido que hacer adaptaciones, especialmente para la resolución de problemas de los ancianos, es el derecho: el aumento de situaciones legales al envejecer ha posibilitado a los abogados conocer un poco más sobre la multidimensionalidad de los ancianos. Todos los aspectos relacionados con la calidad de vida de los ancianos, desde los biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, etc., son complejos; éste ha sido, además, un grupo poblacional poco estudiado y en crecimiento cada vez mayor.

Para hacer un abordaje integral de la calidad de vida en el adulto mayor, se deben contemplar diferentes disciplinas, entre las que se encuentran la gerontología, la geriatría, la psicogerontología, la antropología, la sociología, la nutriología, el derecho, la economía, la neuropsicología, la bioética, la educación, la comunicación, la genética, la demografía y las matemáticas, por mencionar algunas.

4.1. Diferentes estudios interdisciplinarios realizados en gerontología

En América Latina los equipos interdisciplinarios no han estado exentos de este proceso de desarrollo; hasta hace algunas décadas, el médico era el único llamado a responder a todas las situaciones de salud del anciano, y se prestaba otro servicio solamente si él lo requería, especialmente servicios de enfermería. En la medida en que los ancianos fueron siendo un grupo visible en la sociedad y en que presentaban situaciones particulares —no comunes a otros grupos etarios—, el trabajo social debió asumir muchas de estas situaciones. Posteriormente, con el aumento considerable en la formación del recurso humano y con el acercamiento de otras disciplinas a la geriatría, se ha logrado el reforzamiento de los equipos interdisciplinarios con la participación de otros profesionales, especialmente del área de la salud. Sin embargo, otras disciplinas solamente han tenido contactos esporádicos o su participación es

muy tangencial aún, pero la necesidad de resolver problemas les ha llevado a acercarse a las disciplinas de la salud, como sucede con la arquitectura ante las necesidades de diseños de espacio público y viviendas, en una región con porcentajes elevados de ancianos discapacitados y múltiples barreras arquitectónicas.

Esta historia sucinta corrobora los planteamientos de Dussault (1990), según los cuales existe un *continuum* de la colaboración profesional como una forma de interdisciplinariedad, que comienza por prácticas individuales, sigue con intercambios de información, en un tercer momento se hacen consultas entre profesionales, posteriormente comienza la coordinación que da paso a una multidisciplinariedad y que conduce finalmente a la interdisciplinariedad.

Este *continuum* es interesante porque muestra el desarrollo real, no conceptual, organizacional o político, es decir, reafirma la existencia de *praxis* interprofesionales, y en la medida que se han ido transformando esas prácticas en cada disciplina, que se ha ido construyendo un lenguaje común para enfrentar los problemas cotidianos, se asiste a una interdisciplinariedad práctica.

Una situación es clara en este momento respecto a la geriatría, y es que el trabajo en conjunto es fundamental, puesto que se requiere una mirada interdisciplinaria del anciano con el objetivo de resolver los complicados problemas que en ocasiones presenta, no solamente en el área física, sino también en las áreas social, funcional y mental. Además, es claro que el proceso de cuidado se facilita cuando intervienen múltiples disciplinas y los costos pueden disminuir, especialmente al prevenir complicaciones o la aparición de los grandes síndromes de la geriatría.

En América Latina se ha dado la construcción de equipos interdisciplinarios a través de la búsqueda de soluciones a problemas, más que mirando al anciano como un todo, puesto que se han constituido fundamentalmente alrededor de problemas como:

- La valoración geriátrica multidimensional en hospitales generales, la atención de patologías que requieren el concurso de muchas disciplinas al mismo tiempo, como sucede con la fractura de cadera, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer y su cuidado paliativo y el dolor crónico, entre otras situaciones.
- La evaluación y tratamiento de otras situaciones que son propias de los ancianos como: la demencia, el delirium y las caídas.
- Los modelos de atención existentes en los países o regiones, como equipos interdisciplinarios de atención primaria para ancianos (promoción de la salud y prevención de enfermedades), de diagnóstico precoz de patologías, especialmente neoplásicas, de seguimiento de enfermedades de alto costo como VIH-sida o insuficiencia renal crónica, realizadas por centros de alto nivel de complejidad.

- La valoración y manejo de enfermedades que requieren atención altamente especializada como las relacionadas con patología cardiovascular, especialmente los equipos interdisciplinarios de manejo de falla cardíaca y rehabilitación cardiopulmonar después de un infarto agudo de miocardio.

Aquellos que trabajan con ancianos, más que competencia, requieren complementariedad, puesto que en forma aislada no se puede dar respuesta a la complejidad del envejecimiento y sus múltiples intervinientes, y es necesario el concurso de otros. En la medida en que el envejecimiento convoca varias disciplinas, obliga a asumir un intercambio con los otros.

Como sucede en muchos sitios, la interdisciplinariedad en América Latina, dadas las dificultades de acceso a recursos tanto económicos como humanos o de capacitación, o por las características de las disciplinas que atienden al anciano, tiene una connotación más de exigencia práctica que de intercambio de saberes, convirtiéndose en un círculo hermenéutico de la interpretación de la necesidad de intervención, como lo propone Couturier respecto a las disciplinas relacionadas con el sector socio sanitario (Dussault, 1990).

Desde un punto de vista epistemológico, en la medida en que los profesionales trabajan juntos, se produce un “mestizaje”, es decir, una transformación propia, a partir del contacto con otros que conduce a nuevas formas de hacer, a nuevas *praxis*.

En América Latina, en el campo de la geriatría, la interdisciplinariedad no se discute, se practica, tanto en la atención de la persona anciana y su familia, como al desarrollar proyectos de investigación e inclusive en los procesos de formación profesional.

Como en educación, también en la geriatría se puede hablar de tres tipos distintos o de tres lógicas de interdisciplinariedad. El primer tipo, europeo, especialmente de habla francesa, se basa en la racionalidad científica, se centra en la búsqueda del significado y se denomina lógico-racional. El segundo, norteamericano de habla inglesa, se basa en el “saber hacer”, de tipo metodológico y se denomina lógico-instrumental, y el tercero, latinoamericano, hispano parlante, se basa en las dimensiones humanas y afectivas, y se denomina lógico-subjetivo.

En la interdisciplinariedad europea se le da mayor importancia a la relación con el saber y con la disciplina científica, se hace énfasis en un análisis de las situaciones del anciano desde la perspectiva reflexiva y crítica, orientada más hacia una unificación del saber científico. Los problemas que se analizan al interior de los equipos interdisciplinarios, más que un enfoque práctico, se abordan con un enfoque desde cada disciplina, permitiendo un abordaje comprensivo del problema (Fourez, 2001).

Algo diferente ocurre con la interdisciplinariedad norteamericana, donde lo que se busca es asegurar la producción de los seres humanos, actuar en y sobre el mundo, por tanto, se centra fundamentalmente en el pragmatismo y se miran las situaciones

del anciano como problemas que deben ser resueltos. Es una visión instrumental (el “saber hacer”) y una preocupación por resolver situaciones a fin de posibilitar la inserción social y la adhesión a las normas y valores preestablecidos (el “saber ser”). La interdisciplinariedad se basa especialmente en las interacciones sociales externas (Fourez, 2001).

La perspectiva latinoamericana de interdisciplinariedad, como la norteamericana, también tiene una orientación pragmática, que busca ante todo resolver problemas en los ancianos, pero a diferencia de ésta, acá se privilegia el afecto y la subjetividad de los integrantes de equipos interdisciplinarios. Es una perspectiva fenomenológica centrada en el reforzamiento de las interacciones internas del sujeto y a su vez de las interacciones que se producen con los actores sociales (anciano, familia y equipos interdisciplinarios) puesto que en estas interacciones se generan soluciones, por lo general de manera creativa, a los problemas evidenciados durante la valoración.

Existe evidencia, aunque limitada, de que los equipos interdisciplinarios mantienen y mejoran función y disminuyen depresión y mortalidad en los ancianos, especialmente con condiciones complejas. En los primeros estudios, con investigaciones de un sitio único, se demostró que la Evaluación Geriátrica Multidimensional, realizada por equipos interdisciplinarios, especialmente en Unidades de Evaluación y Manejo Geriátrico (UEMG), mejoraba en gran medida la supervivencia y la capacidad funcional. Evaluaciones posteriores, desde 1995, han mostrado que son menos exitosos. Los efectos benéficos de clínicas ambulatorias para evaluación y manejo geriátrico han sido pocos, aunque algunos estudios muestran mejoría en la autopercepción de salud, en las Actividades Básicas Cotidianas en su nivel físico e instrumental, en bienestar general y en los puntajes de depresión (Fourez, 2001).

El trabajo en equipo tiene todo el potencial para mejorar el desempeño de los pequeños grupos. Un equipo interdisciplinario es un conjunto de personas que trabajan con un objetivo determinado que es el de cubrir las necesidades del paciente y su familia (en el caso de la salud), de una manera integral, de la misma forma que cada uno de los miembros del equipo también satisface necesidades y valores (Macías, 2001).

El trabajo interdisciplinario toma en cuenta la contribución de los demás miembros del equipo cuando hacen su parte.

Cada vez existe mayor evidencia que demuestra que las evaluaciones por equipos interdisciplinarios reducen la utilización de servicios de cuidado de salud —como disminución en los días de estancia hospitalaria—, que postergan el reingreso a los hogares de los ancianos y reducen el número de ingresos en los mismos.

Debe existir una filosofía centrada en el cuidado del anciano. Cuando un equipo interdisciplinario funciona en forma adecuada, éste se convierte en una única disciplina, en la cual el total siempre es mayor que la suma de sus partes.

La atención al anciano —máxime cuando padece algún proceso demencial dada su complejidad—, exige un rico trabajo interdisciplinario. No se trata de cubrir, sino de “des-cubrir” los múltiples obstáculos que pueden surgir, como es lógico, en los avatares de la tarea y que patentizan en los equipos titulados interdisciplinarios (Macías, 2001).

Para Macías (2001), la interdisciplinariedad se realiza entre amigos, no entre desconocidos o, peor, enemigos, y, más allá de una conceptualización, se requiere pasar rápidamente a la acción para obtener resultados, que no solamente son claves en el momento de continuar trabajando en conjunto, sino que buscan cimentar el trabajo cotidiano y las interrelaciones existentes entre los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario (el “mestizaje”). Por ello, es importante compartir propósitos y objetivos, discutidos al interior del equipo y dirigidos hacia situaciones particulares de los ancianos.

Otro aspecto al momento de su conformación es la claridad en cuanto a los papeles y responsabilidades de cada miembro: que las contribuciones de cada disciplina sean apropiadas y discutidas, que las actividades sean coordinadas y aceptadas y que exista un clima de confianza entre los integrantes del equipo. La eficiencia del equipo interdisciplinario se obtiene porque cada miembro del equipo completa porciones estratégicas de una evaluación geriátrica multidimensional. Luego los miembros del equipo comunican su evaluación y desarrollan un plan de cuidado centrado en el paciente (The John A. Hartford Foundation, 2006).

Algunas situaciones concretas en América Latina respecto a estos elementos claves en la conformación de equipos interdisciplinarios y respecto a su funcionamiento son las siguientes:

Los equipos interdisciplinarios que tienen éxito son aquellos donde cada disciplina ha disminuido su paranoia sobre la posible usurpación de los otros; por lo regular son los médicos y los psicólogos los que deben hacer un esfuerzo mayor, lo que no sucede con enfermería o trabajo social. El mayor obstáculo de la interdisciplinariedad es la dificultad de dejar de lado lo que cada uno considera como su propiedad privada más íntima, sus ideas, sus descubrimientos, sus resultados; algunos lo viven como una amputación insoportable (Macías, 2001; The John A. Hartford Foundation, 2006).

Los propósitos y objetivos deben ser concretos, realistas y limitados en el tiempo, a corto y largo plazos: es la regla para obtener resultados exitosos. Estos objetivos deben ser compartidos por el paciente, los cuidadores y la totalidad del equipo que atiende al anciano. En ocasiones, especialmente en los profesionales más recientes en el equipo interdisciplinario, se presentan dificultades al pretender objetivos demasiado idealistas que originan confusión entre el equipo y falsas esperanzas en el anciano.

Otra situación que en ocasiones origina deserciones de los equipos interdisciplinarios, especialmente de aquellos profesionales que no tienen la experiencia con ancianos, es la realidad en cuanto a los planes de intervención en este grupo poblacional ya que requieren más tiempo, mayor esfuerzo y tienen más posibilidades de fracaso.

La coordinación se convierte en otra situación que puede generar conflictos, especialmente al comienzo de las actividades, puesto que muchas veces el gestor del equipo no es el más recomendado para coordinar. La experiencia ha demostrado que son las trabajadoras sociales y las enfermeras, más que los médicos, quienes llevan a cabo este proceso con mayor éxito, especialmente porque hacen un seguimiento más sistemático de las tareas encomendadas.

Otro aspecto del equipo interdisciplinario y que debe definirse para permitir mayor agilidad en el funcionamiento es la asignación de tareas y responsabilidades concretas, antes de la discusión en el equipo interdisciplinario, por ejemplo: establecer quién informa sobre el ingreso del paciente para la valoración en cada disciplina, quién realiza el manejo administrativo del grupo y cuáles son las funciones de cada disciplina dentro del equipo interdisciplinario, especialmente para ofrecer soporte en la atención tanto al anciano como a la familia, cuando se requiera.

Las visitas domiciliarias constituyen una estrategia fundamental para evaluar el medio ambiente físico y valorar la calidad de las redes de apoyo; por lo regular, son realizadas por trabajo social, en compañía de enfermería. Realizarlas en las grandes ciudades tiene muchas dificultades, pero, cuando se hacen, son de gran utilidad, especialmente para definir sitios de reubicación.

Es común que durante el proceso de intervención, en los grupos interdisciplinarios se presenten situaciones de dependencia y procesos de transferencia y contra transferencia, especialmente cuando se manejan situaciones con alto nivel de emotividad. Se debe buscar disminuir de manera gradual el papel de la institución y de los profesionales y aumentar la responsabilidad de la familia y cuidadores, además de tomar al anciano como sujeto y no como objeto (Macías, 2001).

El no poseer, en la mayoría de los países, una red de atención como un *continuum* de servicios al anciano, propicia que se presenten obstáculos en su cuidado y que la institucionalización sea vista como la única solución a muchos de los problemas (The John A. Hartford Foundation, 2006).

En general, dentro de los equipos interdisciplinarios que trabajan en geriatría se realiza un proceso de capacitación constante sobre los principios de gerontología, envejecimiento y vejez, en evaluación geriátrica multidimensional y en los grandes síndromes de la geriatría, buscando que todos sus integrantes hablen el mismo idioma al momento de abordar a un anciano.

¿Cómo se evita la usurpación de la identidad en los equipos interdisciplinarios? Por lo regular se requieren muchas reuniones para superar los conflictos que generalmente se presentan al comenzar:

- a) Una de las estrategias empleadas es que cualquier miembro del equipo interdisciplinario puede hacer la aplicación de los cuestionarios y encuestas, previa capacitación por el resto de integrantes del equipo. En los estudios de envejecimiento, la interdisciplinariedad tiene sus ventajas y desventajas. Una de las ventajas es que profundiza acerca de los aspectos más relevantes del envejecimiento, mientras que la desventaja es que requiere un ejercicio continuo de integración de las diferentes perspectivas para generar el entendimiento del ser humano envejecido como un todo y no como la suma de las partes, profundas e interesantes pero desarticuladas (Asíli, 2004).
- b) Se le permitirá discutir y aun cuestionar los diagnósticos realizados por otras disciplinas. Esto posibilita esquemas de tratamiento más racionales y la generación de mayor familiaridad y confianza entre los miembros del equipo.
- c) Al comienzo se tiende a hacer evaluaciones aisladas y recomendaciones con una mirada desde la propia profesión, pero es en la medida que éstas se integran con otras recomendaciones y se obtienen respuestas, que existe una pérdida de esa identidad (la transformación y el mestizaje), un romper de barreras para obtener el *habitus* interdisciplinario. El *habitus* designa maneras de pensar y de ser comunes a muchas personas del mismo origen social; es incorporación de experiencias que permiten al profesional interpretar el mundo social de una manera determinada y que se modifica al integrar la interdisciplinariedad al trabajo cotidiano (Bourdieu, 1972).

¿Cómo se logra la integración de estas disciplinas a través de los dos puntos de encuentro referidos previamente (el epistemológico: la necesidad de unificar el anciano como un todo, visión holística, y el pragmático: la resolución de problemas complejos), de manera que conformen un modelo genérico más que una metodología de resolución de problemas? Éste tal vez es el reto más importante que tienen los equipos interdisciplinarios después de su consolidación, puesto que es común que el trabajo se limite a solución de problemas, sólo que la geriatría requiere ahondar más en su conceptualización y estructuración epistemológica y esto solamente se logra mediante la producción de conocimiento (Gutiérrez & Gutiérrez, 2010).

Es necesario asumir la interdisciplinariedad como una condición de trabajo que analiza el conocimiento obtenido, posible sólo a partir de la práctica profesional (García, 2010).

Uno de los graves problemas que presenta la formación en interdisciplinariedad del personal de salud en América Latina es que no se da de manera formal, se tiende a una formación mono disciplinaria jerarquizada y rígida, donde la interdisciplinariedad es un concepto más, antes que una actitud de vida. Sin embargo, la constitución de diversos equipos interdisciplinarios ha motivado la formación en interdisciplinariedad de una manera más informal, donde las rotaciones y pasantías por estos equipos —con temáticas definidas— han venido sustituyendo paulatinamente a las asignaturas rígidas de antaño.

La formación en interdisciplinariedad en las ciencias de la salud será exitosa en la medida en que se integra al anciano como un todo y en la medida que se considere la necesidad de tener otras miradas sobre el proceso de envejecimiento. Este proceso debe estar en constante evolución, pues, como lo propone Lebel (1990), requiere que los formadores de recursos humanos desarrollen sus conocimientos y aptitudes dentro de un dominio que puedan constituir modelos creíbles para sus estudiantes con modelos pedagógicos que ofrezcan el tiempo suficiente para asimilar saberes diferentes a los propios y que permitan la confrontación constante de puntos de vista (Lebel, 1990).

Además, la interdisciplinariedad es clave en la formación del recurso humano al contar con todas las especialidades y todos los niveles de formación, puesto que permiten diversas miradas con diferentes grados de complejidad.

Los estudios interdisciplinarios sobre vejez, realizados hasta el momento, han sido de diversa índole. Uno de los estudios se llevó a cabo en 2008 en Uruguay, en la Universidad de la República (Udelar). Se creó el Observatorio de Envejecimiento y Vejez, que da cuenta de la situación de este colectivo en Uruguay mediante el análisis en distintos planos: a) institucional (legislación), b) políticas públicas (nacionales y locales), c) iniciativas provenientes de la sociedad civil, d) indicadores sociodemográficos que ayuden a comprender la situación de la vejez en las tres áreas prioritarias de política, definidos en las conferencias internacionales y regionales sobre el envejecimiento. Este proyecto recibió el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Udelar, que financió el proyecto Fortalecimiento del Observatorio de Envejecimiento y Vejez en Uruguay para el periodo 2009–2011.

Paralelamente, en esta misma universidad, desde 2009 se encuentra en funcionamiento el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) en el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República. La Udelar apoya esta iniciativa con la intención de fortalecer los trabajos de corte interdisciplinario.

El equipo de NIEVE está integrado por docentes de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Ciencias Sociales. En 2010, el NIEVE recibió apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la realización de algunas actividades (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010).

En México se realizó por primera ocasión un estudio interdisciplinario en los adultos mayores que asisten a los clubes de la tercera edad del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en un municipio del Estado de México (López, 2016).

El estudio abarcó diversos niveles interdisciplinarios. *Auxiliar*, se presenta cuando una disciplina recurre, permanente u ocasionalmente, a los métodos de otra u otras para el logro de su propio desarrollo, en este caso las estadísticas; *instrumental*, se presenta a partir de ciertos instrumentos metodológicos aplicables a diversas disciplinas y que llegan a constituirse en objeto de estudio independiente (suele ocurrir con algunos modelos, en este estudio se refleja mediante la utilización de escalas); *estructural*, se presenta a partir del estudio de estructuras comunes que permiten estudiar conexiones en hechos distantes, catalogados en disciplinas distintas de la interdisciplinariedad referentes al concepto de calidad de vida, y pretende llegar a una aproximación *conceptual*, cuando a partir de un concepto de carácter genérico, independiente de una disciplina específica, hacemos claridad de fenómenos presentados en la realidad y que pueden ser estudiados por diversas disciplinas, en el estudio interdisciplinario de la calidad de vida del adulto mayor (Repko, 2012).

Para la realización del estudio se realizó una extensa búsqueda bibliográfica contemplando diferentes disciplinas. La autora consideró aquellas que por su relevancia han aportado más información teórica y empírica al estudio de la calidad de vida en adultos mayores, tomando en consideración la metodología interdisciplinaria estudiada a través de Repko (2012). Así, formaron parte de la investigación la gerontología, la geriatría y la bioética.

La escala que se utilizó para el estudio de la percepción de la calidad de vida fue la adaptación de una escala previamente desarrollada y estandarizada para población adulta mayor cubana. Se realizó la adaptación de la misma para la población mexicana y se utilizó en los adultos mayores que participaron en el estudio.

La escala utilizada superó otras que se han construido para el estudio de esta categoría en ancianos, ya que la mayoría se ha centrado en estudiar la dimensión salud, que se considera imprescindible a la hora de evaluar la calidad de vida en el adulto mayor, pero dicha categoría también incluye otras dimensiones.

La escala fue de fácil comprensión y extensión, condición requerida para un instrumento de medición para estas edades, constituyendo una valiosa herramienta de trabajo, la cual se aproxima al estudio de una categoría tan compleja.

La escala que se adaptó incluyó reactivos que contemplaran todo un grupo de dimensiones para evaluar la calidad de vida en toda su integridad y tomando en consideración varias disciplinas.

Las preguntas de investigación estuvieron dirigidas a conocer cómo los adultos mayores que asisten a los Clubes de la Tercera Edad del DIF en un municipio del

Estado de México percibían su calidad de vida, así como a determinar los factores sociodemográficos que se relacionaran con ésta, las dimensiones representadas en el estudio y las disciplinas que las representaron. Como hipótesis se planteó que los adultos mayores que asistían a estos clubes tendrían una percepción satisfactoria de su calidad de vida.

La investigación fue aplicada, con enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental, transversal y prospectivo. Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), Excel y el Programa Minitab. Se estableció un nivel de significancia $p < .05$.

La población de adultos mayores que asistían a los clubes de la tercera edad del DIF de Huixquilucan es de 1500 personas, de las cuales 380 son hombres y 1120 mujeres. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, quedando conformada la muestra por 479 adultos mayores, 192 hombres y 287 mujeres.

Se elaboraron los instrumentos específicos para la población, compuestos por el consentimiento informado y datos generales. Los parámetros sobre calidad de vida objetiva fueron indagados a través de preguntas sencillas en este apartado y la calidad de vida subjetiva apareció evaluada a través de una escala tipo Likert.

Los resultados indicaron que el instrumento fue válido y confiable tanto en el estudio piloto, como en la muestra final. El alpha de Cronbach fue de $\alpha.90$ para la muestra y estuvieron representadas las tres disciplinas que componen el estudio interdisciplinario a través de las dimensiones: satisfacción con la vida, familia, independencia funcional y relaciones sociales.

La edad media de los participantes fue de 73 años, el nivel escolar más frecuente fue de primaria sin terminar, la mayoría vive con su pareja e hijos, el promedio de hijos de manera mayoritaria osciló entre 3 y 4 hijos, la religión que más practican es la católica, las enfermedades reportadas fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y trastornos circulatorios, para las que reciben atención médica, la mayoría vive en casa propia, son pensionados y sus ingresos están por debajo de los 2000 pesos mensuales. La mayoría no necesitaba cuidadores.

La calidad de vida percibida para la muestra estuvo relacionada con las variables sociodemográficas medidas siguientes: escolaridad, edad, ocupación, religión, estado civil, con quién vive y no tener cuidador. Dentro de las variables con parámetros objetivos, se midió la relación de percepción de calidad de vida con el nivel de ingresos, aunque la relación fue baja.

Las principales conclusiones del estudio apuntan a que los adultos mayores que participaron en el estudio percibieron su calidad de vida satisfactoriamente, lo que corrobora la hipótesis de la investigación. El hecho de participar en actividades de tipo social y de asistir a este tipo de instituciones favorece altamente su percepción de calidad de vida. Estos resultados reafirman el concepto de que es

una categoría donde lo subjetivo ocupa un lugar preponderante. En los resultados del estudio estuvieron representadas las disciplinas escogidas, utilizadas de una manera multidimensional.

Conclusiones

El cambio demográfico se ha producido con tal velocidad que hoy aparece la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional y de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico. Este proceso está influyendo de distintas maneras en la sociedad, la economía, la política y la cultura.

Estos cambios tenderán a socavar el funcionamiento de muchas de las instituciones y los actores sociales presionarán para que se modifiquen, de modo que reflejen más fielmente las nuevas pautas de demandas y necesidades. El envejecimiento está impulsando profundos cambios en la manera de ser y de pensar.

La longevidad o el incremento de los años de vida del ser humano exige, a nivel de toda la sociedad, una reflexión profunda e integral de las problemáticas del anciano, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, en interés de realizar esfuerzos mancomunados para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo poblacional que crece mundialmente con rapidez.

El abordaje interdisciplinario reúne las complejas necesidades para atender este fenómeno. La interdisciplina tiene dos elementos fundamentales, de un lado, el reconocimiento recíproco de las competencias entre las múltiples disciplinas; todas deben conocer qué hacen las otras y, por otro lado, a través del respeto, pero con la capacidad de disentir y opinar sobre las propuestas diagnósticas y terapéuticas de los demás, se logran crear lazos fuertes de interdependencia y apoyo mutuo que se verán reflejados en las consecuencias de la atención.

El estudio interdisciplinario reúne las complejas necesidades para la atención de los ancianos, el trabajo interdisciplinario mejora los procesos de cuidado de salud y las consecuencias de los síndromes geriátricos. Por ello, cada vez son necesarias más investigaciones, sobre todo aquellas con una mirada interdisciplinaria.

Es en la medida que se resuelven problemas de los ancianos que se establece un hábito común de interdisciplinariedad. Es permitir que los hábitos de cada profesional se modifiquen cuando se integra la condición interdisciplinaria de trabajo y, paulatinamente, sin perder su identidad, se van adquiriendo hábitos interdisciplinarios.

Son pocos los centros de atención a la vejez con carácter interdisciplinario, por lo que deben incrementarse los esfuerzos en crear éstos, tomando en consideración el incremento de esta población.

Se requieren medidas de consecuencia que muestren la utilidad de formación en equipos interdisciplinarios, puesto que la evidencia sugiere que la formación en interdisciplinariedad no es una opción fácil, ni barata, requiere una amplia explicación y estimulación tanto entre estudiantes como profesores, con objetivos claros y una planeación cuidadosa de su desarrollo. Por esto se insiste en hacerla de manera práctica, trabajando dentro de equipos interdisciplinarios.

Bibliografía

- ÁBREGO, E. (2011). *Compendio de lecciones básicas de ética para futuros profesionales*. Recuperado de: http://www.academia.edu/6447879/Compendio_de_lecciones_b%C3%A1sicas_de_%C3%A9tica_para_futuros_profesionales_COMPENDIO_DE_LECCIONES_B%C3%81SICA_DE_%C3%89TICA_PARA_FUTUROS_PROFESIONALES
- ACHENBAUM, W. A. (2009). A metahistorical perspective on theories of aging. En V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney, M. Silverstein (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 25-38). 2a. ed. Berlín: Springer.
- ACOSTA, CH. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En A. L. González-Celis R. (coord.), *Instrumentos de evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- ACOSTA, C. O., & CELIS RANGEL, A. L. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Christian-Oswaldo-Acosta-Quiroz.pdf>
- ALDANA, G., GONZÁLEZ, A., FONSECA, C., & GARCÍA, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14 (4). Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/index.html>
- ÁLVAREZ, M. S., QUINTERO, G., & BAYARRE, H. (1998). *Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la tercera edad*. [Trabajo presentado en el I Forum Racional Nacional de Ciencia y Técnica]. La Habana. Cuba.
- ANAGNOSTOPOULOS, F., FANTOPOULOS, Y., MOUSTAKI, I., & NIAKAS, D. (2013). Psychometric and factor analytic evaluation of the 15D health-related Quality of Life instrument: the case of Greece. *Qual Life Res*, 22, 1973–1986.
- ANDREWS, F. M., & WITHEY, S. B. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1-30.
- ANGERMEYER, M. C., & KILLIAN, R. (2000). Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- ARBER, S., & GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- ARNOLETTI, E. J. (2007). *Glosario de conceptos políticos usuales*. Málaga: Universidad de Málaga. Recuperado de: <http://www.eumed.net/dices/listado.php?dic=3>
- ASÍLI, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México: Pax.
- BACON, F. (2012). *De la sabiduría egoísta*. México: Taurus.
- BADÍA, X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En J. Sacristán, J. Badía & J. Rovira (eds.), *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- BALTES, P. B., & BALTES, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BARRETO, M. P., & PASCUAL, A. (1991). Calidad de vida en el enfermo oncológico. En J. Buendía (coord.), *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales* (pp. 69-78). Murcia: Universidad de Murcia.
- BARROS, O. Z. (2002). *Escenarios demográficos de la población de Cuba. Periodo 2000-2050*. La Habana: CEDEM.
- BAYARRE, V. H. D. (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3(4), 110-116.
- BEAUCHAMP, T., & CHILDRESS, J. L. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Nueva York: Oxford University Press. (Comunicación y Ciudadanía, 4).
- BEAUVIOR, S. (1983). *La vejez*. México: Hermes.
- BELANDO, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación y Ciudadanía*. 4. Recuperado de: <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>
- BELSKY, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- BENGTSON, V. L., GANS, D., PUTNEY, N. M., & SILVERSTEIN, M. (2009). Theories about age and aging. En V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 3-24). 2a. ed. Nueva York: Springer.
- BERGNER, M.; BOBBITT, R. A.; CARTER, W. B.; & GILSON, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 19, 787-805. Recuperado de: <http://doi:10.1097/00005650-198108000-00001>.
- BEZRUKOV, V., & NATALIA, A. F. (2002). *The impact of transition on older people in the Ukraine*. Conference on Ageing, development and Social Protection, organized by United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Madrid.
- BIRREN, J. (1996). History of Gerontology. En J. Birren (eds.), *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academia Press.

- BLANCO, A., & CHACÓN, F. (1985). La evaluación de la calidad de vida. En *Psicología Social Aplicada. 2a. Parte* (pp. 184-210). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BOURDIEU, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Ginebra: Droz.
- BRACH, J., & VAN SWEARINGEN, J. M. (2002). Physical impairment and disability: Relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. *Journal of the American Physical Therapy Association, Phys Ther*, 82, 752-761. Recuperado de: <http://geriatrictoolkit.missouri.edu/gars/PHYS-THER-2002-Brach-752-61.pdf>
- BUENDÍA, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. México: Siglo XXI.
- CABRERA, M. E., AGOSTINI, M. A., VICTORIA, C. R., LÓPEZ, R., SUÁREZ, J. E., & CARRIÓN, L. (1997). *Sistema de indicadores para medir la calidad de vida comunitaria. Informe de resultado*. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL HONORABLE CONGRESO DE LA UNIÓN. (2012). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. Nueva ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de junio de 2002. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. México. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 25-04-2012. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- CAMPHELL A., CONVERSE, P. E. & RODGER, W. L. (1999). The quality of American life. New York Rusell Sazc Fundation 1976. In three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125(2), 272-302.
- CASTRO, C., & REYGADAS, D. (2006). *Calidad de vida: una perspectiva individual*. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
- CHACKIEL, J., & MARTÍNEZ, J. (1993). *Transición demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950*. Plenaria III. Ciudad de México. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM.
- CHEN, Y., HICKS, A., & WHILE, A. (2013). Quality of life of older people in China: a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*, 23, 88-100.
- CHEIN, A., & PRITCHARD, S. (2012). Teorías del envejecimiento. Recuperado de <http://es.slideshare.net/miriampritchard/teoras-del-envejecimiento-13444968>
- CELADE (2013). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/celade/envejecimiento>.
- CELADE-CEPAL. (2004). *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile: UNFPA.
- CEPAL (2003). Reunión de Expertos sobre Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/5/19875/P19875.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>
- CEPAL (2006). *Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Cepal. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas.

- COLARUSSO, C. A. (1999). Separation-individuation phenomena in adulthood: General concepts and the fifth individuation. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11212197>
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (Cepal) (2012). *Tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/celade/costarica2012/>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (1988). Informe Anual 1987-1988. Recuperado de: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/87.88sp/indice.htm>
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (Conapo) (2013). La situación demográfica en México. Consejo Nacional de Población. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1727/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013_COMPLETO.pdf
- CONTRERAS, J. (2005). Definición y áreas de la calidad de vida en oncología [versión electrónica]. *Rev. Oncología*, 28(3), 123-128.
- COSTA, M., & LÓPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca / Universidad Profesional de Barcelona.
- CROWTHER, M. R., PARKER, M., ACHENBAUM, W. A., LARIMORE, W. L., KOENIG, H. G. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging. Revisited: Positive Spirituality. The Forgotten Factor. *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America, 42(5), 613-620.
- CUMMING, E., & HENRY, W. (2008). Growing old: The process of disengagement. *Ageing and Society*, 11(2), 217-220. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00004025>
- CURCIO, C. L. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 144-146.
- DE ALBA, M. (2013). Experiencias de envejecimiento en la Ciudad de México: Un estudio de representaciones socio espaciales y calidad de vida. En F. Flores-Palacios (coord.), *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género* (pp. 101-122). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- DECLARACIÓN DE BRASILIA (2007). *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007. Celade, División de Población de la Cepal. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/celade/envejecimiento>.
- DÍAZ, I. (2008). *Determinantes Psicológicos de la calidad de vida*. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Ciudad de La Habana, Cuba.
- DOSÍL, A. (1996). La psicogerontología como disciplina científica: visión diacrónica y situación actual. En N. Sáez Narro, R. Rubio Herrera & A. Dosíl Maceira (coords.), *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.

- DUEÑAS, M. (2001). El envejecimiento en transición: la situación de las mujeres de edad en la región de América Latina. En *La situación del envejecimiento de la población mundial. Hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 77-101). Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- DURÁN, L. (2004). Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. En O. Muñoz, C. García & L. Durán, *La salud del adulto mayor: Temas y debates*. México: IMSS.
- DUSSAULT, G. (1990). Impact de la pratique interdisciplinaire sur la gestion. *Actes du IVe. Congres international francophone de gérontologie* (pp. 41-54). Montréal.
- ESPONOSA, E. (s/f). *Cambios psicológicos y sociales en la vejez*. Recuperado de: <http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/cambios2.htm>
- FADEN, R., & GERMÁN, P. (1994). *Calidad de vida. Consideraciones en geriatría*. México: Clínica de Medicina Geriátrica / Interamericana.
- FEBRER, A. (1996). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: INDE.
- Fernández, V. (2008). Bioética. Dignidad humana y derechos del adulto mayor. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1074/1/Bioetica-Dignidad-humana-y-derechos-del-adulto-mayor.html>
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*(73), 89-104. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61355/88779>
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1993). El constructo "calidad de vida". En *Libro de Resúmenes del XV. Congreso de la Sociedad Internacional de Gerontología*. Budapest, Hungría.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. Barcelona: AMG.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ZAMARRÓN, M., & MACÍAS, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- FERICGLA, J. (2002). *Envejecer: una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.
- FLORES, V. M. E., VALLE, B. M. A., & MUÑOZ, D. A. (2009). Calidad de vida y salud en el anciano en el siglo XXI. En C. A. Cervantes & M. E. Flores Villavicencio (eds.), *Psicología de la salud en el anciano del siglo XXI* (pp. 31-40). Guadalajara: Umbral Digital.
- FOSSATI, G. (1991). Todos estamos expuestos. *Naturaleza Humana. Calidad de Vida y Discapacidad*. EPPAL. OPS, 91-117.
- FOUREZ, G. (2001). Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité. En Y. Le noir, B. Rey & I. Fazenda, *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement* (pp. 67-83). Sherbrooke: Du CRP.

- FRANCKE, M. DE L., & COLABORADORES (2012). *El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de Monterrey*. Recuperado de: http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/04/El_Sentido_de_la_Vida_y_el_Adulto_Mayor1.pdf
- FURNTRATT, E. F. (1995). *Calidad de vida desde el punto de vista de la gente común*. La Habana: Ediciones CREAT.
- GALASKO, D., SCHMITT, F., THOMAS, R., JIN, S., BENNETT, D. & FERRIS, S. (2005). Detailed assessment of activities of daily living in moderate to severe Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 446-453.
- GAMES, E. (1994). *La salud funcional y el bienestar subjetivo como indicador de calidad de vida en un grupo de ancianos*. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátrica). Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad (CITED). Ciudad de La Habana, Cuba.
- GARAY, F. (1996). *Bienestar psicológico del adulto mayor*. Madrid: Herder.
- GARCÍA, C. (2010). La investigación multidisciplinaria y la transferencia del conocimiento: Fortalezas, debilidades y obstáculos. Perspectivas para el desarrollo de la investigación 2010 sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México. En *Memorias del Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud. Investigación, Formación de Recursos y Desarrollo de Servicios 25-28 de agosto*. México: Instituto de Geriátrica.
- GARCÍA, R. (1995). *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*. [Tesis doctoral]. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- GEORGE, L., & BEARON, L. (1980). *Quality of life in older persons: meaning and measurement*. Nueva York: Human Sciences Press.
- GIUSTI, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan, Puerto Rico: Psicoeducativa.
- GÓMEZ, M., & SABEH, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado de: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- GÓMEZ, S. (2007). Cómo fomentar la autonomía en las personas mayores. En *III Jornadas sobre Calidad de Vida en Personas Mayores. Intervención social y educativa*. Madrid, España.
- GONZÁLEZ-CELIS, A. (2010). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado de: http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR
- GONZÁLEZ, U. (1995). *Calidad de vida y salud. Reflexiones a propósito de un concepto*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Ciudad de La Habana. (Inédito).
- GRACIA, D. (1995). Problemas de fundamentación de la Bioética. Farreras Rozman. *Medicina Interna*, I(XIII), 34-6.
- GRAU, J. (1996). *Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación*. Conferencia Psico Salud 96. Palacio de Las Convenciones. La Habana, Cuba.

- GRAU, J. (1998). *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Cali, Colombia.
- GRAU, J. (2003). *La calidad de vida en enfermos de cáncer. Su evaluación*. Documento electrónico. Ciudad de La Habana. Cuba.
- GÜELL, R. M. R., & MORANTE, V. F. (eds.) (2007). Conceptos generales. En *Manual Separ de procedimientos* (pp. 5-8). Barcelona: Pemanyer.
- GUTIÉRREZ, L. M., & GUTIÉRREZ, J. H. (2010). La investigación sobre el envejecimiento humano: un enfoque holístico. En *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria* (pp. 37-43). México: Instituto de Geriátría.
- HAGESTAD, G., & DANNEFER, D. (2001). Concepts and theories in aging: Beyond microfication in social science approaches. En R. Binstock, & L. George (eds.). *Handbook of aging and the Social Sciences* (pp. 3-21). San Diego: Academic Press.
- HAM, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: El Colegio de la Frontera Norte / Miguel Ángel Porrúa.
- HAMILTON, S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. 4a. ed. Madrid: Morata.
- HANSEN, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México: Manual Moderno.
- HARPER, A., & POWER, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. En *Psychological Medicine* (pp. 551-558). México: Manual Moderno.
- HAUB, C. (2007). World Population Data Sheet, an United Nations Population Division.
- HEISEL, A. (1989). *El envejecimiento en el marco de las políticas demográficas de los países en desarrollo*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- HELIGMAN, L., & POLLARD, J. (1980). *Mathematical models for the growth of human populations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HELP AGE INTERNATIONAL (1999). *The Ageing and Development Report*. Londres: Earthscan.
- HERNÁNDEZ, C. (2003). Bioética médica. Apuntes sobre calidad de vida. *Revista médica electrónica*, 25(3). Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/101/html>
- HERNÁNDEZ, L. (2014). Bioética médica. Apuntes sobre calidad de vida. *Revista Médica Electrónica Norteamericana*. Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/101>
- HERNÁNDEZ, R. (2000). Estudio del envejecimiento de la población. En *Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050* (pp. 374-418). La Habana: CEDEM.
- HERRERA, A. P., & GUZMÁN, A. H. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 65-76.

- HOMBRADOS, M^a I., GARCÍA, M. A., & LÓPEZ, T. (coords.) (2006). *Intervención Social y Comunitaria*. Málaga: Aljibe.
- HUENCHUAN, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Proyecto "Implementation of the Madrid Plan of Action on Ageing and the Regional Conference on Ageing" (UNFPA). Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), División de Población de la Cepal, Serie Población y Desarrollo. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=f5leRuL5dHYC&pg=PA21&dq=En+la+pir%C3%A1mide+jur%C3%ADdica+del+marco+legal+existente+en+los+pa%C3%ADses+de+la+regi%C3%B3n+se+pueden+encontrar&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwisz5G-geTTAh-VI5oMKHd_fBkwQ6AEIJzAA#v=onepage&q=En%20la%20pir%C3%A1mide%20jur%C3%ADdica%20del%20marco%20legal%20existente%20en%20los%20pa%C3%ADses%20de%20la%20regi%C3%B3n%20se%20pueden%20encontrar&f=false
- HUENCHUAN, S. (ed.) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Cepal / CELADE / Organización de las Naciones Unidas. (Libros de la Cepal, 100).
- HUNT, S. M., & MC EWEN, J. (1980). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Sociology of health & Illness*, 2(3). Recuperado de: <http://doi/abs/10.1111/j.1467-9566.1980.tb00213.x>
- ICETA, M. (1997). *Futilidad y Toma de Decisiones en Medicina Paliativa*. Córdoba: Publicaciones Obra Social y Cultural Caja Sur.
- INAPAM (s/f). *Modelos de atención gerontológica*. Recuperado de: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
- INAPAM (2013). Instituto Nacional para la Atención del Adulto Mayor. Órgano rector de las políticas de envejecimiento en México. Recuperado de: <http://www.gob.mx/inapam>
- INEGI (2013). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/>
- JOCKI, G., ÁLVAREZ, M. S., & BAYARRE, H. (2001). *Construcción de un instrumento para medir bienestar subjetivo en adultos mayores*. [Trabajo Premiado en el Concurso Premio Anual de la Salud]. Granma, Cuba.
- KALACHE, A., & LUNENFELD, B. (2002). *Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- KALISH, R. (1996). *La vejez*. Madrid: Pirámide.
- KART, C. S. (1990). *The realities of aging: An introduction to gerontology*. Boston: Allyn and Bacon.
- KATSCHNIG, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 3-15). Barcelona: Masson.

- KATZ, S., FORD, A., MOSKOWITZ, R., JACKSON, B. & JAFFE, M. (1963). A standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- KINSELLA, K. (1994). Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En OPS, *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (pp. 3-9). Washington: OPS. (Publicación científica, 546).
- KINSELLA, K., & WAN, H. (2009). *U. S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1. An Aging World: 2008*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office.
- KNODEL, J., & CHANPEN, S. (2002). AIDS and older persons: lessons from Thailand. Conference on Ageing, development and Social Protection, organized by United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Madrid.
- KRZEMIEN, D. (2001). *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología del Mercosur. Curitiba, Brasil. Recuperado de: <http://www.redadultosmayores.com.ar/BrasilSituacionAM.htm>
- KUH, D., & BEN-SHLOMO, Y. (1997). *A life course perspective to chronic disease epidemiology*. Londres: Oxford University Press.
- LAFOREST, J. (2008). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. 6a. ed. Barcelona: Herder.
- LA PUMA, J., & LAWLOW, E. (1990). Quality adjusted life year: ethical implications for physicians and policymakers. *JAMA*, 263, 2917-2921.
- LAUCIRICA, C. (2003). *Bioética médica. Apuntes sobre calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/101/html>
- LAWTON, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren & K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of aging*. 5a. ed. San Diego: Academic Press.
- LAWTON, M. P., & BRODY, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- LEBEL, P. (1990). *Interdisciplinarité dans la formation des étudiants en gériatrie*. Actes du IVe. Congrès international francophone de gérontologie, Montréal, pp. 79-84.
- LEHR, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- LEGUIZAMÓN, M. (2017). Salud y bienestar del adulto mayor: una tarea que no debe ser olvidada. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 15(1), 3-6. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n1/1812-9528-iics-15-01-00003.pdf>
- LEMON, W., BENGSTON, V. L. & PETERSON, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- LEVI, L., & ANDERSON, L. (1980). *Psychosocial stress: population, environment and quality of life*. Nueva York: S. P. Books Division of Spectrum Publications.
- LÓPEZ, A. E. (1999). *Estilos y estrategias de afrontamiento en el cáncer de mama* (fotocopia). Proyecto de Investigación. Málaga: Departamento de Psicología Social y de la Personalidad, Universidad de Málaga.

- LÓPEZ, J. M., & RODRÍGUEZ, R. (2006). *Adaptación y validación del Instrumento de Calidad de Vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
- LÓPEZ, M. (2009). *¿Qué es el envejecimiento?* Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=58673>
- LÓPEZ, M. C. (1993). Impacto del funcionamiento social en la calidad de vida de enfermos de cáncer. En J. M. León & S. Barraga (comps.), *Psicología de la salud* (pp. 155-159). Sevilla: Eudema.
- LÓPEZ, R. (2016). *Calidad de vida percibida por adultos mayores que asisten a un centro de desarrollo integral de la familia: una visión interdisciplinaria*. Tesis para optar por el grado de Doctor en investigación interdisciplinaria. Universidad Anáhuac México. Estado de México, México.
- LOWENSTEIN, A., & CARMEL, S. (2009). The construction of knowledge: A new Gerontological Educational paradigm. En V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silversstein (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 707-720). 2a. ed. Nueva York: Springer.
- LOZANO, A. (2008). Introducción a la gerontología. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(2). Recuperado de: <http://studylib.es/doc/1390850/introducci-n-a-la-gerontolog-a--pdf->
- LOZANO, A. (2009). El movimiento, el tiempo y la vejez. Crisis de la existencia. *Universidades*, 41, 33-37. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/373/37313031006.pdf>
- MACÍAS, A. (2001). ¿Qué es un equipo interdisciplinario? En *Los profesionales de la salud y el Alzheimer* (pp. 345-365). Tomo II. Madrid: ICEPSS Formación.
- MARSHALL, V. (1996). The state of theory in aging and the social science. En R. Binstock, & L. K. George (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 12-30). 4a. ed. San Diego: Academic Press.
- MARTÍNEZ, G. (2011). Telómeros y telomerasa. Recuperado de: <http://www.es.slideshare.net/abiMtz/telomeros-y-telomerasas-en-el-envejecimiento>
- MENDOZA, M. E., & TAPIA, G. (2010). La situación demográfica en México, 1910-1920. Recuperado de: <http://www.es.slideshare.net/Poluxjtp/situacin-demografica-de-mexico-19102010>
- MICHALOS, A. C. (1994). La investigación sobre indicadores sociales desde una perspectiva feminista. En M. Álvaro (comp.), *Propuesta de sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros* (pp. 36-92). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MIKULIC, I. M., & ARENAS, N. (2004). *Evaluación de la calidad de vida percibida en población marginal. Una experiencia con 30 integrantes de familias residentes en la Villa 31 de Ciudad de Buenos Aires*. (Fotocopia).
- MIKULIC, I. M., & CRESPI, M. C. (2003). *Resiliencia y calidad de vida: nuevos aportes para la evaluación psicológica en contexto carcelario*. Anuario XI. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-032/187.pdf>

- MOLINERO, L. M. (1998). *Cuestionarios de salud*. [Versión electrónica]. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Recuperado de: <https://www.alceingenieria.net/bioestadistica/cucadevi.pdf>
- MÓNICA, A. L. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- MONTAIGNE, M. (2005). *Ensayos I*. Madrid: Gredos.
- MONTES DE OCA, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de Población*, 35, 90-92. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v9n35/v9n35a5.pdf>
- MORAGAS, R. (1998). *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*. 2a. ed. Barcelona: Herder.
- MORENO, B., & XIMÉNEZ, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela Casal, V. E. Caballo & J. Sierra (comp.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- MORENO, J. A., MACÍAS, N., & MORALES, F. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor*. 2a. ed. México: Manual Moderno.
- NELSON, R. C.; WASSON, J. H., & KIRK, J. W. (1987). Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings. *J. Chronic Dis.*, 40 (suppl 1),55-60.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1995). Definición de calidad de vida. Recuperado de: <http://www.vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2015). Diez datos sobre el envejecimiento de la población. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2001). Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Recuperado de: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.rtf
- OROZCO, A. (2003). Fundamentos antropológicos de ética racional. Qué es la persona y cuál es su dignidad. Recuperado de: http://www.mercaba.org/Filosofia/Antropologia/fundamentos_antropologicos_de_etica.htm
- ORTIZ, D. (2009). Perspectiva sociológica: teoría de la continuidad. *Gerontología al día*. Grupo de investigación "Envejecimiento y Vejez", Facultad de Medicina U. D. C. A. / Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano. Recuperado de: http://www.envejecimientoyvejez.com/2009/08/perspectiva-sociologica-teoria-de-la_7672.html
- ORTIZ, G., ARIAS-MERINO, E. D., FLORES-SAIFFE, M. E., VELÁZQUEZ-BRIZUELA, I. E., MACÍAS-ISLAS, M., & PACHECO-MOISÉS, F. (2012). Prevalence of cognitive impairment and depression among a population aged over 60 years in the Metropolitan Area on Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Vol. 2012, Article ID 175019. Recuperado de: <http://doi:10.1155/2012/175019>.
- OTERO, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de Psicología*, II(1). Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1998_n1/calidad_vida.htm

- PALACIOS, D., & CASTRO, C. (2005). Calidad de vida: una perspectiva individual. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
- PAPALIA, D. (2004). *Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica*. 9a.ed. Santa Fe de Bogotá: Mc Graw-Hill.
- PAREDES, M., CIARNIELLO, M., & BRUNET, N. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: Lucida Ediciones.
- PARKERSON, G. R.; BROADHEAD, W. E., & TSE, C. J. (1990). The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med. Care*, 28, 1056-1069.
- PASTOR, G. L., & LEÓN, C. F. (1997). *Manual de Ética y Legislación en Enfermería*. Mosby: Times Mirror International.
- PEEL, C. P., BAKER, S., ROTH, L. D., BROWN, J. C., BODNER, E., & ALLAN, R. (2005). Assessing mobility in older adults: The UAB study of aging life-space assessment. *Journal of the American Physical Therapy Association PHYS THER*. 85, 1008-1019. Recuperado de: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/assessing-mobility-in-older-adults-the-uab-study-of-aging-life-sp-3>
- PELECHANO, V. (1999). Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo. En *Familia y psicología de la salud* (pp. 133-179). Madrid: Ediciones Pirámides.
- PÉREZ, J. (2000). *Envejecimiento y esperanza de vida en salud*. Ponencia presentada al XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona, 8 de junio de 2000. Recuperado de: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/SEGG2000%20.pdf>
- PINAZO, S. (2012). *Envejecimiento en la población mundial*. Curso AECID. Políticas Públicas de envejecimiento activo. Recuperado de: http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/bol2012_mundial.pdf
- PRIETO, O., & VEGA, E. (1996). *Temas de gerontología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- PRIOR, J. C., & DE LA POZA, J. (1988). *Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida*. Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social, Sociedad del Bienestar y Psicología Social. Alicante. 6-8 de abril.
- PUYOL, A. (2014). Ética y prioridades en la atención sanitaria, la pugna entre utilitaristas e igualitaristas. Recuperado de: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/prioridades.htm>.
- QUINTERO, G. (1990). *Temas de psicología gerontológica*. Primer Congreso de Gerontología y Geriatria. Pinar del Río. Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad (CITED). La Habana, Cuba.
- QUINTERO, G. (1992). Vejez y calidad de vida. Apuntes para una conferencia. Curso Internacional de Epidemiología y Gerontología Social, 1988. En J. Rocabruno & O. Prieto, *Gerontología y geriatría clínica* (pp. 32-33). La Habana: Ciencias Médicas.

- QUINTERO, G. (1996). *Aspectos sociopsicológicos del envejecimiento*. La Habana: Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad (CITED).
- QUINTERO, G., & GONZÁLEZ, U. (1995). *La calidad de vida en el ámbito socioeconómico y su relación con la salud en la tercera edad*. La Habana: Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad (CITED).
- QUÉRE, F. (1994). *La ética y la vida*. Madrid: Acento.
- RAE (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- REIMEL DE CARRASQUEL, S., & JIMÉNEZ, Y. (2003). *Calidad de vida comunitaria: su incidencia en la calidad de vida percibida general*. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- REPKO, A. (2012). *Interdisciplinary research. Process and theory*. Nueva York: Sage.
- REYES TÉPACH, M. (2006). *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050*. México: Centro de Documentación, Información y Análisis. Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Economía. Cámara de Diputados. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SE-ISS-09-06.pdf>
- ROCABRUNO, J. (1999). *Tratado de gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- ROCABRUNO, J., & PRIETO, O. (1992). *Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- RODRÍGUEZ, A. (2002). *La teoría de la transición demográfica*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- RODRÍGUEZ, J. C, GÓMEZ, E., & FERNÁNDEZ-CREHUET J. (2000). El consentimiento informado. Aplicación en la práctica clínica. Grupo de Investigación en Bioética de Galicia. *Rev. Cuadernos Bioética*, XI(43), 402-12.
- RODRÍGUEZ, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Rosario: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Recuperado de: <http://www.urosario.edu.co/.../dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf>
- ROJAS, L. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. San José, Costa Rica: UCR.
- ROJAS, M. (1997). *Bienestar general subjetivo y depresión en ancianos crónicos: un estudio de casos*. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. San José, Costa Rica: UCR.
- ROMERO-MÁRQUEZ, R. S. & ROMERO-ZEPEDA, H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010, 48 (1), 91-102.
- ROMERO, P. (2009). Calidad de vida. Hacia una comprensión del concepto de calidad de vida. Una lectura multidisciplinar. Recuperado de: <http://calidaddevidapablromero.blogspot.mx/2009/03/calidad-de-vida-pablo-romero-ibanez.html>

- ROWE, J. W Y KAHN, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist* (37), 433-440.
- ROWE, J. W., & KAHN, R. L. (1998). *Successful aging*. Nueva York: Pantheon / Random House.
- SALAS, P. (2006). *Teoría y método, la ciencia de los ciudadanos, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento*. Alicante: Universidad de Alicante.
- SALTHOUSE, T. A. (2006). Theoretical issues in the Psychology of aging. En J. E. Birren & K. W. Schaie (eds.). *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 3-13). 6a. ed. San Diego: Academic Press / Elsevier.
- SÁNCHEZ-SOSA, J. J., & GONZÁLEZ-CELIS R. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (coord.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.
- SAN MARTÍN, H. (1990). *Epidemiología de la vejez*. Mc-Graw Hill Interamericana de España.
- SAMPAIO, S., YUKARI, P., & ITO, E. (2013). Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. *Occupational Therapy International*, 20(1), 1-10. Recuperado de: <http://doi:10.1002/oti.1333>
- SARUKHÁN, J., & VICTORIANO, J. (1995). *Seminario: importancia del uso del tiempo libre*. México: UNAM.
- SCHALOCK, R., & VERDUGO, M. (2002). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- SECRETARÍA DE SALUD (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- SERBAN-OPRESCU, G. (2011). An epistemological perspective on the quality of life concept. *Theoretical & Applied Economics*, 18(2), 171-180.
- SGRECCIA, E. (1998). Cuestiones emergentes en el campo de la Bioética. *Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*, IX(III), 393-406.
- SIDORENKO, A., & ZAIDI, A. (2013). Active ageing in CIS countries: Semantics, challenges, and responses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Article ID 261819. Recuperado de: [http:// dx.doi.org/10.1155/2013/261819](http://dx.doi.org/10.1155/2013/261819).
- SOFÍA, M. (1996). *Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la tercera edad*. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud). Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba.
- STEWART, A. L.; HAYS, R. D., & WARE, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med. Care*, 26, 724-735.
- TABOADA, P. (2008). El respeto por la persona y su dignidad como fundamento de la bioética. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/respeto-persona-dignidad-fundamento-bioetica.pdf>

- THE JOHN A. HARTFORD FOUNDATION (2006). *Geriatric Interdisciplinary Team Training Program: Resource Center NYU* [on-line]. Recuperado de: <http://www.gitt.org>.
- THOMAE, H. (2003). *Psicología de la senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- THOMAS, H. (2001). Eutanasia, ¿son igualmente dignas la acción y la omisión? Grupo de Investigación en Bioética de Galicia. *Rev. Cuadernos Bioética* XII (44)1-13.
- TONG, A. & MAN, D. (2002). The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized elderly persons. *OTJR*, 22(4), 132-142.
- TRENTINI, C., WAGNER, G., CHACHAMOVICH, E., FIGUEIREDO, M., DA SILVA, L., HIRAKATA, V., & FLECK, M. (2012). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*, 47 (4), 279-286.
- TIMMERMANN, C. (2013). 'Just give me the best quality of life questionnaire': the Karnofsky Scale and the history of quality of life measurements in cancer trials. *Chronic Illness*, 9(3), 179-190. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3837542/>
- TUIRÁN, R. (2004). *Cuando el envejecimiento demográfico nos alcance*. México: Secretaría General del Consejo Nacional de Población.
- URZÚA, A., & CAQUEO-URIZAR, A. (2012). Calidad de vida. Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- URZÚA, A., JARNE, A., PERÓ, M., KNAPP, E., ZÚÑIGA, P., DÍAZ, I. B., & REYES, E. (2005). *Proyecto Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Enfermedades Crónicas, un enfoque multicultural*. La Habana: Universidad de Antofagasta de Chile Universidad de Barcelona / Universidad de La Habana y Santiago de Cuba.
- VEGA, J., & CASTILLA, A. (1994). Aspectos bioéticos de la calidad de vida. Conferencia dictada en la Universidad de Valladolid, España.
- VEGA, L. (1996). *Desarrollo adulto y el envejecimiento*. España: Síntesis.
- VELARDE, E., & ÁVILA, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 349-361.
- VERDUGO, M. A., GÓMEZ L., & ARIAS, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Salamanca: INICO.
- VEENHOVEN, R (2001). *Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo*. Fundación Humanismo y Ciencia, Archivo de la Felicidad. [Publicado en italiano en G. De Girolamo y col. (eds.), "'Qualita' della vita e felicità'"; Centro Scientifico Editore, 2001, Torino, Italia, pp. 67-95.] Recuperado de: <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2001e-fulls.pdf>
- VILAGUT, G., FERRER, M., RAJMIL, L., REBOLLO, P., PERMANYER-MIRALDA, G., & QUINTANA, J. M. (2005). *El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Recuperado de: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007>.

- VILLAVICENCIO, M. E., VEGA, M. G., & GONZÁLEZ, J. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- WHOQOL GROUP (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>.
- YANGUAS, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- YAMAMOTO, J. (2007). *Bienestar subjetivo. Un modelo de investigación, diagnóstico y tratamiento*. Curso pre congreso, Congreso Bienal de Psicología en Santiago de Cuba, Cuba.
- ZEITLER, E., BUYS, L., AIRD, R., & MILLER, E. (2012). Mobility and active ageing in suburban environments: Findings from in-depth interviews and person-based GPS tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 257186. Recuperado de: <http://doi:10.1155/2012/257186>
- ZUÑIGA, E., & VEGA, E. (2004) Envejecimiento de la población de México: Retos del siglo XXI. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico__reto_del_Siglo_XXI

