

Adulto mayor y envejecimiento

Pedro César Cantú Martínez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



TENDENCIAS

ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO

**Pedro César Cantú Martínez
(Editor)**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Primera edición, 2022

Cantú-Martínez, Pedro César (Editor)

ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO / Pedro César Cantú-Martínez (Editor)

Primera edición, Monterrey, N.L.; Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, 2022. 220 páginas. 16 cm x 21 cm

ISBN: 978-607-27-1718-3

Santos Guzamán López

Rector

Juan Paura García

Secretario General

Emilia E. Vázquez Farias

Secretaría Académica

Celso José Garza Acuña

Secretario de Extensión y Cultura

Antonio Ramos Revillas

Director de la Editorial Universitaria UANL

Casa Universitaria del Libro

Padre Mier 909 Poniente esquina con Vallarta

Monterrey, N.L., México, C.P. 64440

Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095

E-mail: editorial.uanl@uanl.mx

Página web: www.editorialuniversitaria.uanl.mx

© Universidad Autónoma de Nuevo León

© Pedro César Cantú Martínez

.....
Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra -incluido el diseño tipográfico y de portada-, sin el permiso por escrito del editor.
.....

Impreso en Monterrey, México

Printed in Monterrey, Mexico



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



CASA UNIVERSITARIA DEL LIBRO

EDITORIAL UNIVERSITARIA UANL

DEDICATORIA

A mis Padres,
Guadalupe y María Antonia
A mi Esposa e Hija,
Julia Magdalena y Mónica Marcela
A la providencia divina

Pedro

Adulto Mayor y Envejecimiento

Pedro César Cantú Martínez
Editor

Pedro César Cantú-Martínez, David Moreno García, Elizabeth Gálvez Santillán, Patricia Cruz Moncayo, Guillermo Cruz Palama, Yenni E. Cerdillo, Mireya del Carmen González Álvarez, Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Francisco Cázares de León, Luis Alberto González García, Erika Rosario González Rodríguez, Lydia Guadalupe Rivera Morales, Lydia Marcela Adame Rivera, Magdalena Soledad Chavero Torres, Heriberto García Peña, Miguel Ángel Karam Calderón, Emmanuel González, Yazmín Castillo Sánchez, Ninfa Ramírez Durán, Pablo Moreno Pérez.

Advertencia

El presente manuscrito se ciñe a la buena fe de incrementar el acervo cultural que existe en la sociedad sobre bienestar y salud.

CONTENIDO

	Pág.
Prólogo	13
Raúl Garza Garza	
Introito	17
Pedro César Cantú-Martínez	
PARTE I. CONDICIONES SOCIOCULTURALES	
Capítulo 1. Antropología de la ancianidad y la vejez	23
David Moreno García	
Capítulo 2. Los adultos mayores: envejecimiento e implicaciones sociales	37
Pedro César Cantú Martínez	
PARTE II. REALIDAD SOCIAL	
Capítulo 3. La política pública en México en materia de la tercera edad	47
Elizabeth Gálvez Santillán, Patricia Cruz Moncayo y Guillermo Cruz Palma	

Capítulo 4. Percepción de los estudiantes universitarios sobre los adultos mayores.....	59
Pedro César Cantú-Martínez	

PARTE III. ESCENARIO EN SALUD

Capítulo 5. Adulto mayor y sus requerimientos nutricionales.....	69
Yenni E. Cedillo	

Capítulo 6. Atención de enfermería en el geronte.....	81
Mireya del Carmen González Álvarez y Eduardo Guillermo Gómez Rojas	

Capítulo 7. Características de la salud bucal en el adulto mayor: un enfoque desde la salud pública.....	89
Francisco Cázares de León, Luis Alberto González García y Erika Rosario González Rodríguez	

Capítulo 8. Inmunología y beneficios terapéuticos en el adulto mayor.....	101
Lydia Guadalupe Rivera Morales y Lydia Marcela Adame Rivera	

Capítulo 9. Actividad física en el adulto mayor.....	117
Magdalena Soledad Chavero Torres	

PARTE IV. MARCO SOCIOEMOCIONAL

Capítulo 10. La salud mental de las personas adultas mayores y su capacidad funcional, perspectiva gerontológica.....	129
Heriberto García Peña	

Capítulo 11. Adulto mayor y tanatología.....	151
Mireya del Carmen González Álvarez y Eduardo Guillermo Gómez Rojas	

Capítulo 12. La vejez exitosa: importancia de la resiliencia.....	179
Miguel Ángel Karam Calderón, Emmanuel González, Yazmín Castillo Sánchez, Ninfa Ramírez Durán y Pablo Moreno Pérez	

PARTE V. SITUACIÓN AMBIENTAL

Capítulo 13. La experiencia de envejecer en el lugar: apuntes desde la gerontología ambiental.....	191
Lydia Marcela Adame Rivera y Lydia Guadalupe Rivera Morales	

Prólogo

Es para mí un honor desarrollar un preámbulo que dé comienzo a esta obra titulada *Adulto Mayor y Envejecimiento*, y sirva de marco, no solo del tema y su contenido, sino poder al menos también sucintamente mencionar una impresión personal del autor y editor de este tratado sobre esta etapa de la vida, tocada relevantemente, en una época donde el aumento en la expectativa de vida del ser humano, ha llegado a un crecimiento que tiende a dejar de considerar la edad, la vejez y sus consecuencias, como algo que de forma irremediable nos lleva al fin de un ciclo que desde los 60 años de edad, parece declinar en forma importante. Parece inverosímil que se considere seriamente en la actualidad, que las capacidades productivas de la persona aumentan en los decenios que acostumbrábamos a tomar como de decadencia y así considerar la mejor época para ello el decenio de los 60 a los 70 años, seguido por el de los 70 a los 80 años y en sorprendente tercer lugar el decenio de 50 a 60 años.

Sin embargo, antes de adentrarme en el propósito de esta obra, es pertinente, en este espacio dedicar un momento a una persona que realmente me ha permitido con su trabajo y desempeño, lograr contri-

buir en este campo del saber y en otros más, a considerar estas y otras expectativas. Conocí a Pedro César hace unos once años, primero como profesor del doctorado en bioética que en Nuevo León comenzamos a cursar en 2010 y posteriormente como compañero y amigo hasta el momento actual.

Desde mi época de alumno de posgrado, he visto como su calidad humana y entrega a su profesión en un aspecto amplio, lo han llevado a enmarcar su interés en la salud pública, la calidad de vida, el desarrollo humano sustentable y luego la interconexión con la bioética; de esa manera estoy seguro que su transdisciplinarietàad lo hace un experto en muchos campos del saber humano y de eso valen como ejemplo sus actividades universitarias, estatales, nacionales e internacionales en áreas afines a su interés científico. Además, su versatilidad en el desarrollo de pensamiento –le ha permitido- ser capaz de la autoría de múltiples tratados en libros propios, en capítulos de libros y en una gran cantidad de artículos de divulgación científica.

Por ello, no me extraña el que ahora haya conjuntado a profesores y científicos de diversas áreas del conocimiento, y estructurar esta obra acerca del envejecer en el adulto mayor. Las cinco secciones de este libro hablan por sí solas desde la antropología sociocultural, pasando por esa realidad social plasmando una idea certera de esa cultura social y lo que de ella nos atrevemos a opinar, a veces sin una idea exacta, lo cual significa un reto para los que decidimos comprender y hacer que sea más tolerable.

Es lógico que esa sección relacionada con la salud, la debemos en gran parte a la bioética y a ese deseo de que la toma de decisiones se lleve a cabo conforme a valores humanos personales y sociales, al pensar el “el otro” y en esa capacidad que debemos tener de aceptar a los demás como son, convivir con ellos y dialogar acerca de situaciones que podemos comprender, aunque a veces no aceptamos, sin que eso sea un bloqueo en la comunicación humana a través de la dimensión temporal.

Por otra parte, se hace énfasis en la situación fundamental de nuestra capacidad emocional, al mencionar esa salud psicológica que nos lleva a límites que nuestra mente capta y nos traslada a ese nivel

espiritual que nos permite concretar esas inquietudes y ser capaces de valorar nuestra persona, como la calidad y cantidad de vida de los prójimos -cercanos y distantes- y así valorar grandemente ese servicio hacia el otro, que eleva nuestra categoría humana a esos límites de plenitud física, emocional, relacional y trascendental.

Por último, nos recuerda uno de los “quereres” más satisfactorios para él, ese constante planificar, estructurar y dialogar reflexionando acerca de lo que realmente nos lleva a preocuparnos en el deterioro de ese ambiente –tanto social como natural- que influye enormemente en la salud del adulto mayor, y que, de no proponerse y cuidar estos espacios, parece nos va a conducir a que no podamos alcanzar esas edades de las que el título nos sugiere.

Enhorabuena por todos estos autores que nos enseñan lo valioso que es nuestro momento de vida y nos invitan a valorar las múltiples circunstancias y responsabilidades que tenemos cuando reconocemos que no podemos vivir aislados, ni decidir por nosotros mismos; sino aprender a respetar a los demás seres humanos, a los seres vivos y a la naturaleza en total.

*Dr. Raúl Garza Garza
Director del Centro de Bioética y Dignidad Humana
Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García
N.L., México.*

Introito

Pedro César Cantú-Martínez¹
Editor

El objetivo primordial del libro *Adulto Mayor y Envejecimiento* es mostrar una perspectiva de la importancia que involucra conocer los aspectos que rodean a las personas en esta etapa del desarrollo y la responsabilidad que atañe a la sociedad de proveer los elementos para un envejecimiento adecuado. Esto toma gran relevancia ya que en la actualidad nos enfrentamos a una realidad de carácter demográfico que demanda actuaciones en el ámbito de la convivencia social, integración, bienestar y salud de las personas mayores en su proceso de envejecimiento.

El libro está constituido por cinco partes y 13 capítulos con temas que abordan situaciones concretas que refieren al progreso del envejecimiento y al impacto social que sobreviene, donde el resto de la sociedad tiene que ocuparse con la finalidad de otorgar una respuesta apropiada a las necesidades de los adultos mayores.

La primera parte –denominada *Condiciones Socioculturales*– está constituida por dos capítulos. En primera instancia, se aborda los ámbitos de la antropología de la ancianidad y vejez, el cual indica que la antropología facilita una aproximación con los adultos mayores para

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas. San Nicolás de los Garza, N.L., México.

reconocer la significación positiva o negativa que subsiste en el proceso de envejecimiento, y así comprender mejor esta etapa de vida de las personas que todavía está en constricción. La segunda instancia se aborda el envejecimiento y sus implicaciones sociales, que hace notar que actualmente subsisten vacíos sociales en las condiciones estructurales para garantizar una vejez digna. Situación que se agudiza particularmente en las mujeres ancianas las cuales lamentablemente carecen de una educación y cuya problemática obedece a un contexto de carácter histórico que no se ha atendido apropiadamente.

La segunda parte, se nombra Realidad Social, comprende dos capítulos. El primero, retoma el escenario político que existe en México en materia de la tercera edad. Donde se documenta que, aunque México es un país aun de jóvenes, se ha estado observando en las últimas décadas el crecimiento de este grupo de edad en particular. Por lo cual, comenta que es conveniente fortalecer las políticas y reglamentaciones existentes con la finalidad promover una cultura de la inclusión con la finalidad de fortalecer y respetar los derechos humanos de los adultos mayores. En la segunda intervención se aborda la percepción de estudiantes universitarios acerca de los adultos mayores, evidenciando dos hallazgos sumamente importantes a partir de las construcciones sociales que los estudiantes refieren; en primer lugar, indican que los adultos mayores son personas que ostentan habilidades y conocimientos, pueden mantenerlos vigentes socialmente por mucho tiempo más. Y adicionalmente señalan que son generosos y respetuosos por lo general.

La tercera parte atañe al Escenario de la Salud, y está constituida de cinco capítulos que abordan temáticas relativas e los requerimientos nutricionales, a la atención en enfermería que ellos requieren, las condiciones de salud bucal, a los beneficios que involucra contar con un buen sistema inmunológico y a la actividad física que puede desarrollar el adulto mayor. En relación a la nutrición esta representa suma importancia en el ciclo de vida de toda persona y de manera muy fundamental en el proceso de envejecimiento, ya que esta puede prevenir muchas enfermedades. En la atención en enfermería, se destaca los cuidados que se procuran al paciente desde el contexto de salud física, psicológica

como también de carácter social, esencialmente enfocada a concientizar a la familia para buscar el bienestar del adulto mayor.

En lo que concierne a la salud bucal, los adultos mayores padecen problemáticas relativas a la masticación que tienen posteriormente consecuencias con la nutrición, el lenguaje y la capacidad de socializar. Entre estas problemáticas se destacan la caries, gingivitis, periodontitis y el edentulismo. Por lo que respecta, a los procesos inmunológicos y los beneficios terapéuticos de contar con un sistema fortalecido al llegar a la vejez, conlleva sopesar los efectos del deterioro del sistema inmunitario que de forma natural disminuye y permitiría soportar los padecimientos virales como infecciosos. Con relación a la actividad física, esta se constituye de suma relevancia ya que se ve acompañada de un estilo de vida saludable que promueve la funcionalidad física en el adulto mayor, y así realizar sus actividades básicas e instrumentales de vida.

La parte cuatro de este libro trata sobre el Marco Socioemocional de los adultos mayores, la cual está integrada por tres capítulos. El primero de ellos, se relaciona con la salud mental de las personas mayores y su capacidad funcional que destaca que las afectaciones mentales, suelen tener una relación directa con la limitación de las actividades diarias y por lo tanto va deteriorando la calidad de vida funcional de los adultos mayores. En tanto, el segundo capítulo refiere a la declinación de la vida funcional del adulto mayor que tiene como consecuencia cavilar sobre la finitud de su vida, lo cual se yergue más sólidamente si se encuentra postrado por enfermedad. Es en este contexto, que la tanatología surge como una práctica para lograr llevar a las personas mayores –como familiares- a una preparación del duelo donde surge un acompañamiento, frente a una súbita noticia que puede ocurrir en cualquier momento, en el que se pretende considerar y velar por la dignidad del anciano. El tercer capítulo hace mención de la importancia de la resiliencia para contar con una vejez exitosa. Y señala que la resiliencia apoya a los adultos mayores a sortear los complejos factores que se ciernen en su derredor. Entre estos factores contamos con la soledad y la depresión, entre otras secuelas; comenta además que la resiliencia puede fortalecerse en el adulto mayor mediante la unión familiar en su

alrededor, lo que conlleva también a elevar la autoestima, para soportar quizás los padecimientos crónicos propios de su etapa de vida.

La parte cinco, denominada como Situación Socioambiental, está constituida por un capítulo que se adentra en los aspectos ambientales en derredor de los gerontes. Ya que existe evidencia que refuerza la postura que los espacios sociales como naturales se yerguen como componentes sumamente relevantes para que los adultos mayores cuenten con un envejecimiento saludable.

Finalmente esperamos que este libro contribuya con información valiosa en relación a este grupo de edad –adultos mayores- y así generar consciencia de la necesidad de crear políticas publicas relacionadas a la búsqueda de respetar la dignidad de las personas y los derechos humanos que le asisten.

PARTE I
CONDICIONES SOCIOCULTURALES

Capítulo 1. Antropología de la ancianidad y la vejez

*David Moreno García*¹

Introducción

La ancianidad como la vejez es un concepto abstracto, considerado este como una etapa de la vida, otros la han considerado como una construcción socio-antropológica. Con cierto discernimiento también hemos de señalar que la ancianidad, como el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11 al 22 % (Martínez Pérez, González Aragón, Castellón León y González Aguiar, 2018). Nos hemos dado cuenta que la sociedad ve a la vejez - al viejo - no como una fase, sino como calificativo inmutable. De ahí el señalamiento de que la vejez es sustantiva. Pero igual de significativo es revelar que al estado de vejez se llega por una cronología de sucesos biológicos cuya manifestación más visible y experiencial es el desgaste funcional.

Sobre lo anterior, destacaremos que abundante es la literatura que define su visibilidad, y a nivel de conciencia cotidiana no queda

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Monterrey, N.L., México.

muy claro la manera en que se “llega a viejo”. La vejez es un síndrome de una serie de síntomas, anuncian la llegada a un ciclo y un estilo de vida cuya base sociológica se asocia a la estructura de edades y a la teoría de la subcultura. El principio de inicio de la vejez se ha establecido entre los 60 y los 65 años, unos a los 75 y otros a los 80 como inicio del estado de muy viejos o muy mayores (Robledo Díaz, 2016).

En el marco de la teoría de las representaciones sociales, esta es reconocida como una forma de conocimiento y saber que externa el sentido común de los individuos en su colectividad como parte de los procesos sociales, generativos y del pensamiento social, y nos precisa que la vejez pasa necesariamente por la construcción cultural de las edades. Todas las sociedades tienen como uno de sus elementos estructuradores el curso natural del tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo hasta su muerte y como resultado ordenan éste en distintas etapas según su edad y le otorgan una serie de características y pautas de comportamiento a las cuales deberá ajustarse (Materán, 2008).

Ancianidad y envejecimiento: un análisis con perspectiva antropológica

El estudio de la antropología de la ancianidad es una perspectiva que le confiere un significado propio al desarrollo de la persona, este transita como un fenómeno o manifestación que en su actividad natural ve implícita un carácter extrínseco que es adquirido dependiendo de la situación y el contexto cultural y social en que se encuentre.

Esta perspectiva nos permite redescubrir dicho fenómeno en su significado profundo, reconsidera las características de la naturaleza humana y del desarrollo de la persona. En el caso de los ancianos al ser observados o entrevistados es muy común se manifieste un cambio al replantear sucesos o hechos que nos ponen a reflexionar acerca de lo vivido o experimentado. Dentro de la antropología del envejecimiento ha habido numerosos estudios y publicaciones desde la perspectiva cultural (Burgalassi, 1985; Fericgla, 1992; Galardi & Quadrio Aristarchi,

2002; Hoppe & Wulf, 2002). A través de estas obras se pone de manifiesto que la vejez no es sólo el resultado de un proceso físico, sino también de un proceso cultural. En este sentido, se puede decir que la concepción de la vejez es mutable y está sometida a numerosos cambios.

Al considerar a la perspectiva antropológica como parte de un análisis en su metodología generamos un encuentro más humano, filosófico y cercano no solo con la persona sino diversas características y factores que son en su interacción, su intimidad al narrar sus vivencias.

La importancia de hacer un abordaje desde la antropología cultural sobre el envejecimiento, es porque nos permite retomar desde esta área de formación y pensamiento una serie de elementos filosóficos, teóricos y científicos, pero a la vez permite una mirada en la génesis, inclusión y esencia del fenómeno de la ancianidad como parte de sus características universales, que aunque se concretan y se hacen manifestaciones de diversa manera en cada individuo, se pueden reconocer su existencia-apariencia en todas las personas de edad avanzada, independientemente de la época y cultura (Dos Santos, Menezes, Takase, Martorel & Almeida da Silva, 2017).

En *The ageless self* “El yo sin edad”, Sharon R. Kaufman (1994) antropóloga hace una narrativa personal y de identidad en la vejez, contribuyendo a los estudios de gerontología, presenta los resultados de un estudio cualitativo en el que analiza cómo las personas ancianas perciben el significado del envejecimiento. Concluye que en sí mismo, el envejecimiento no es una característica central de la existencia humana, ni una fuente de significado, sino más bien, una identidad que se mantiene a lo largo del tiempo a pesar de los cambios experimentados propios de la edad avanzada.

Pero a la vez habría que agregar un hallazgo y planteamiento todavía más trascendente al señalar que los mayores son activamente narrativos para transmitir su vida a través de historias. Las tramas y experiencias no se rigen solo por la vejez ni las principales experiencias obtenidas, sino que hay una fuerte tendencia en que estos están enmarcados por sus valores personales.

Para Burgos Velasco (2005), explorar el saber del significado de la ancianidad, teniendo como base la antropología personalista, hace

necesario nos encuadremos en un marco ontológico, este fenómeno que sin negar la individualidad y la subjetividad personal, reconoce y antepone la existencia de un sustrato profundo en cada individuo y que es común a todos los hombres: la naturaleza humana del ser que a su vez es trascendente. Reconoce la centralidad de la persona como sujeto social, es decir la persona en relación con los demás, teniendo en cuenta el impacto que la cultura y el contexto social ocasiona en el desarrollo de la persona, como un factor incluyente y de interacción que marca su libertad personal y la de los otros.

Hemos encontrado y compartimos que la ancianidad como la vejez son un cumulo de experiencias, compuestas por una serie vivencias y cambios. Cambios que en su aparición muestran la manifestación de sentimientos o emociones que marcan y determinan el actuar o accionar del individuo físicamente ante los demás. Pero no solo eso sino sus capacidades, salud y calidad de vida de una manera positiva o negativa. Ello es reconocido como soledad un sentimiento que sin ser negativo o positivo, puede transitar de ser en la persona una experiencia enriquecedora o dolorosa, ocasionando cambios importantes en un proceso o situación, según sea su apreciación y ser un factor determinante de un estadio por el cual pasa la persona. (Rodríguez Martín, 2009).

Factores causales de la soledad

Abordaremos en este caso, la crisis de autonomía uno de los factores de esta soledad la cual es ocasionada principalmente por las consecuencias de los cambios físicos que van limitando cada vez en mayor medida a la persona anciana. Dicha crisis está relacionada – comenta Laforest (1991)– con la redefinición de nuevas relaciones con los demás, en referencia a satisfacer las propias necesidades. En este sentido, los recursos también físicos pueden jugar un importante papel para la ayuda a la persona anciana en el mantenimiento de la autonomía. Denotamos que esta crisis de autonomía incide especialmente sobre la propia identidad de la persona impactando aún más en la crisis de identidad antes mencionada.

Por lo tanto, tener una profunda consciencia del valor único de cada persona así como de la naturaleza limitada y dependiente pero abierta hacia la eternidad. Será un fuerte recurso para encontrar el sentido de la vida ante el inicio de cierta pérdida de autonomía o incluso en situaciones de absoluta dependencia e incapacidad. Además, para ayudar a la persona anciana a resolver esta crisis será importante que las personas cercanas también le reconozcan por lo que es, en su profunda singularidad e individualidad (Laforest, 1991).

A la luz de esas ideas que hemos tratado como parte de la soledad, surge también la perspectiva de hasta donde el conocimiento en la ancianidad a contemplado el descubrir las leyes del pleno desarrollo de la persona humana vista en todo su alcance, que significa esto, reflexionar y saber si estamos contemplando en las etapas de la vida humana la meta de trascender y llegar a la ancianidad o vejez no como parte de modelo económico y político, sino con un perfil que este más sustentado en aquellos determinantes que le permitan la consecución ética de llegar a ser feliz en lo personal y espiritual, y es aquí donde Guardini (2006) apunta a que la crisis de la vejez consiste principalmente en una crisis de dejación, frente a las importantes pérdidas así como ante la conciencia del final, ya que en la vejez se hace patente el hecho del final, cada vez más cercano. Y señala que será importante que se permita una adecuada participación de los ancianos en la vida social. Ya que los estereotipos actuales negativos hacia la vejez pueden, por el contrario, llegar a obstaculizar de manera decisiva la posibilidad de que el anciano supere de manera positiva esta crisis.

La antropología posibilita una mirada crítica sobre la forma en que los ancianos son vistos por la sociedad, de qué manera están incluidos en las Políticas Públicas y cómo son tratados en los servicios de salud, visualizando la edad como un lazo de significación simbólica que marca la existencia de la persona (Sánchez Barrera, Martínez Abreu, Florit Serrate, Gispert Abreu y Vila Viera, 2019).

A diferencia de muchas ciencias la antropología denominada la ciencia del hombre es una disciplina compleja y muy diversa en sus abordajes dentro del marco humano y social. Comúnmente, también

son diversas las ocasiones en la que la antropología es no solo señalada y conocida como una disciplina en la que están involucradas personas y profesionistas realizando estudios de sociedades en procesos de extinción, o bien a los antropólogos como investigadores realizando tareas diversas en lugares locales o lejos de una condición actualmente urbana, sus planteamientos y razonamientos en ocasiones nos ofrecen elementos y condiciones de como planificar o entender evidencias, rasgos y otras manifestaciones de la cultura humana.

Hemos de señalar y destacar que profundizar en conocer la cultura constituye el eje que da sentido a los estudios de la Antropología. Por lo cual también es justo informar que la antropología no es una disciplina joven, sino que está ya goza de una trayectoria en la que ha presentado estudios sobre diversas culturas y subculturas en contraste con la nuestra. Por igual, dejaremos en claro que la antropología no busca centrarse en lo exótico en sus estudios e investigaciones, sino señalar que uno de los propósitos principales de esta disciplina científica es el incrementar el conocimiento del ser humano y las distintas expresiones culturales en las que está inmerso en lo individual y social (Nivón y Rosas, 1991).

Actuales panoramas

El interés en el envejecimiento en México, documentado desde la década de 1970 en su rasgo demográfico y actuarial de los recursos de la seguridad social, se había analizado escasamente en su interrelación con otros campos como la salud, desde un enfoque antropológico (Castro y Ponce, 2007). Los trabajos y vínculos han estado asociados a diversos temas como los estatus y roles de la población envejecida; las representaciones sociales de la vejez; el papel de la religión en estas etapas de la vida y el cuidado de los ancianos, como tarea cotidiana y parte de los ciclos familiares. Análisis de dos visiones en la actualidad: La referente a la vejez como un problema social y la que parte de una mirada macro social.

La vejez como problema social genera otros fenómenos, y el argumento reiterado de que se le califique como tal es el aumento de su

población, que es reflejo de la “transición demográfica”: más ancianos y menos niños, ocasiona problemas económicos y la competencia por los recursos sociales para la atención entre los distintos grupos de edad, así como el aumento del empobrecimiento y la desigualdad entre los viejos, sobre todo de las ancianas (Castro y Ponce, 2007).

Dichos abordajes aluden a la vejez como experiencias, representaciones y percepciones individuales que es necesario hacer visibles (Gutierrez Cuéllar, 2019). Pero también nos queda claro que debemos revisar como estos planteamientos o bien posicionamientos que son parte de la fenomenología, la teoría crítica y la economía política, dan cuenta del asunto de la experiencia y la producción de las acciones con sentido e interés de responder más a etapas y ciclos de procesos administrativos, centrados en responder así a las tensiones sociales entre los intereses públicos y las preocupaciones privadas. Perdiendo en muchas de las ocasiones la perspectiva antropológica del ser humano en su trascender y vivenciar una etapa de ancianidad y vejez con plenitud.

Cambios y características en las últimas décadas.

La antropología social a través del tiempo ha realizado diversas investigaciones etnográficas en las cuales ha encontrado a la vejez como parte de los grupos humanos; sin embargo, es necesario enfatizar que en las ciencias sociales las investigaciones en torno al tema de la vejez comenzaron a generar interés hace apenas unas décadas

En lo que corresponde a la antropología social o sociocultural, sus aportes han permitido revisar, interpretar y mostrar hallazgo en este interesante tema sobre los ancianos y la vejez, que al igual que otras disciplinas tienen como finalidad el analizarla realidad social de este grupo y su componente poblacional; Construir conocimiento gracias a sus técnicas y herramientas a través de décadas, nos han proporcionado valiosa información científica a través de registros de historias vida mediante datos directos; distinguiéndose así a las ciencias sociales de los datos numéricos que en su captura difícilmente aportan rasgos con la profundidad humana, social y cultural que una entrevista potencialmente

suele otorgarnos. Pero reconocemos que son relevantes para construir propuestas en razón de que los números permiten comparar y acceder a un análisis para identificar y trabajar hacia una nueva propuesta que permita proponer una mejor calidad de servicios.

La antropología posibilita una mirada crítica sobre la forma en que los ancianos son vistos por la sociedad, de qué manera están incluidos en las políticas públicas y cómo son tratados en los servicios de salud, visualizando la edad como un lazo de significación simbólica que marca la existencia de la persona (Sánchez et al., 2019).

El incremento sostenido de la población de personas mayores de 60 años en la actualidad constituye un reto para las diferentes sociedades. El fenómeno del envejecimiento de la población se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país. (Sánchez et al., 2019).

Una mirada al proceso de envejecimiento-desde la antropología- posibilita y contribuye a identificar factores que permiten que esta etapa de la vida sea una experiencia más llevadera. La importancia de la condición de salud/enfermedad, la trascendencia de una condición económica estable, la relevancia del vivir y del morir acompañado, la diferente experiencia de la vejez según la condición de género y la creciente necesidad de que el envejecimiento sea considerado una responsabilidad social ante el escaso apoyo institucional, entre otros aspectos, coincide con lo planteado por referidos investigadores (Dos Santos et al., 2017).

Clasificación de la vejez

¿Todas las personas envejecemos de la misma forma? Existen variadas clasificaciones de la vejez, así es que algunos la han clasificado como: satisfactoria, patológica, viejos sanos, viejos enfermos, activa, exitosa, etc. En los últimos tiempos una de las clasificaciones más rele-

vantes es la que contempla tres tipos o formas de envejecer: la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito (Martínez et al., 2018). Este modelo y otros recursos permiten que los Adultos Mayores (AM), sigan siendo activos agentes sociales. Este término de envejecimiento activo fue propuesto por la Asamblea Mundial de Envejecimiento, realizada en Madrid en el 2002 como eje de las acciones y estratégicas aprobadas para el logro de los derechos de las personas mayores.

La definición más conocida y utilizada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que conceptualiza el envejecimiento activo como: 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; lo que les permite realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados (Ramos Monteagudo, Yordi García y Miranda Ramos, 2016).

La adición del término, activo, ha creado una polisemia entre los estudiosos del tema, lo cierto es que cambia diametralmente los conceptos anteriores de vincular a las personas mayores con la pasividad, discapacidad, la desvinculación social y laboral que tradicionalmente se han empleado. Esta perspectiva tiene un fuerte contenido de proactividad en las personas mayores, de participación de poder y de necesitar hacer, que integra esfuerzos en políticas de empleo, salud y de bienestar social en general (Martínez, et al., 2018)

Es indispensable que las ciencias sociales encaminen sus esfuerzos investigativos en pos de la eliminación de barreras subjetivas (además de las objetivas), y las actitudes discriminatorias que aún subsisten.

No sería desatinado sino, por el contrario, muy oportuno emprender investigaciones que den luz hacia el mejoramiento y preservación de la esencia humana, en la que la dimensión ética, pudiera develar lo que hemos ido creando (bueno y no tan bueno). Trabajar por la eliminación de los estereotipos y prejuicios, comenzando por nuestros propios hijos y nietos, así como en los medios, para que no lleguen a la

sociedad, mensajes obsoletos y negativos, es una tarea de primer orden (Martínez et al., 2018).

Ancianidad, vejez y religión

Felipe Vázquez Palacios explica, en referencia a las “Construcciones sociales de la vejez rural/urbana a partir de la experiencia religiosa” expone como idea principal su utilización como estrategia de supervivencia para los ancianos. La religión ayuda a significar y resignificar los distintos procesos culturales, sociales, económicos, psicológicos y demás, a través de los cuales pasa el individuo; lo auxilia en la dificultad y desintegración social, para darle una perspectiva diferente a sus últimos años de vida (Castro y Ponce, 2007)

Vázquez sostiene que la religión no es sólo un apoyo más para difuminar las ideas alrededor de la vejez, sino una herramienta que les permite repositionarse en la sociedad y obtener un estatus honorable dentro de ella. Para la mujer, como para el hombre en esta etapa, la significación de lo religioso se ve construida y desconstruida por las relaciones interpersonales y el ambiente cultural en el que conviven a diario.

Entre el discurso y la actuación entre hombres y mujeres, brindan un panorama de los roles de género de manera explícita y clara, reforzados por los aspectos culturales que impone la religión (Castro y Ponce, 2007). Concluye que la religión hace que el rol del anciano se repositone y crezca su estatus social, y así la actividad aumenta su calidad de vida. El autor remarca que es importante estudiar la vejez desde esta perspectiva, ya que ayudará a comprender cómo los ancianos van construyendo su realidad en esta etapa.

Imelda Orozco Mares, en “Imágenes de la vejez”, explica el significado que los mismos ancianos dan a su estado. Orozco analiza sólo la significación negativa de las imágenes sobre vejez de los entrevistados, por dos razones: son las más recurrentes en el discurso y se relacionan con problemas de salud, estado económico y social. La autora muestra dos aspectos de la salud, que llevan a una dependencia en la vejez: las capacidades físicas, aunadas a la imagen corporal, y la pérdida de las habilidades mentales (Castro y Ponce, 2007).

Consideraciones finales

En las últimas décadas se observó el aumento de la demanda de ancianos en las instituciones de salud, entre ellas el hospital. Este es un fenómeno universal que puede ser explicado por el incremento de la expectativa de vida en todo el planeta y, consecuentemente, de la mayor incidencia de enfermedades crónicas, fragilidad e incapacidad funcional, siendo necesarios, por lo tanto, de cuidados más complejos.

Considerando los diversos aspectos implicados en la cultura de la ancianidad y etapa de vejez, tenemos entonces que reflexionar sobre las aportaciones teóricas de la antropología para la apreciación, planes, prácticas, cuidados, programas, la investigación y la atención de los ancianos en su multidimensional relación.

Relevante también es que el conocimiento antropológico ha considerado la edad como un aspecto que no determina por sí sola el envejecimiento. Permite la comprensión de la edad como uno de los elementos presentes en el proceso de desarrollo, sirviendo como una referencia del paso del tiempo, tal como afirma Bourdieu: “Siempre se es viejo o joven para alguien”. Con esa perspectiva, la vejez es una categoría socialmente producida, refiriéndose a la variabilidad de las formas por las que el envejecimiento es concebido y vivido.

Resaltamos la aportación concluyente -de Scheler y Von Hildebrand- al señalar que el personalismo en la ancianidad y vejez, tiene un legítimo enlace y proceso que conduce a manifestar efectividad de que las personas poseen una dimensión espiritual. Y en ese sentido reforzamos incluyendo la puntualización de Seifert cuando afirma de manera puntual que el verdadero personalismo se caracteriza por la observación de que, si bien la vida consciente y realidad de la persona en el conocimiento y los actos libres es de una importancia crucial, también la vida espiritual afectiva es una parte central e irrenunciable del ser racional de la persona.

En diversas épocas, culturas y regiones se han manifestado propios patrones de envejecimiento con una carga de complejidad que configuran modelos de envejecimiento. Pero a la vez, pertinentemente

son detonante de cambios que confluirán en nuevos patrones socioculturales, estructurales o institucionales a favor de una sinergia interior de las sociedades modernas y futuras, sobre las cuales se debe configurar y sustentar nuevas interacciones y acciones para la ancianidad y etapa de vejez.

La ancianidad, el envejecimiento, la vejez y todas las realidades asociadas a ellos, no hablan por sí solos, sino que son interpretados a la luz de diversas perspectivas teóricas. Estas teorías pueden ser más o menos útiles para interpretar determinadas realidades. No es que sean correctas o incorrectas. Más bien nos proveen de una comprensión de la realidad y una visión bastante completa de algún elemento o situación que lo relaciona en lo particular con las vivencias que todo ser humano a experimentado.

Al observar el envejecimiento a partir de relatos biográficos se evidencia que éste debe ser entendido como un proceso, que da cuenta de la articulación entre aspectos subjetivos de las personas y su ser social en un proceso de construcción histórica. La entendemos más bien, como una construcción biográfica-individual e histórica-cultural.

Por lo cual, para el área de la investigación científica, la antropología posibilita una mayor aproximación del investigador con el campo de investigación y convivencia con los informantes ancianos, durante la obtención de los datos, para lo cual se necesita establecer una preparación con método y saber, para con ello enmarcar un abordaje que le permita obtener una relación de empatía y respeto con las personas. Esta relación más cercana contribuye a que el investigador desarrolle la sensibilidad, la capacidad de observación, de escuchar y ser más interpersonal desde una perspectiva desde las ciencias de las humanidades.

Bibliografía

Burgalassi, S. (1985). La condizione anziana in Italia. Problemi e prospettive. Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia. Atti del 54 corso di aggiornamento culturale

- dell'Università Cattolica. Roma, 2-7 settembre 1984 (pp. 102–121). Milano: Vita e Pensiero.
- Burgos Velasco, J. M. (2005). Algunos rasgos esenciales de la antropología personalista. *Thémata*, 35, 495–450.
- Castro, M.C. & Ponce, M. (2007). Reseña Leticia Robles Silva, Felipe Vázquez Palacios, Laureano Reyes Gómez e Imelda Orozco Mares (2006), *Miradas sobre la vejez: Un enfoque antropológico. Región y sociedad*, 19(40), 195-204.
- Dos Santos, A., Menezes, M.R., Takase, L., Martorell, M.a. & Almeida da Silva, V. (2017). El abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 62-66.
- Fericgla, J. M. (1992). *Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Galardi, A. & Quadrio Aristarchi, A. (2002). *Lo sviluppo delle competenze: il ciclo di vita (Vol. 2)*. Milano: Vita e Pensiero.
- Guardini, R. (2006). *Las etapas de la vida: su importancia para la ética y la pedagogía*. Madrid. Palabra.
- Gutiérrez Cuéllar, P.C. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral Estudios Sobre Estado Y Sociedad*, 26(75), 197-237.
- Hoppe, B. & Wulf, C. (2002). *Vecchiaia. Cosmo, corpo, cultura*. Enciclopedia antropologica (pp. 400–405). Milano. Mondadori.
- Kaufman, S.R. (1996). *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*. Madison. University of Wisconsin Press.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona. Herder.
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G. & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13 (2), 243-248.
- Nivón, E. & Rosas, A.M. (1991). Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades*, 1 (1), 40-49.
- Ramos Monteagudo, A.M., Yordi García, M. & Miranda Ramos, M.A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.

- Robledo Díaz, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4(1), 125-140.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Sánchez Barrera, O., Martínez Abreu, J., Florit Serrate, P.C., Gispert Abreu, E.A. & Vila Viera, M. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 708-724.

Capítulo 2. Los adultos mayores: envejecimiento e implicaciones sociales

Pedro César Cantú Martínez¹

Introducción

Hoy en día el envejecimiento de la población en el mundo se está constituyendo en una problemática sumamente importante para la generalidad de los servicios de salud. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2015) estima que durante el lapso de 2015 al 2050 se duplicará del 12% al 22%; es decir se estima que el grupo etario de mayor de 60 años pasara de una población de 900 millones a una de 2,000 millones de personas. Sin lugar a dudas esto es consecuencia de una serie de actividades en materia de salud –de orden mundial- que ha logrado reducir la mortalidad infantil y particularmente la muerte por enfermedades infecciosas. Por lo tanto, en la actualidad existe un contexto demográfico de adultos mayores todavía sustancialmente funcional que podrían aún integrarse a las actividades sociales y económicas, ya que la mayoría de ellos se encuentran pensionados.

Por otra parte, se reconoce que en el escenario internacional que esta situación está promoviendo que la pirámide poblacional en gran cantidad de países se invierta –es decir, que el grupo de mayormente representado sean los de 60 años y más- esto ha conllevado que

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

la respuesta de los organismos operadores que brindan las pensiones se encuentren ante un problema socioeconómico, que repercute en la población activa que es la que se encuentra financiando mayormente estas pensiones. Pero además subsisten otras consecuencias de carácter contingente como las prestaciones asistenciales entre las cuales se incluyen los servicios de salud (Alemán, 2013).

Por consiguiente, además coexiste una compleja situación en derredor de la salud de este grupo demográfico, ya que en este conglomerado de adultos mayores surgen cambios sumamente relevantes en las condiciones de su estado de salud que repercuten de distintas maneras como lo mental, así como ostentar enfermedades crónicas no trasmisibles y otros padecimientos que se conjugan y pueden generar discapacidad –parcial o total- como también un desenlace fatal (Aartolahti, Hartikainen, Lonnroos y Hakkinen, 2014). Por estas razones, se ha considerado pertinente abordar la situación existente de orden social y el envejecimiento en los adultos mayores por las implicaciones de orden cultural que estan tras de ello.

¿Qué es el envejecimiento?

Podemos comenzar señalando que el envejecimiento –desde una perspectiva biológica- es un proceso donde las personas manifiestan una disminución física como también cambios de orden funcional, y que se suceden particularmente con el paso del tiempo.

Esto sin duda, promueve una alta vulnerabilidad para las personas por la manifestación de lo que podemos denominar como envejecimiento fisiológico, que se ve influenciado por el entorno social, el contexto del estilo de vida y por la serie de padecimientos que se hayan suscitado en las personas durante el transcurso de su ciclo vital (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

En términos generales Alvarado y Salazar (2014, p. 57) argumentan que el envejecimiento es:

un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin em-

bargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano.

Avanzando en el razonamiento, en términos generales, al comentar sobre envejecimiento se hace referencia a un periodo de la vida de una persona que es sumamente amplia y de condiciones muy variadas en las que intervienen patrones sociales, culturales y ambientales (Zetina, 1999). Esta condición se manifiesta desde los 60 años en adelante, donde en términos de caracterizar el envejecimiento Brocklehorst (1974) determinaba que de 60 a 74 años se podría denominar esta etapa como senil, de los 75 a los 89 años como ancianidad y de los 90 y más como longevidad.

No obstante, existen –desde hace tiempo- pronunciamientos de otros investigadores como Lehr (1980) y Laforest (1991) que declaran la dificultad para poder configurar y categorizar el concepto de envejecimiento, sin embargo, aprecian de manera coincidente que este suceso cuenta con un progreso dinámico, que encierra múltiples factores y que son característicos de todas las personas. Detallando finalmente que se refiere a una etapa de la vida sumamente compleja donde se aprecian cambios biopsicosociales. Entre estos tenemos las que apuntan al desarrollo físico donde subsiste una disminución de la salud y por consiguiente de las capacidades físicas que se exhiben, en segundo término, contamos con las órdenes cognoscitivas donde se ostenta un deterioro de la memoria y las relacionadas con la inteligencia, y finalmente las de desarrollo psicosocial donde existe una aceptación para enfrentar la soledad y la muerte (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Particularidades y modelos de envejecimiento

El incremento del envejecimiento de la población en el mundo está generando una serie de sucesos que impactan de manera directa –y además superan- a las administraciones públicas como privadas para suministrar adecuados servicios de salud, que más tarde se reflejan en

las políticas públicas, en sus contextos políticos como de carácter social y económico. Por esta razón en el presente se exige “una respuesta integral de salud pública. No obstante, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esta respuesta implicaría, y hay pocos datos empíricos acerca de lo que podría hacerse” (OMS, 2015, p. 6).

En relación a esto Alvarado y Salazar (2014) comentan que en los últimos años se han propuesto distintas configuraciones a los modelos de envejecimiento entre los que encontramos las siguientes:

1. *Envejecimiento exitoso*: se refiere a mantener una condición de actividad física y mental sumamente alta como constante, acompañada con actividades y relaciones interpersonales.
2. *Envejecimiento saludable*: versa y empieza a concretarse desde etapas de la vida menores a las de 60 años, considerando que solo se puede alcanzar si se han establecido costumbres y estilos de vida saludables.
3. *Envejecimiento activo*: que se representa mediante la intervención de los adultos mayores en actividades socio-culturales, económicas, ciudadanas y de carácter religioso.

Por consiguiente, de acuerdo con la Dra. Margaret Chan –en ese entonces directora general de la OMS- indicaba que bosquejar un envejecimiento idóneo implicaba no solo la carencia de padecimientos en las personas, sino también debería importar la capacidad funcional e inserción en la sociedad de estas personas (OMS, 2015).

En tanto en palabras de Alan Walker (2006), un envejecimiento considerado como satisfactorio no se centra solamente en contar con una capacidad física adecuada o bien que aún sean proveedores económicamente los adultos mayores. En este sentido, propone siete consideraciones –que contempla como importantes- para alcanzar un envejecimiento propicio de toda persona, las cuales consisten en:

1. Contribuir al bienestar individual, familiar comunitario y social.
2. Prevenir enfermedad, discapacidad, dependencia y pérdida de habilidades.

3. Participar en la medida que lo permitan las condiciones físicas, psicológicas y sociales de cada persona (incluidas las que son frágiles y dependientes).
4. Mantener y fortalecer la solidaridad intergeneracional.
5. El derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida implica la obligación de aprovecharlo para ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo.
6. El empoderamiento en el envejecimiento activo implica adquirir conocimiento para asumir la responsabilidad del rol social de viejo activo.
7. Considerar los elementos locales y la diversidad cultural en el concepto de envejecimiento activo.

De esta manera se deben establecer –como indica Walker- las condiciones de un medio favorable para propiciar un contexto de orden futuro con cualidades positivas donde los adultos mayores con capacidades físicas y mentales diferenciadas puedan seguir vinculados a las actividades de la sociedad.

Implicaciones sociales

El contexto de un envejecimiento para cualquier persona representa un desafío puntalmente por las repercusiones socioeconómicas de enfrentar aún situaciones relacionadas con su curso de vida no resueltas aún. De tal manera que los adultos mayores confrontan retos que aún se siguen asociando a su ciclo vital de vida lo que conlleva a preguntarse ¿Cómo podrá enfrentar las necesidades futuras, fundamentalmente las de atención a su salud? Es necesario hacer hincapié que en esta etapa la atención en salud representa un alto costo (Ochoa-Vázquez, Cruz-Ortiz, Pérez-Rodríguez y Cueva-Guerrero, 2018).

Se debe agregar que Ochoa-Vázquez et al. (2018) mencionan que la instancia internacional conocida como Banco Mundial advierte que durante el 2018 la situación en Latinoamérica y el Caribe que 30% de las naciones no contaban con subvenciones económicas para sopesar

el impacto de la pobreza, mientras que aquellos países que si cuentan con este apoyo el recurso monetario no es suficientemente vasto para cubrir las necesidades de un adulto mayor, y mucho menos si aún tiene familia que depende de él.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Huenchuan, 2018) señala que la protección social universal debería garantizar –en el caso de adultos mayores- prestaciones relativas al cuidado de la salud, retribuciones por vejez como también por invalidez; específicamente por que los adultos mayores requieren escenarios precisos y adecuados a sus circunstancias, como también sistemas de salud que respondan a sus propias problemáticas de salud, como además aminorar las brecha existente en salud en los grupos poblacionales de adultos mayores contemplados como extremadamente vulnerables por sus condiciones sociales y económicas en que coexisten.

Con respecto al punto anterior, la Dra. Alicia Bárcena –Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe- comenta que debe abatirse la imagen socialmente negativa de los adultos mayores, ya que concretamente se insta “en relacionar el envejecimiento con situaciones de dependencia, rezago u otras categorías socialmente disfuncionales” (CEPAL, 2017, p. 13). Y aunque se han tenido avances para revertir este escenario aún estos esfuerzos de orden internacional no han sido suficientes.

Mucho de este paradigma reside en el hecho que para la orientación biológica subsiste un deterioro, mientras que para al ámbito de las ciencias sociales es un evento dentro del ciclo vital de las personas, en el que aún se carece de una valoración adecuada a este grupo de edad. ¿Por qué se indica esto? por el hecho que se ha constatado que en las áreas rurales la población de adultos mayores se mantiene participando –de manera activa- en la vida económica de la familia, lo cual no es tan evidente en el área urbana (CEPAL, 2017).

Consideraciones finales

El incremento del grupo etario de adultos mayores en el mundo está obligando a las autoridades gubernamentales de todos los países

a replantear las políticas públicas relativas a la demografía y de atención en salud. Ya que están emergiendo una numerosa cantidad de asuntos referentes al adulto mayor que tienen que ver con aspectos de los derechos humanos. Este escenario no se puede atender como un problema solamente de orden numérico, sino atañe a una situación extremadamente compleja dentro del derrotero histórico del desarrollo humano.

Las ausencias de condiciones estructurales en la sociedad – para los adultos mayores- promueven que un gran núcleo de adultos mayores no pueda acceder a una vejez digna. Por lo tanto, se está generando una alta dependencia de los adultos mayores, donde se ha advertido que la carencia de una preparación educativa conlleva a una mayor dependencia a los adultos mayores, preferentemente a las mujeres, las cuales además se caracterizan por poseer ocupaciones poco remunerativas a lo largo de su vida.

Finalmente, esto nos lleva a cavilar que el envejecimiento es una progresión de carácter endógeno, de orden no voluntario y que se acrecienta con la edad, del cual ninguna persona se puede abstraer. Donde este envejecimiento se puede acelerar por condiciones externas fuera de su control, pero puede paliarse si las personas cuentan con el acceso y cumplimiento a sus derechos fundamentales, y con ello abatir las desventajas en materia de enseñanza, atención en salud y seguridad social.

Bibliografía

- Aartolahti, E., Hartikainen, S., Lönnroos, E. & Häkkinen, A. (2014). Health and physical function predicting strength and balance training adoption: a community-based study among individuals aged 75 and older. *Journal of Aging and Physical Activity*, 22 (4), 543-549.
- Alemán, C. (2013). Políticas sociales para personas mayores. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, Nueva Época, 9 (enero-junio), 7-25.
- Alvarado, A.M. & Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Brocklehorst, J. (1974). *Tratado de clínicas geriátricas y gerontológicas*. Barcelona. Ed. Toray.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*, Santiago. CEPAL.
- Huenchuan, S. (Ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Laforest J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona. Herder Editorial.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona. Herder Editorial.
- Ochoa-Vázquez, J., Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M.C. & Cuevas-Guerrero, C.E. (2018). El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(4), 273-280.
- OMS (2015). *Resumen: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México. Ed. McGraw Hill.
- Walker, A. (2006) Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13(1), 78-93.
- Zetina, M.G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41.

PARTE II
REALIDAD SOCIAL

Capítulo 3. La política pública en México en materia de la tercera edad

*Elizabeth Gálvez Santillán¹
Patricia Cruz Moncayo¹
Guillermo Cruz Palma²*

Introducción

Personas de la tercera edad ha habido siempre, pero hablar de población envejecida es algo nuevo, poco conocido y ya se está viviendo en muchos países. Por primera vez en la historia humana conviven varias generaciones algo que representa un logro, pero a la vez un gran desafío (Martínez, González, Castellón y González, 2018). La Organización Mundial de la Salud señala:

Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuela (OMS, 2020, p. 1).

1. Universidad Autónoma de Nuvo León, Instituto de Investigaciones Sociales, Monterrey, N.L., México.

2. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología, Monterrey, N.L., México.

Se estima que en el periodo 2000 - 2050 la proporción de personas de 60 años y más en el planeta se duplicará, pasando de un 11% a un 22% del total, es decir, pasará de 605 millones a 2,000 millones de habitantes (OMS, 2020). Desde el punto de vista demográfico y de la salud, el crecimiento de la población de la tercera edad se atribuye de manera general a la disminución de la tasa de fecundidad, baja mortalidad infantil y al aumento de la esperanza de vida (OMS, 2020, CEPAL, 2020).

Sin embargo, Redeker (2017) busca ser más explícito en cuanto a los aspectos que han contribuido a aumentar los años de vida de las personas en las últimas décadas por ejemplo señala los avances en la medicina, la disminución de la mortalidad en niños y jóvenes, la ausencia de guerras y de epidemias, trabajos menos duros, las vacaciones, días de descanso, seguridad social, jubilación y pensiones; Martínez, et al (2018) agregan otros factores como la educación, la salud reproductiva, la asistencia social, entre otros.

De esta manera, el envejecimiento puede considerarse un logro de las políticas de salud pública, del desarrollo socioeconómico, de la paz, pero al mismo tiempo representa un reto para el resto de la sociedad pues es necesario encontrar la manera que ambas partes se adapten a esta nueva dinámica y pueda darse una convivencia dentro de los términos de la equidad, la inclusión y el respeto.

Reconocer la importancia de este momento “único” que está viviendo la humanidad permitirá que este creciente segmento de población que tiene o tendrá una vida prolongada pueda vivirla de la mejor manera posible, algo necesario para avanzar hacia un desarrollo sustentable. El presente trabajo tiene el objetivo de hacer un recorrido sobre el desarrollo de la política pública de la vejez en México, para conocer como se está avanzando en este tema.

Definición de vejez

No existe una sola definición de vejez y esto es debido a que son muchos los factores que pueden ser considerados además de ser complejos. De acuerdo con la OMS (2015), desde el punto de vista bio-

lógico el envejecimiento se asocia a la acumulación de una serie de daños moleculares y celulares que con el tiempo aumentan el riesgo de padecer muchas enfermedades disminuyendo en general las capacidades del individuo y sobreviniendo a la larga la muerte. Además, la vejez presenta otros cambios importantes, por ejemplo, cambios en los roles y posiciones sociales, pérdida de algunas habilidades, cambios en sus motivaciones y preferencias, entre otras cosas.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la población adulta mayor es aquella de 65 años o más (ONU, 2019); mientras que la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) define vejez “como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total” (CEPAL, 2020, p. 1).

Para Martínez, et al. (2018, p. 61) la vejez es un concepto abstracto ya que para unos es solo una etapa de la vida, para otros, es una construcción socio-antropológica; aunque para ellos es “un mérito, una distinción, espacio donde la vida cobra un nuevo sentido”. En México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores define un adulto mayor como aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional (CNDH, 2018).

En el Estatuto Orgánico del INAPAM se define vejez como una “construcción social de la última etapa del curso de vida”; mientras que señala que envejecimiento es un “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio (Secretaría de Bienestar, 2019a).

Pese a que la definición de vejez puede variar de una fuente a otra, en lo que si se encuentra coincidencia es la edad pues se considera en esta categoría a las personas que tienen de 60-65 años o más. De acuerdo con la CNDH (2019) la determinación de la edad se fijó tomando como base los criterios de jubilación utilizados a nivel mundial: 65 años en los países industrializados, y 60 para los menos desarrollados.

Algunos datos socioeconómicos de los adultos mayores en México

La población adulta mayor no es un grupo homogéneo, se integra por personas que se encuentran en distintas condiciones de vida, educación, salud, situación económica, familiar, laboral, etcétera, lo que hace necesario la implementación de políticas públicas que permitan, como se dijo antes, generar condiciones de igualdad frente al resto de la población (CNDH, 2019).

Por ejemplo, solamente el 23% de las mujeres adultas mayores y 40% de los hombres tienen acceso a una pensión contributiva, es decir, una pensión otorgada en base a la edad y por los años de trabajo cotizados, además el 26% de las personas adultas mayores no cuentan con pensión contributiva ni con apoyo de programas sociales (Secretaría de Bienestar, 2019a). Situaciones como estas ocasionan que la mayor parte de ellos se encuentren en una situación de pobreza y carezcan de acceso a un sistema de protección social que les permita vivir una vejez digna y plena.

La participación del gobierno en la vida de los adultos mayores, un recorrido en el tiempo

De acuerdo con Razo (2014, p. 80) en el México prehispánico y hasta la Guerra de Reforma los ancianos eran vistos de formas contradictorias, para unos eran “seres depositarios de sabiduría y poder”, mientras que para otros imperaba “la idea generalizada de la merma de sus capacidades y su vulnerabilidad social”.

En ese tiempo el ser anciano se consideraba una cuestión personal, individual, es decir, cada uno de ellos vivía su vejez de acuerdo como había hecho su vida, es decir, con su familia o comunidad, sólo los casos de desamparo se atendían por medio de instituciones religiosas de caridad y filantropía. La asistencia social se realizaba de manera aislada a través de organizaciones eclesíásticas, instituciones de beneficencia privada y particulares (Gálvez, 2013).

Las acciones de estas instituciones caritativas se comienzan a integrar al gobierno bajo la presidencia de Benito Juárez García, con la creación de la Beneficencia Pública como parte de las Leyes de Reforma, de manera particular con la Ley de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos promulgada en 1856 y el Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública en 1861 (Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, 2018).

“Con esos memorables actos, el Gobierno de la República asumió las facultades de cuidar, dirigir y mantener los hospitales y establecimientos de beneficencia que desde la conquista se encontraban en manos de la Iglesia; encomendó su administración a la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública, la que se constituyó por Decreto de 2 de marzo de 1861” (Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, 2018, p. 1).

La Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública propició la creación de más instituciones que se hicieran cargo de una mayor cantidad de personas en situación de dependencia, entre estas los ancianos, asumiendo el Estado un papel de subsidiario (Razo, 2014). En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, la cual posteriormente se fusiona con el Departamento de Salubridad Pública para dar lugar en 1943 a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (Gálvez, 2013).

Diez años después, en 1947, se publica la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorga a la SSA facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública. Ese mismo año también se le confió la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

En 1977 se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), resultado de la fusión de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) y del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPIF) (Gálvez, 2013), su objetivo principal era organizar a los organismos que ofrecían asistencia social en el país inicialmente los que se enfocaban en la protección de la niñez y después se incluyeron otros segmentos como los orientados a la familia, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores (Razo, 2014).

Como se puede observar, hasta entonces no había una política pública dirigida específicamente a los adultos de la tercera edad. Es hasta finales de la década de los 70 que se comienza a observar medidas más contundentes y dirigidas hacia este grupo de población. En 1979, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) para las personas de 60 años y más con el objetivo de “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas” (Razo, 2014, p. 81 y Gálvez, 2013). Los diferentes programas que trabajaba el INSEN eran:

1. *Programas económicos*: Tarjeta INSEN; Centros de producción; Bolsa de Trabajo; Cursos de Capacitación.
2. *Programas Sociales*: Procuraduría de la Defensa del Anciano; Albergues; Clubes de la Tercera Edad.
3. *Programas Educativos*: Educación de la Familia y la Sociedad en el Conocimiento del Anciano; Centro Cultural de la Tercera Edad; Enseñanza Geriátrica y Gerontológica; Preparación al Retiro.
4. *Programas Psicológicos*: actividades recreativas, vacacionales, culturales y sociales; valoración psicológica y psicométrica; talleres de terapia ocupacional; Residencias Diurnas.
5. *Programas de Investigación Gerontológica*.

Sin embargo, aunque la política pública para la población de la tercera edad quedó definida desde entonces su impacto en las siguientes dos décadas fue muy poco debido a que no había suficientes recursos humanos, financieros, técnicos, entre otras cosas, lo que ocasionaba que las representaciones que se habían abierto en los diferentes estados fueran más bien honorarias, situación que continuó de la misma manera hasta el año 2000 cuando ocurren dos eventos importantes: a) se anuncia un fuerte aumento en la población de la tercera edad y b) se modifica la definición del problema de la vejez (Razo, 2014).

Luego de levantarse el XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000 se dio a conocer que la población de 65 años o

más era de 6.8 millones de personas, un aumento de 2.9 millones de personas frente a los 3.9 millones registrados en el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990 (ver Figura 1) y un incremento de 2.6 millones contra los 4.2 millones del Conteo de Población y Vivienda de 1995.

Como se puede observar en la gráfica 1 la cantidad de personas de 65 años y más ha presentado una tendencia al alza de manera ininterrumpida alcanzando la cifra más alta en el año 2015 con 8.55 millones de adultos mayores, segmento de población que se ha incrementado fuertemente en la primera parte del siglo XXI con relación a lo que se venía registrando anteriormente, al pasar de representar un 4.8% del total de la población en 1990 a un 7% o más a partir del año 2000, comportamiento que continuará de acuerdo a las proyecciones estimadas.

El Consejo Nacional de Población, CONAPO, prevé que para el 2030 habrá en el país 14.25 millones de adultos mayores, lo que representará un 10.3% de la población nacional, y para el 2050 la cantidad se ubicará en 24.89 millones, un 16.8% del total (CONAPO, 2019).

Por otra parte, ante el fuerte crecimiento de la población de la tercera edad reportado en el año 2000, en el 2002 se anuncia que el IN-

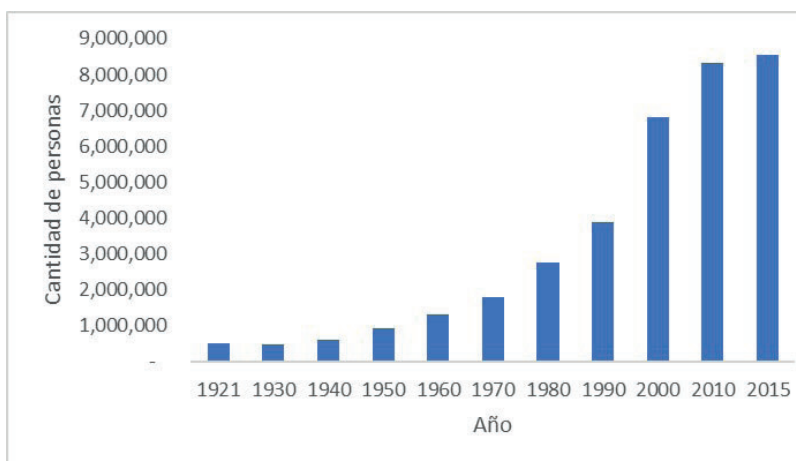


Figura 1. Población de 65 años y más en México, 1921-2015.

Elaborado con datos del INEGI (2014 y 2015).

SEN pasa de ser coordinado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la Secretaría de Desarrollo Social como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y su nombre cambia a Instituto Nacional de las Personas en Plenitud, INAPLEN (INAPAM, 2012). Además, en ese mismo año se decretó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores cuyo objetivo era “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores” (CNDH, 2018, p. 1).

De esta manera se crea el INAPAM, organismo rector de la política pública de este grupo de población en México donde se pudo constatar que:

el avance en materia legislativa fue fundamental, porque se establecieron las obligaciones del Estado y del resto de la sociedad, para progresar en el reconocimiento de los derechos de las personas adultas mayores”, y señalaba cuatro ejes que representaban la situación actual y desafíos para el gobierno: 1) promover la cultura del envejecimiento para a través de una mayor inclusión dignificar a las personas adultas mayores desde una visión intergeneracional; 2) fomentar la seguridad económica mediante la promoción en la empresas, a través de incentivos fiscales , la contratación de adultos mayores, así mismo se fomentó el auto-empleo, se establecieron convenios para ofrecer descuentos y beneficios para los adultos mayores;

3) envejecimiento activo mediante acciones para mejorar el bienestar físico, social y mental y; 4) Retos en materia legislativa pues en gran parte la ley que los protege no se ha traducido en hechos además de las restricciones financieras para poder llevar a cabo los programas (INAPAM, 2012).

El INAPAM ofrecía los servicios de Tarjeta Inapam, asesoría Jurídica, centros de atención integral, albergues, residencias de día, vinculación productiva, centros Culturales y clubes, los cuales básicamente se han mantenido.

Como parte de la política pública orientada a los adultos mayores en el 2007 se anunció el Programa Pensión para Adultos Mayores el cual comenzó a operar con el Programa 70 y Más, apoyando a personas de 70 años y mayores con una serie de acciones dirigidas a aumentar sus ingresos y fomentar la protección social y lograr el desarrollo personal, familiar y comunitario (SEDESOL, 2013).

Inicialmente la población objetivo se ubicaba en las localidades de hasta 2500 habitantes, aumentando paulatinamente hasta cubrir a todas las localidades urbanas y rurales a partir del 2012 y el criterio de elegibilidad se centró en aquellos que no recibían una pensión contributiva además de que se amplió el rango de edad a 65 años; posteriormente se extendió a la población de 60 años y más.

En el 2019 el programa cambia a Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores apoyando de manera universal a este grupo de personas bajo la idea de que “son titulares de derechos económicos y sociales y que debe garantizarse su cumplimiento” (Secretaría de Bienestar, 2019b y Secretaría de Gobernación, 2019b), se hicieron modificaciones a la edad mínima de los beneficiarios: la pensión ahora se entrega a todas las personas de 65 años o más que viven en comunidades indígenas; las personas de 68 años o más en el resto del país y a las personas de 65 a 67 años inscritas en el Padrón de derechohabientes del programa Pensión para Adultos Mayores activos a diciembre del ejercicio 2018.

Este cambio de política se incluyó en la Constitución Política en el 2020: “Las personas mayores de sesenta y ocho años tienen dere-

cho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afromexicanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años de edad”, se señala en el artículo cuarto (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021). En el Plan Nacional de Desarrollo está considerado desde el 2019 (Secretaría de Gobernación, 2019a).

Conclusión

Aunque México en la actualidad todavía es un país de jóvenes, no podemos dejar en el tintero algo que ya está ocurriendo que es el crecimiento de la población de la tercera edad. Es necesario reforzar lo que el gobierno, en sus diferentes niveles, ya está trabajando y ampliar aún más los servicios que se ofrecen para mejorar las capacidades del país para atender a esta población creciente en sus diferentes necesidades. Así mismo hay que fortalecer las medidas para fomentar la cultura de la inclusión en la sociedad y el respeto a los derechos humanos para que los adultos mayores puedan así tener las capacidades y libertades necesarias para gozar de una vida plena, con mayor armonía intergeneracional que nos permita avanzar hacia el desarrollo sustentable. Tener el honor de convivir varias generaciones a la vez debe ser motivo de orgullo para todos.

Bibliografía

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- CEPAL (2020). Envejecimiento. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>
- CNDH (2018) Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México. Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- CNDH (2019). Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores en México. México. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

- CONAPO (2019). Colección Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487366/33_RMEX.pdf
- Gálvez, E. (2013). Cambios en las condiciones laborales de médicos y enfermeras del sector de la salud en México y Nuevo León. Un enfoque de trabajo decente. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/3507/>
- Gobierno de México (2018). Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública (2018). Antecedentes históricos. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/apbp/documentos/antecedentes-historicos-177334>
- INAPAM (2012). Políticas públicas para los Adultos Mayores, situación actual y desafíos. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>
- INEGI (2014). Estadísticas Históricas de México. Consultado en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/HyM2014/EHM2014.pdf
- INEGI (2015). Encuesta Intercensal 2015. Consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>
- Martínez, T. de J., González, C.M., Castellón, G. & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo. Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2020). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- ONU (2019). Comunicado de prensa: Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU. Consultado en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf
- Razo, A. M. (2014). La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Revista CONAMED*, 19(2), 78-85.
- Redeker, R. (2017). *Bienaventurada vejez*. Bogotá, Colombia. Fondo de Cultura Económica-Luna Libros.
- Secretaría de Bienestar (2019a). Acuerdo por el que se ordena la publicación del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de las Personas Adultas

- Mayores”. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5568227>
- Secretaría de Bienestar (2019b). Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>
- Secretaría de Gobernación (2019) Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024”. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565598&fecha=12/07/2019
- SEDESOL (2013). Evaluación de diseño 2013. Programa Pensión para Adultos Mayores. Recuperado de http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/ago/Inf_Sedesol3-20130816.pdf

Capítulo 4. Percepción de los estudiantes universitarios sobre los adultos mayores

Pedro César Cantú-Martínez¹

Introducción

En el presente nos encontramos en una sociedad –que a nivel mundial- se halla más envejecida, y esto es producto de los avances en la medicina que nos ha permitido como seres humanos contar con una mayor esperanza de vida y se especula que durante este siglo XXI muchas naciones observarán que el porcentaje de jóvenes y adultos mayores se equiparán (Merino, 2018). Por consiguiente, esto ha repercutido –como comenta Gutiérrez (2019, p. 198)- en los “Gobiernos nacionales [que] se han ocupado de las implicaciones en los sistemas de pensiones y atención de la salud, aunque las áreas involucradas deberían ser muchas más”.

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud en el 2015 exhorta a la comunidad mundial a cavilar sobre el modo de configurar al adulto mayor, con la finalidad de crear lazos y espacios más propositivos hacia este grupo de edad. Esencialmente este organismo internacional aduce que este núcleo poblacional suele ser muy heterogéneo y con cambios muy sustanciales según las condiciones personales y del entorno donde se desenvuelvan. Esta situación nos abre una oportunidad como sociedad para explorar la percepción que jóvenes universi-

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

tarios tienen de los adultos mayores, en la cual se erigen distintas eventualidades de carácter bioético y socioeconómico. Que frecuentemente generan tensiones sociales como también de aquellas de orden político.

Marco Conceptual

Terán (2018) indica que en nuestro país los estudios sobre el adulto mayor han venido desarrollándose más acuciosamente en la última década. Esencialmente hace mención que las publicaciones se han enfocado principalmente al contexto demográfico, al socioeconómico – destacando lo relativo a las pensiones- al relacionado con la atención en salud y finalmente lo vinculado a las relaciones sociales donde comenta puntualmente que intervienen principalmente las disciplinas de sociología y antropología. Sin embargo, en el trabajo llevado por Orozco, Reyes, Robles y Vázquez (2006) hacen alusión que en ellos ha predominado dos visiones relacionadas con el envejecimiento y el adulto mayor al demostrar que en una de ellas prevalece una visión que se yergue como un problema social, en tanto que la segunda alude al punto de vista holístico de orden social.

De acuerdo con Rodríguez (2008, p. 31) es sumamente importante en estos tiempos “la necesidad de conocer realmente cómo se concibe este grupo poblacional dentro de la sociedad en que está inserto; además, cómo son visualizadas las personas adultas mayores desde la perspectiva del joven”. Para llevar a cabo esto nos apoyamos en la teoría de las representaciones sociales que nos demuestra las estructuras mentales que los participantes tendrán de los adultos mayores (Mora, 2002). Dada esta relevancia el propósito de la indagación es explorar en un grupo de jóvenes universitarios las percepciones que sobre el adulto mayor estos erigen. Con lo cual tratamos de mostrar las imágenes sociales que del contexto urbano emanan.

Metodología

El presente estudio es de corte transversal y prospectivo. La población que intervino fue de 24 estudiantes del área de ciencias bio-

lógicas de la Universidad Autónoma de Nuevo León (San Nicolás de los Garza, N.L., México). Como herramienta se utilizó un instrumento auto administrado.

La percepción se evaluó mediante una escala de Likert, la cuál se construyó sobre el contexto de otras investigaciones (Martina, Gutierrez, Mejía y Terukina 2014). Para esto se utilizó 30 expresiones semánticas con tendencias positivas y negativas, para la medición de la escala cualitativa fue: en desacuerdo a muy de acuerdo; con una progresión numérica de 1 a 5, donde la puntuación entre más alta revestía estar cada vez más de acuerdo (Muñoz, 2015). Se tomó además en cuenta la edad y genero de los participantes, como también el semestre que cursaban. Los datos una vez recabados se analizaron estadísticamente. Los alumnos que participaron se les explicó el estudio y se obtuvo su consentimiento verbal.

Resultados

Descriptivos

La población de estudio estuvo constituida por 24 participantes, de los cuales 54.1% (f=13) fueron mujeres y 45.8% (f=11) hombres. Todos cursaban el 3er semestre en el área de ciencias biológicas. Contaban con una edad promedio de 19.5 años con una variación de los datos con respecto a la media de 1.35 años. Contaban con una edad mínima 18 años y máxima de 21 años. Las mujeres de manera particular contaban con una edad media de 19.2 años y la de los varones fue de 19.8 años.

Valoración de las percepciones

Positivas

En relación a la percepción que poseen los estudiantes del área de ciencias biológicas sobre los adultos mayores destacaron cinco peculiaridades positivas que integraron el tercer cuartil catalogado como de

acuerdo, que fueron: hábiles, confiados, respetuosos, generosos y sabios (ver Tabla 1). Al continuar con las expresiones positivas, de manera moderadamente de acuerdo tenemos que las particularidades que hicieron mención los participantes fueron las siguientes: independientes, eficientes, sexualmente activos, integrados, valorados y graciosos (ver Tabla 1).

Mientras que las expresiones en las cuales no estuvieron de acuerdo es que los adultos mayores fueran: productivos, saludables, progresistas, sociables, con moralidad, educados, agradecidos, cariñosos, cuidadosos y sinceros (ver Tabla 1).

Negativas

En tanto la percepción que manifestaron los alumnos universitarios del área de ciencias biológicas acerca de los adultos mayores destacaron dos singularidades negativas que integraron el tercer cuartil clasificado como de acuerdo, que fueron que los adultos mayores son frágiles y anticuados (ver Tabla 2).

Tabla 1. Percepciones positivas de estudiantes universitarios acerca de los adultos mayores.

En desacuerdo < al cuartil 2	Moderadamente de acuerdo entre el cuartil 2 y el cuartil 3	De acuerdo > mayor al cuartil 3
Productivos Saludables Progresistas Sociables Con moralidad Educados Agradecidos Cariñosos Cuidadosos Sinceros	Independientes Eficientes Sexualmente activos Integrados Valorados Graciosos	Hábiles Confiados Respetuosos Generosos Sabios

Fuente: Elaboración propia; Nota: Cuartil 2 = 2.94; Cuartil 3 = 3.14

En cambio, las expresiones negativas las cuales consideraban de manera moderadamente estar de acuerdo obtenemos que las más distintivas que concibieron los participantes refirieron a que son personas pasivas y débiles (ver Tabla 2). Por lo que corresponde a las locuciones negativas en las cuales no estuvieron de acuerdo en relación a los adultos mayores fueron: intolerantes, conflictivos, enfermos, irritables y desamparados (ver Tabla 2).

Discusión

Los hallazgos de esta investigación arrojan datos muy interesantes a partir de las representaciones que los participantes universitarios declararon. Las cuales apuntan –desde el contexto positivo de los enunciados- que los adultos mayores son personas que cuentan con habilidades y conocimientos –sabios- esto es, cuyas capacidades trascienden a la tercera edad o bien se continúan hasta “una cuarta o quinta edad” como lo comenta Gutiérrez (2019, p. 230) (ver Tabla 1).

Respecto a la asociación de palabras encontramos que son generosos y respetuosos –asociado con la habilidad y sabiduría- ya que la experiencia acumulada de conocimientos a lo largo de la vida les permite proporcionar a las personas más jóvenes la experiencia propia para

Tabla 2. Percepciones negativas de estudiantes universitarios acerca de los adultos mayores

En desacuerdo < al cuartil 2	Moderadamente de acuerdo entre el cuartil 2 y el cuartil 3	De acuerdo > mayor al cuartil 3
Intolerantes Conflictivos Enfermos Irritables Desamparados	Personas pasivas Débiles	Frágiles Anticuados

Fuente: Elaboración propia; Nota: Cuartil 2 = 2.94; Cuartil 3 = 3.14

orientarlos al discernimiento las distintas situaciones de vida, lo que implica una consideración especial a quién se le otorga (Muñoz, 2015). Esto último, demuestra también que se deposita este conocimiento en la persona receptora que les inspira confianza (ver Tabla 1).

Ahora veamos, los estudiantes universitarios aseveran –de acuerdo con sus configuraciones- que los adultos mayores en relación a sus particularidades físicas no son productivos, saludables y progresistas. Situación que implica según Mingorance, Álvarez, Amor, Rincón y Rodríguez (2018, p. 48) involucra una “falta de acción o de actuación. Dicho de una persona que deja obrar a los demás o permanece al margen de una acción”.

Mientras en lo referente a las interrelaciones con otras personas no son sociables y sinceros, por lo cual la conducta de muchos de ellos no es afable (Domínguez-Guedea, 2016). Lo cual desencadena en muchas ocasiones que su comportamiento no sea educado y moralmente aceptable, lo que conlleva a evidenciar posturas de ser más cuidadosos, poco agradecidos y cariñosos (ver Tabla 1).

En cambio, en relación a los preceptos negativos los participantes adujeron estar de acuerdo en que los adultos mayores son frágiles, que es producto de la disminución de la capacidad física, que desencadena una serie de cambios fisiológicos como anatómicos que denotan su vulnerabilidad (Guerrero y Yépez, 2015). Y por otra parte aducen los jóvenes universitarios que son anticuados, que expresa –por una parte- despectivamente a una persona de edad avanzada que tiene particularidades distintivas en costumbres e ideas que no concuerdan con los tiempos de las personas jóvenes (ver Tabla 2).

De la misma forma los estudiantes universitarios comentan no estar de acuerdo en que los adultos mayores no son intolerantes, irritables o conflictivos (ver Tabla 2), lo que refuerza los aspectos positivos –antes señalados- de sus personas al ser generosos y respetuosos (Muñoz, 2015). Por lo que refiere al contexto de ser personas enfermas y estar desamparados (ver Tabla 2), indican que esto no es así. Es posible que en este marco contextual se esté reflejando la responsabilidad familiar, como los aspectos culturales de crianza de donde provienen

los participantes al establecer que las principales vías de apoyo para los adultos mayores provienen de los miembros de las familias (Placeres y De León, 2011).

Finalmente, con el referente empírico hemos podido ofrecer conocimientos para conocer las representaciones sociales -mediante la percepción- que manifiestan los jóvenes universitarios del adulto mayor.

Bibliografía

- Domínguez-Guedea, M.T. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: reflexión desde el derecho al desarrollo. *Revista CES Psicología*, 9(1), 150-164.
- Guerrero, N. & Yépez, M.C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Gutiérrez, P.C. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral -Estudios sobre Estado y Sociedad*, 26(75), 197-237.
- Martina, M., Gutiérrez, C., Mejía, M. & Terukina, R. (2014). Percepción del estudiante de medicina de una universidad pública acerca del docente adulto mayor y del adulto mayor en general. *An Fac med*, 75(3), 237-244.
- Merino, M. (2018). Percepciones de jóvenes universitarios sobre la vejez. (Tesis de master). Universitat Jaume I. Castellón de la Plana. Castelló, España.
- Mingorance, D.L., Álvarez, H., Amor, G., Rincón, M. & Rodríguez, A. (2018). la denominación para las personas mayores. Un análisis genealógico. *Hologramática*, 14(27), 34-63.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*, (2), 1- 25.
- Muñoz, R. (2015). Estereotipos hacia los ancianos por parte de los jóvenes del municipio de Los Villares (Jaén). *Gerokomos*, 26(1), 13-17.
- OMS (2015). Resumen: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, I., Reyes, L., Robles, L. & Vázquez, F. (2006). Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. Tijuana, Baja California: México. El Colegio de la Frontera Norte-Plaza y Valdés.

- Placeres, J.F. & De León, L. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-438.
- Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual*, 8(10-11), 30-38.
- Terán, D.G. (2018). Estudio de opinión sobre las percepciones de la vejez en estudiantes de la Universidad Veracruzana, Campus Xalapa. (Tesis de especialización). Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver., México.

PARTE III
ESCENARIO EN SALUD

Capítulo 5. Adulto mayor y sus requerimientos nutricionales

Yenni E. Cedillo¹

Introducción

Durante el ciclo de la vida la nutrición representa un desafío en especial cuando en años recientes existe inmensa cantidad de productos de comida, bebidas, y suplementos nutricionales. Parte del estudio de la nutrición se ha encargado de estudiar y cuantificar el total de energía, macronutrientes, y micronutrientes para evitar el hambre y las deficiencias nutricionales. Sin embargo, muchas de las recomendaciones no han sido especificadas para necesidades especiales y ciertos requisitos nutricionales como la de los adultos mayores.

Una buena nutrición en los adultos mayores es esencial para el bienestar, salud, y calidad de vida en la población. En México residen 15.4 millones de personas de 60 años y más de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019). En esta población existen muchos factores de riesgo que pueden afectar la salud y bienestar y uno de ellos es la malnutrición. Existen numerosos factores de riesgo en los adultos mayores que lo exponen a la malnutrición (relacionada con bajo y alto consumo de alimentos). De los factores más frecuentes incluyen factores médicos, físicos, y sociales. Alguna de las característi-

1. Universidad de Alabama, Escuela de Profesiones de la Salud, Departamento de Ciencias de la Nutrición, Birmingham, Alabama, Estados Unidos.

cas en esta población, es que del total de los adultos mayores en México, 1.7 millones viven solos.

En México, el 69.4% de los adultos mayores que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. Ejemplos de factores médicos incluye dolor agudo y crónico, entradas al hospital, cirugías, disminución de movilidad y presencia de enfermedades crónicas. Factores físicos incluyen dificultad para deglutir, disminución del olfato, y del gusto. Finalmente, factores de riesgo sociales incluyen bajos ingresos económicos, falta de alimentos saludables cercanos al domicilio. (Marshall y Hale, 2018). Cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son económicamente activa y la mayoría vive en situación de viudez(INEGI, 2019). Todos estos factores en conjunto representan factores de riesgo para el bienestar en el adulto mayor.

La calidad de vida durante el ciclo de la vida es importante para llegar a la vida adulta con buena salud. Desafortunadamente muchos de los problemas de salud que sufren los adultos mayores en México son atribuibles a la edad y también al acumulamiento de malos hábitos durante etapas previas de la vida. Tenemos que tomar en cuenta que el envejecimiento per se trae consigo un incremento en el riesgo de enfermedades adicionales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y otras. En combinación con los hábitos de salud, la disponibilidad de servicios de salud son un factor esencial para mantener la salud y calidad de vida en los adultos mayores.

Prevención de enfermedades en adultos mayores

Un envejecimiento exitoso requiere abordar factores de riesgo. La nutrición es un factor muy importante en la prevención de discapacidad. Algunos de los aspectos de la nutrición que son importantes en la prevención de discapacidades incluyen desnutrición energético proteica y algunas deficiencias de micronutrientes. (Meyyazhagan y Palmer, 2002). La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la disminución del consumo del tabaco, incremento del ejercicio, y dieta adecuada podría reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares,

infarto, y diabetes tipo 2 (Shlisky et al., 2017). Evidencia previa sugiere que factores relacionados con la ingesta dietética deficiente estados de enfermedad, el uso de medicamentos, aislamiento, viudez, bajo nivel socioeconómico, falta de transporte, demencia, bajo nivel cognitivo, disminución del apetito, pobre salud oral, problemas de deglución, hospitalizaciones, y polifarmacia (Shlisky et al., 2017).

Respecto al estado de nutrición en adultos mayores en México no existe mucha información, algunos datos nacionales previos indican que alrededor del 60% de la población de adultos mayores mostraron datos de sobrepeso y obesidad, y solo 2% mostraron desnutrición de acuerdo al IMC (Desnutrición <18.5 kg/m², normal 18.5 -24.9kg/m², sobrepeso 25.0-29.9kg/m² y obesidad >30.0 kg/m²). De acuerdo a la circunferencia de cintura alrededor del 70% de los adultos mayores mostraron una circunferencia de cintura (>80 cm mujeres, y >90 cm en hombres) considerada como obesidad abdominal (Shamah-Levy et al., 2008). En la prevalencia de desnutrición, diferencias se ha observado de acuerdo a al sitio de residencia. Los adultos mayores que viven en asilos y casas de día (Osuna-Padilla, Verdugo-Hernandez, Leal-Escobar, y Osuna-Ramirez, 2015).

Información adicional de salud de los adultos mayores en México por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) reporta que uno de cada tres adultos mayores sufrió una caída en el trayecto de 12 meses posteriores. Dentro de las enfermedades cognitivas alrededor del 8% mostró demencia y deterioro cognitivo. no de las áreas de oportunidad en el mejoramiento de la salud en los adultos mayores es la adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación debe incluir cognitivo, afectivo, funcionamiento, nutricional, y entorno.

Evaluación integral en adultos mayores

Dentro de la evaluación cognitiva incluye la fluencia verbal, deterioro cognitivo y estado mental. En lo afectivo se evalúa la depresión y en funcionamiento se evalúa las actividades básicas de la vida, performance, fragilidad, agudeza auditiva, medicamentos, velocidad de la marcha, agudeza visual, y riesgo de úlceras por presión.

La evaluación del entorno incluye el entorno físico y la movilidad. En el entorno físico incluye la evaluación del maltrato y recursos sociales. Finalmente, la evaluación nutricional en donde ya existen disponibles diferentes escalas que permiten una detección oportuna de deficiencias nutricionales (Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral, 2020). Entre las escalas nutricionales se encuentran:

1. *La mini-Evaluación Nutricional (formato corto)*. En el que se incluyen preguntas acerca del apetito, pérdida reciente de peso, movilidad, presencia de alguna enfermedad, problemas neuropsicológicos, IMC, y perímetro de pantorrilla. La interpretación de la escala se basa en puntos (12-14 puntos estado nutricional normal, 8-11 puntos riesgo de desnutrición, y de 0-7 puntos se clasifica como desnutrición).
2. *Instrumento Universal para el Tamizaje de Mala Nutrición*. En esta escala se basa en puntos. Los puntos se calculan de acuerdo a el IMC, pérdida de peso involuntaria, y si el paciente está muy enfermo. Los puntos reflejan el riesgo de desnutrición (0 puntos riesgo bajo, 1 punto riesgo intermedio, y ≥ 2 riesgo alto).

Para evaluar el estado nutricional también se recomienda incluir mediciones antropométricas adicionales como peso, talla, IMC, y circunferencia de cintura. También se recomienda la inclusión de parámetros bioquímicos como hemoglobina, hematocrito, albúmina, perfil lipídico, glucemia, hiperinsulinemia, mediciones inmunológicas.

Requerimientos de energía

El objetivo principal del soporte nutricional en el adulto mayor es mantener la cantidad adecuada de cada nutriente y energía para mantener funciones fisiológicas adecuadas a la edad, evitar la malnutrición y el deterioro por enfermedades asociadas. El primer paso al calcular el requerimiento nutricional es determinar si el estado nutricional del adulto mayor. Se sugiere la evaluación de la pérdida peso y del estado de desnutrición ($>5\%$ respectivamente de pérdida de peso en 6 meses, $>10\%$ de pérdida de peso en más de 6 meses, o $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$).

Se puede utilizar las escalas antes mencionadas pero también se puede considerar consensos internacionales. De acuerdo al Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) el criterio del diagnóstico de nutrición tiene que incluir la combinación de al menos un fenotipo (pérdida de peso, IMC bajo, masa muscular disminuida) y una razón etiología (reducción en la ingesta/malabsorción, o alguna enfermedad severa) (Cederholm et al., 2019).

El envejecimiento está asociado con una disminución en el gasto energético. En adultos jóvenes el 50% del peso total es masa muscular comparado con un 25% en edades más adultas (75-80 años) (Nowson y O'Connell, 2015). En cuanto al cálculo de energía en adultos mayores se recomienda 30 kcal/kg/día (Volkert et al., 2019) los requerimientos que necesita un adulto mayor sano pueden diferir notablemente considerando otros factores, por lo tanto este cálculo debe ajustarse individualmente con respecto al estado de nutrición, el nivel de actividad física, el estado de enfermedad y la tolerancia de la misma (Volkert et al., 2019; Gaillard, Alix, Salle, Berrut y Ritz, 2007).

Macronutrientes

Proteína

Los requerimientos de proteína en general se basan en mantener el adecuado balance de nitrógeno. La importancia de la proteína es que cada célula en el organismo la contiene y tiene propiedades funcionales y estructurales. Existe un número de factores a lo largo de la vida que modifica el requerimiento de macronutrientes (proteína, carbohidratos y grasas) que incluyen la carga calórica, características del tejido corporal, e influencia de la dieta. El adecuado aporte de proteínas solo ocurre cuando las demandas de energía y otros nutrientes para la función fisiológica normal se cumplen. El metabolismo de las proteínas y aminoácidos pueden verse afectados si existen alteraciones en la ingesta de micronutrientes y energía. En el caso de la ingesta de energía, un constante gasto de energía puede incrementar el balance nitrogena-

do. La actividad física puede también influenciar el metabolismo de los aminoácidos alterando el flujo de nitrógeno. Micronutrientes especialmente vitaminas B y zinc pueden afectar el valor biológico de la proteína (Nowson y O'Connell, 2015).

En los adultos mayores, la proteína se torna un nutriente importante por sus funciones de conservación de masa muscular y por lo tanto la fuerza muscular y salud en general (Baum, Kim y Wolfe, 2016). La importancia de la conservación de masa muscular es que la disminución se ha asociado con mortalidad, morbilidad, y calidad de vida en el adulto mayor (Nowson y O'Connell, 2015). El requerimiento de proteína para adultos mayores es acuerdo al peso corporal. La cantidad recomendada para esta población es de 1g/kg/día a 2.0 1g/kg/día para sujetos sanos, lo que equivale en promedio de 70-80 g de proteína al día. Debido a que la respuesta anabólica en adultos mayores esta disminuida, la cantidad de proteína es importante (30-35% del total de energía diaria). El consumo de proteínas de alta calidad, fácil digestión, y con alto contenido de aminoácidos esenciales es muy importante para evitar el sobreconsumo de proteína (Baum et al., 2016).

En adultos mayores que padezcan enfermedades agudas, crónicas, o en caso de malnutrición la cantidad de nutrientes se tiene que ajustar por profesionales de la salud para calcular sus requerimientos. En el caso de adultos mayores con obesidad se recomienda una reducción de peso gradual y la reducción de calorías debe ser lenta y combinada con actividad física para evitar la pérdida de masa muscular (Baum et al., 2016; Volkert et al., 2019).

Carbohidratos, grasas e ingesta de líquidos

Del total de energía recomendada por día es recomendable que del 50-55% sea de energía proveniente de carbohidratos. El tipo de carbohidratos es importante que sea alto en fibra (25-30g). Se recomienda ajustar el tipo y cantidad de carbohidratos de acuerdo a las condiciones clínicas del adulto mayor.

En el caso de adultos mayores con diabetes se recomienda seguir las recomendaciones para personas diabéticas. En el caso de una

combinación de desnutrición y diabetes en adultos mayores es importante valorar que el tratamiento de la desnutrición es más importante que el manejo de la hiperglucemia a largo plazo, porque el uso de suplementos podría recomendarse temporalmente hasta que se alcance el estado de nutrición saludable. El resto de la energía debe ser de grasa saludables poliinsaturadas (Volkert et al., 2019). La ingesta de líquidos en el adulto mayor debe ser de acuerdo a sus preferencias incluyendo agua, agua mineral, agua con sabores, té, café, leche, jugos, sopas, caldos, y licuados.

Requerimientos en adultos mayores hospitalizados

En casos de adultos mayores hospitalizados es necesario evaluar condiciones especiales. Después de un periodo agudo de estrés el gasto energético en pacientes parece fluctuar en 18.8 kcal/kg/día, lo que corresponde a un gasto mínimo basal. El gasto energético basal parece incrementarse en pacientes con IMC bajo, en donde es recomendado dar al menos 28 a 32 kcal/kg/día. Dietas altas en calorías puede ser beneficiosas en pacientes adultos mayores hospitalizados (Alix et al., 2007).

Dieta y estado nutricional del lugar de residencia

El lugar de vivencia en adultos mayores puede determinar la dieta y el riesgo de padecer algún riesgo nutricional. Evidencia demuestra que los adultos mayores tienen mayor riesgo de malnutrición, adultos mayores que asisten a asilos y casas de día al parecer tienen más riesgo de desnutrición. El riesgo de desnutrición se ha visto más en mujeres y en adultos mayores de 80 años (Osuna-Padilla et al., 2015).

Consideraciones especiales

Sarcopenia, consecuencias clínicas y nutrición

El envejecimiento está asociado con cambios en el estado de nutrición. El término de sarcopenia deriva del griego “sarx” (carne) y

“penia” (deficiencia). Sarcopenia es un síndrome que está asociado con pérdida de masa muscular y su función. Se han descrito causas potenciales para la pérdida de masa muscular en las que se incluyen disminución de la actividad física, incremento de masa grasa, disminución de andrógenos, incremento de grasa visceral y otras. (Laviano, Gori y Rianda, 2014).

El diagnóstico de sarcopenia se puede realizar con diferentes métodos, el grupo Europeo “European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)” sugiere tres medidas, baja masa muscular, baja fuerza muscular, y bajo desempeño físico (Cruz-Jentoft et al., 2010). El grupo internacional de expertos “International Working Group on Sarcopenia (IWGS)” sugiere que el diagnóstico se base en velocidad de marcha <1 m/s y una masa muscular baja (Fielding et al., 2011).

Las consecuencias clínicas de la sarcopenia tienen el potencial de impacta la salud, la economía, y a nivel social. El término de sarcopenia no es exclusivo de los adultos mayores, este síndrome puede presentarse en enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades renales y pulmonares. La importancia de la sarcopenia relacionada al envejecimiento es que esta se ha relacionado con un incremento en la discapacidad, riesgo de caídas, enfermedades nosocomiales, y mortalidad en los adultos mayores (Laviano et al., 2014).

En el caso de la nutrición en sarcopenia, se debe recordar que el proceso de envejecimiento se ha asociado con una reducción de la actividad física y del consumo energético. Por lo se sugiere evitar la malnutrición para evitar la pérdida de peso y músculo. Se debe evitar el sobreconsumo ya este puede solo promover el acumulamiento de grasa. La cantidad sugerida de proteína es de 0.8-1.2g/kilogramo de peso corporal. El tipo de proteína ingerida también determina la síntesis de la proteína en musculo, proteína de suero parece resulta tener mejor respuesta postprandial en la síntesis de proteína muscular comparada con caseína hidrolizada (Laviano et al., 2014; Pennings et al., 2012).

Evidencia científica ha demostrado que la suplementación con aminoácidos esenciales durante un periodo de 6-28 días en cama para reducir la perdida de musculo (Paddon-Jones et al., 2004). Este tra-

tamiento puede parecer efectivo, pero puede ser costoso a largo plazo. Un tratamiento integral debe incluir además terapia médica y actividad física (Shlisky et al., 2017).

Deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer

La malnutrición también es común en pacientes con deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer. Evidencia científica ha sugerido que la dieta mediterránea, en la que incluye futas, pescado, verdura, aceite de oliva tal vez tenga un efecto en reducir el riesgo de deterioro cognitivo. No existe evidencia consistente en que suplementos alimenticios jueguen un rol preventivo en el desarrollo de enfermedades cognitivas (Shlisky et al., 2017).

Conclusión

En los siguientes años la población mexicana incrementará la prevalencia de adultos mayores. Este escenario da la oportunidad de incrementar la atención en salud y promover un envejecimiento saludable en la población. La nutrición en el envejecimiento juega un papel muy importante en la prevención de enfermedades crónicas, sarcopenia, y enfermedades asociadas. El requerimiento nutricional de macro y micronutrientes debe ser personalizado, ajustándose a las necesidades de cada individuo. La prevención de la malnutrición y la pérdida del musculo en los adultos mayores debe ser la clave en el ámbito nutricional del adulto mayor. El equipo que atienda al adulto mayor debe ser multidisciplinario y debe ser prioridad en el sistema de salud. La mejor atención en el adulto mayor llevará a menores costos en el sistema de salud y calidad de vida en la población.

Bibliografía

Alix, E., Berrut, G., Bore, M., Bouthier-Quintard, F., Buia, J. M., Chlala, A., et al. (2007). Energy requirements in hospitalized elderly people. *J Am Geriatr Soc*, 55(7), 1085-1089. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01236.x

- Baum, J.I., Kim, I.Y., & Wolfe, R.R. (2016). Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients*, 8(6). doi:10.3390/nu8060359
- Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., et al. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*, 38(1), 1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002
- Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J.P., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., et al. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, 39(4), 412-423. doi:10.1093/ageing/afq034
- ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fielding, R. A., Vellas, B., Evans, W. J., Bhasin, S., Morley, J. E., Newman, A. B., et al. (2011). Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, 12(4), 249-256. doi:10.1016/j.jamda.2011.01.003
- Gaillard, C., Alix, E., Salle, A., Berrut, G., & Ritz, P. (2007). Energy requirements in frail elderly people: a review of the literature. *Clin Nutr*, 26(1), 16-24. doi:10.1016/j.clnu.2006.08.003
- Guía de Instrumentos de evaluación geriátrica integral. (2020). Secretaría de Salud. Recuperado de www.geriatria.salud.gob.mx
- INEGI. (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de Octubre) Comunicado de prensa Num. 475/19. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- Laviano, A., Gori, C. & Rianda, S. (2014). Sarcopenia and nutrition. *Adv Food Nutr Res*, 71, 101-136. doi:10.1016/B978-0-12-800270-4.00003-1
- Marshall, K. A. & Hale, D. (2018). Nutrition in Older Adults. *Home Healthc Now*, 36(3), 192-193. doi:10.1097/NHH.0000000000000682
- Meyyazhagan, S. & Palmer, R. M. (2002). Nutritional requirements with aging. Prevention of disease. *Clin Geriatr Med*, 18(3), 557-576. doi:10.1016/s0749-0690(02)00029-0
- Nowson, C. & O'Connell, S. (2015). Protein Requirements and Recommendations for Older People: A Review. *Nutrients*, 7(8), 6874-6899. doi:10.3390/nu7085311

- Osuna-Padilla, I. A., Verdugo-Hernandez, S., Leal-Escobar, G., & Osuna-Ramirez, I. (2015). Estado nutricional en adultos mayores mexicanos: estudio comparativo entre grupos con distinta asistencia social. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 19(1).
- Paddon-Jones, D., Sheffield-Moore, M., Urban, R. J., Sanford, A. P., Aarsland, A., Wolfe, R. R., & Ferrando, A. A. (2004). Essential amino acid and carbohydrate supplementation ameliorates muscle protein loss in humans during 28 days bedrest. *J Clin Endocrinol Metab*, 89(9), 4351-4358. doi:10.1210/jc.2003-032159
- Pennings, B., Groen, B., de Lange, A., Gijsen, A.P., Zorenc, A.H., Senden, J. M., & van Loon, L.J. (2012). Amino acid absorption and subsequent muscle protein accretion following graded intakes of whey protein in elderly men. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 302(8), E992-999. doi:10.1152/ajpendo.00517.2011
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruan, C., Cervantes-Turrubiates, L., & Villalpando-Hernandez, S. (2008). Health and nutrition status of older adults in Mexico: results of a national probabilistic survey. *Salud Publica Mex*, 50(5), 383-389. doi:10.1590/s0036-36342008000500011
- Shlisky, J., Bloom, D.E., Beaudreault, A.R., Tucker, K.L., Keller, H.H., Freund-Levi, Y., et al. (2017). Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*, 8(1), 17-26. doi:10.3945/an.116.013474
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*, 38(1), 10-47. doi:10.1016/j.clnu.2018.05.024

Capítulo 6. Atención de enfermería en el geronte

*Mireya del Carmen González Álvarez¹
Eduardo Guillermo Gómez Rojas²*

Introducción

Al abordar un tema de interés general por los efectos que conlleva el envejecimiento de la población, es muy importante que conozcamos el concepto de persona humana y el de envejecimiento, así como las repercusiones de este proceso biológico. El concepto de persona ha sido definido en muchos contextos y diversos autores, podemos citar a John Locke quien definía a una persona como un ser que razona y reflexiona y puede considerarse a sí mismo como sí mismo, el mismo ser pensante, en diferentes momentos y lugares un ser de conciencia de su propia existencia en el tiempo y con una capacidad para tener necesidades y planes para el futuro (Possenti, 2001). En cambio la definición de la ancianidad varía de acuerdo con el marco de referencia que se aplique, así como la percepción propia y de los demás. (Amaro, Marrero, Valencia, Casas y Moyleno, 1996). El envejecimiento es un proceso que se inicia según algunos autores desde

1. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería, Saltillo, Coah., México

2. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Medicina, Saltillo, Coah., México.

el nacimiento y otros nos refieren que se inicia a la edad de entre 20 y 30 años, cuando el organismo alcanza un grado de madurez total, presentándose cambios anatómicos y fisiológicos asociados al tiempo. Se ha contextualizado el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada, en una población determinada, así como el envejecimiento individual ha presentado en todas las etapas del desarrollo social y con la proyección determinada a las circunstancias en los diferentes ámbitos de la vida personal.

La Gerontología que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos y la Geriátrica es una rama de la Gerontología y la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos en la enfermedad de los ancianos. Este proceso de envejecimiento es en forma secuencial, acumulativo, progresivo y muchas de las veces limitante e incapacitante en las funciones de la vida diaria, así mismo no se les debe de considerar problemas de salud como tal, sino como variantes de las condiciones anatomofisiológicas normales. En el área de la salud existen profesionales dedicados a la atención y cuidado de los adultos mayores.

Muchas de las ocasiones se desconoce la función del personal de enfermería hacia las personas adultas mayores, siendo necesario e importante conocer dichas funciones, ya que la población cada vez se está envejeciendo y la familia si es que existe, desconoce el cuidado de estas personas. Cada vez se está poniendo más énfasis en las escuelas y facultades de enfermería el incluir en sus currículos la atención y cuidado en el adulto mayor de una manera más profesionalizante.

En América Latina son pocos los países en los cuales se reporta que la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor se imparte como un curso específico en su currículo y tenemos como ejemplo Barbados, México, Universidad Católica de Uruguay, Argentina y Brasil (OPS, 2012). La Fundación John Hartford Institute para Enfermería Geriátrica y Gerontología de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Nueva York, propone pautas para la inserción de contenidos de enfermería del adulto mayor en los programas de pregrado.

La definición que se tiene de la enfermería gerontología por Gunter y Estes “como un servicio de salud que incorpora los conoci-

mientos específicos de la enfermería, que requiere la persona adulta mayor en su persona y en su entorno para lograr conductas saludables, minimizar y compensar las pérdidas de salud y limitaciones relacionadas con su salud y la edad, atender su angustia y debilidad de la vejez, incluyendo el proceso de muerte así como facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez” (Anzola, 1993). Los cuidados de enfermería se enfocan en el cuidado y atención y se dividen en cuatro partes que se describen a continuación: la primera de ellas se enfoca en tratar las funciones psíquicas, emocionales y biológicas, la segunda atiende las actividades físicas y sociales a través de actividades especiales, la tercera se enfoca en el entorno de la persona con el fin de evitarle caídas y posteriores secuelas, la cuarta se dedica a la atención de las necesidades básicas corporales con la finalidad de bienestar.

Campo de acción de la enfermería geriátrica

El campo de acción de enfermería gerontológica es muy amplio ya presenta diversos modelos de atención desde la comunidad, hasta los grandes hospitales con alta tecnología. Existen en algunos lugares los llamados equipos multidisciplinarios de atención gerontológica dedicados a la atención comunitaria de la atención del adulto mayor, cuyo propósito es ayudar al médico familiar en el cumplimiento del programa de atención al adulto mayor y mejorar la calidad de atención del adulto mayor, garantizando así la atención integral del anciano en riesgo (Morfi Samper, 2007).

La atención en hospitales conlleva en ocasiones complicaciones como serían por diagnóstico, por reacciones medicamentosas, por iatrogenia (prevenibles) y por caídas, por consiguiente, se ve comprometida la funcionalidad del adulto mayor que es considerada una complicación común del paciente geriátrico hospitalizado (Alarcón Cerón, 2014). La mayoría de las veces la atención de la enfermería geriátrica se proporciona en centros de salud y en ocasiones es necesario de acuerdo con las necesidades el paciente, acudir al domicilio con dos finalida-

des: proporcionar educación y entrenamiento a miembros de la familia para la atención y cuidados correctos y además para proporcionar una atención básica como aplicar venoclisis, alguna curación o indicaciones médicas nuevas. Para llevar a cabo los roles antes mencionados el personal de enfermería Gerontológico debe contar con un perfil idóneo y características como: principios éticos de la enfermería, liderazgo, compromiso, sentido de responsabilidad y autocrítica, comunicación con el paciente y su familia.

Papel de la enfermería geriátrica

Es importante mencionar que la atención gerontológica se puede proporcionar adultos mayores sanos o enfermos garantizando cuidados de calidad a través de roles a desempeñar con eficiencia como sería: evaluar la salud física, psicológica y social del adulto mayor y su grupo familiar, analizar la información para poder elaborar un plan de atención personalizada, facilitar a la persona adulta mayor la comprensión de su estado de salud, asistir al paciente y a su familia para lograr los objetivos de bienestar y funcionamiento, asistir al paciente y a su familia durante el proceso de la enfermedad y después de la muerte, prestar servicios de emergencia y cuidados adecuados para los que sufren alteraciones aguda. Los roles específicos (Venegas, Vargas, Abella, et al., 2016) que efectúa el personal de enfermería en la atención del adulto mayor se presentan con los siguientes apartados:

Rol Gestor-administrativo: los recursos tanto humanos como físicos siempre son limitados.

Rol Social: La función social de la enfermería es el enlace entre los adultos mayores y el resto de la población.

Rol docente: El saber los conocimientos y la práctica y las habilidades, es algo que se debe de transmitir para avanzar y mejorar la calidad asistencial.

Rol Asistencial: Se debe de enfocar en ayudar al adulto mayor, sano o enfermo, a conservar y/o recuperar su salud para que pueda llevar a cabo en lo máximo su independencia.

Protocolo de atención de la enfermería geriátrica

Mancilla-García y Zepeda-Arias (2012) mencionan que existen diferentes modelos de atención al adulto mayor y entre ellos se pueden mencionar las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) las cuales abordan los problemas geriátricos como: desnutrición, deterioro musculoesquelético, riesgo de caídas, incontinencia urinaria, déficit auditivo, déficit visual, síntomas depresivos, deterioro cognitivo, colapso del cuidador, así como planes de cuidado que contienen recomendaciones como son:

- Intervenciones de Enfermería para el envejecimiento saludable.
- Intervenciones de Enfermería para la detección, atención y control de la depresión del adulto mayor.
- Intervenciones de Enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera.
- Intervenciones de Enfermería para la atención en adultos de 65 años y más con infecciones de vías respiratorias.
- Intervenciones de Enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados.
- Intervenciones de Enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo.

Algunos protocolos de atención del adulto mayor -de acuerdo con Sánchez (2018)- se han enfocado a la prevención, diagnóstico y atención de funciones, como sería:

- Ojos: revisión permanente de la estructura y funcionalidad de los ojos.
- Oídos: valorar la audición y la percepción de sonidos altos.
- Boca: valorar la hidratación de mucosas orales, apetito, piezas dentarias (masticación).
- Proceso respiratorio: valorar la respiración, presencia de tos y secreciones.
- Sistema cardiovascular: valorar tensión arterial, control de patología cardiovascular, actividad anormal.

- Sistema Osteoarticular: valoración de movimientos anormales, rigidez, dolores articulares.
- Sistema neurológico: valorar signos neurológicos para detección y/o control de enfermedades neurológicas y psiquiátricas.
- Alimentación: vigilancia de la ingesta de alimentos propios para su edad y estado de salud, vigilar el índice de masa corporal.
- Actividad y reposo: valorar y vigilar las actividades de la vida diaria, educación del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Afectividad: procurar efectuar todas las actividades con afectividad, fomentar la autoestima y el autocuidado de su salud física y/o mental.

Así mismo existen planes del cuidado de enfermería que se enfocan a lo siguiente, de acuerdo al Instituto Nacional de Geriatria (2017):

Difusión: catálogo de planes de cuidados de enfermería de forma impresa o electrónica.

Capacitación: personal de enfermería en la utilización del plan de cuidados con recomendaciones de guías práctica clínica médicas y de enfermería.

Aplicación e implementación: proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas y de plan de cuidado con intervenciones de enfermería recomendadas en las GPCE.

Documentación: del plan de cuidados y las recomendaciones aplicadas de notas y registros de enfermería.

Evaluación: resultados de la aplicación de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica a través de cédulas de apego de recomendaciones e indicador de evaluación de notas y registros de enfermería.

Conclusiones

Como se ha podido observar la atención de los gerontes requiere –por lo menos desde la atención en enfermería- una contempla-

ción global esencialmente porque el personal profesional de enfermería cumple un papel sumamente relevante en la gestión de la atención y cuidados en salud de los pacientes de forma específica. La cual debe ser correcta y eficaz, pero de manera relevante que el paciente adulto mayor y la familia de este cuenta con la certeza que la calidad del cuidado que recibirá será integral que cubrirá aspectos relacionados con el estado de salud-enfermedad, así como psicológicos y espirituales.

Bibliografía

- Alarcón Cerón, J. (2014). Atención primaria a la salud del adulto mayor por enfermería: avances y retos. México. Secretaria de Salud en México.
- Amaro, M.C., Marrero, A., Valencia, M.L., Casas, S.B. & Moyeno, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Rev Cubana Enfermer*, 12(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006
- Anzola, E. (Ed.) (1993). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- Instituto Nacional de Geriátría (2017). *Protocolo de atención de las personas adultas mayores por enfermería*. México: Secretaría de Salud.
- Mancilla-García, M.E. & Zepeda-Arias, F.M. (2012). Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20 (1): 1-3.
- Morfi Samper, R. (2007). Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba. *Revista Cubana Enfermería*, 23 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100005
- OPS (2012). *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- Possenti, V. (2001). *Singer, I' animalismo del volto disumano. Avvenire*.
- Sánchez, G., Naún, Y., Baró, T. & Serrano, C. (2018). Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista Información Científica*, 97(1), 115-124.
- Venegas, B. C., Vargas, E. Abella, L.F. et al (2016). Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá *Revista Colombiana de Enfermería*, 5, 81-92.

Capítulo 7. Características de la salud bucal en el adulto mayor: un enfoque desde la salud pública

*Francisco Cázares de León¹
Luis Alberto González García²
Erika Rosario González Rodríguez³*

Introducción

En el envejecimiento ocurren ciertos cambios biológicos, sistémicos, fisiológicos, cognitivos, psicológicos y sociales, esto producido por una pérdida de la homeostasis y disminución de su capacidad de adaptarse al estrés interno y externo, lo que hace a los individuos más vulnerables a las enfermedades y a la mortalidad (Cárdenas et al., 2018., Hernández et al., 2017). El envejecimiento, siendo un proceso fisiológico afecta de distintas formas a las personas, y este está determinado por distintos factores o condiciones ya sean ambientales y sociales en las que las personas se desarrollan; así como por sus estilos de vida que las personas han tenido durante cada etapa de su vida. La calidad de vida en la etapa de envejecimiento se puede ver afectada o beneficiada por factores alimenticios (Hernández et al., 2017).

1. Universidad de Monterrey, Departamento de Medicina, San Pedro Garza García, N.L., México.

2. Hospital Universitario-UANL, Departamento de Cirugía Plástica y Estética Reconstructiva, Monterrey, N.L., México.

3. Orthostetics Dental Clinic, San Pedro Garza García, N.L., México.

A nivel mundial la proporción de personas de 60 años o más en los próximos 30 años puede llegar a duplicarse de un 12% a un 22.0%. Para el 2050, el 80% de los adultos mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018) como es el caso de nuestro país que no sigue habiendo mejoras en los sistemas de salud, lo cual no nos garantiza una buena calidad de vida en general. Así el envejecimiento puede ser un desafío que conlleve a una carga de enfermedad, mayores riesgos de discapacidad y mayor necesidad de cuidados concernientes para el envejecimiento (Cárdenas et al., 2018). De esta manera la salud pública puede impactar negativamente en esta población si no se comprende la verdadera definición de salud.

La Organización Mundial de la Salud desde 1948 definió el concepto Salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Interpretando esta definición, ha llevado al desarrollo de instrumentos y cuestionarios de evaluación de salud tales como: Health-related quality of life (HRQoL) en relación a factores específicos asociados en la salud de la población. Este instrumento mide la percepción del como se sienten los individuos, física, mental y socialmente por lo que este instrumento es considerado en la actualidad como el “Gold Standar” para los profesionales de la salud con la calidad de vida (Wong, Ng y Leung, 2019., Gil et al., 2015) resultando ser muy útil en estudio de esta población desde una perspectiva de salud pública.

Dentro de la Odontología se han desarrollado instrumentos en relación a la salud oral y a la calidad de vida, como el Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) el cual mide los efectos de la salud oral en diferentes aspectos de la vida como son el autoestima, la interacción social y el desempeño laboral o académico, entre otros., quedando demostrado que la salud oral esta asociado con la calidad de vida, ya que se ha encontrado una interrelación entre estas con variables clínicas (diagnósticos) y experiencias de salud reportadas por cada persona (Gil et al., 2015).

De esta manera se concluye de que la salud oral afecta directamente en la calidad de vida, afirmándose que la salud oral es en parte

responsable del estado general de los pacientes. Esto es de suma importancia en los adultos mayores. Los adultos mayores de 65 años o más pueden presentar pérdida de órganos dentarios y enfermedades orales crónicas tales como caries dental, enfermedades periodontales, infecciones orales, lesiones de la mucosa oral y desórdenes temporomandibulares (Wong, Ng y Leung, 2019., Gil et al., 2015).

Los adultos mayores presentan daños crónicos o enfermedades sistémicas que requieren de mayor medicación requiriendo en ocasiones más de 3 fármacos, pero esta medicación pueden tener efectos sobre la salud oral como la Xerostomía o Hiposalivación y esta puede ocasionar daños sobre los órganos dentarios y la mucosa oral repercutiendo múltiples complicaciones en la salud oral, lo que provoca dificultad para masticar, deglutir y comunicarse, teniendo problemas de salud tales como una nutrición inadecuada y emociones negativas psicológicas.

Lesiones de la Cavidad Oral en el Adulto Mayor

Los adultos mayores pueden llegar a presentar ciertas lesiones en dientes, encías, lengua, mucosa bucal y saliva, las cuales deben de ser contempladas en un examen odontológico como las que se muestran a continuación:

Dientes: ausencias parciales y totales, pérdida del hueso alveolar, movilidad y caries.

Encías: recesión, sangrado, cambios en la textura y consistencia.

Lengua: cambios en las papilas, cambios en la estructura y consistencia del los músculos y glositis.

Saliva: disminución del flujo salival, aumento de la consistencia.

Conforme a lo anterior podemos ahora dar una perspectiva del comportamiento de los principales padecimientos estomatológicos que surgen en la población considerada como adulto mayor.

Caries

La prevalencia de caries a nivel de la corona en los adultos mayores es de un 22%, con un 20% entre las edades de 75 y 84 años de edad quienes muestran caries activas a nivel radicular (Gil et al., 2015). En México la prevalencia de caries dental en los adultos mayores de 60 a 64 años fue de 97.7%, 65 a 69 años con un 97.6%, de 70 a 74 años representó un 97.5%, de 75 a 79 años fue de un 97.5% y de 80 años y más fue de 96.6% para ambos sexos, lo que evidencia que esta población carece de buena salud oral y es más propensa a sufrir tanto enfermedades relacionadas con la boca y salud en general (Secretaría de Salud, 2016).

Es uno de los mayores problemas de salud oral en los adultos mayores por múltiples razones, una de las más comunes es la xerostomía ya que con esta se disminuye el flujo salival por lo que el ph se ve afectado y aumenta la probabilidad de que las bacterias se adhieran a la superficie dental; aunado a esto existe una dieta pobre, con una deficiente técnica de cepillado y que todo esto en conjunto provocan lesiones cariosas más fácil en esta edad.

Todo esto llega a dar una alta prevalencia de dientes perdidos debido a la caries ya que no se pueden restaurar algunos dientes con caries tan avanzadas. Esto ocasiona que el procedimiento de restauración sea el de remover la mayor cantidad de caries posible y en ocasiones solamente se puede aplicar fluoruro sobre la estructura de diente sano para proveer de calidad de vida a los pacientes tratando de conservar sus dientes naturales y evitar la necesidad de prótesis totales o parciales fijas o removibles. Entre los efectos en la salud general de los adultos mayores encontramos:

1. Pacientes con sus sistema inmunosuprimido pueden tener mayor riesgo a desarrollar reacciones sistémicas por una infección dental.
2. Las infecciones dentales (caries, absesos, celulitis) pueden infectar otros tejidos de cabeza y cuello, provocando reacciones sistémicas.
3. Las bacterias patógenas en la cavidad oral pueden ser

aspiradas a los pulmones y causar infecciones pulmonares.

4. El dolor dental debido a la caries dental afecta la habilidad para masticar, deglutir, hablar, dormir etc. afectando la calidad de vida (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Enfermedad Periodontal

Esta se ha considerado como una de las más prevalentes en población de avanzada edad, esta muy ligada a la falta parcial de órganos dentarios, enfermedades sistémicas y tabaquismo principalmente. Afecta negativamente en la vida social de la persona, salud emocional y calidad de vida en general.

Se ha observado que al estudiar esta población que existe entre 4.3% a un 13.3% para bolsas periodontales profundas, de un 8.3% a un 31.7% para bolsas moderadas de un 18.6% a un 38.3% para cálculo periodontal, de un 0.0% a un 11.7% para el sangrado en el surco gingival y de un 0.0% a un 5.0% indican que el paciente se encuentra sano (Wong, Ng y Leung, 2019).

Todo esto demuestra una alta prevalencia de enfermedades periodontales y la necesidad de su tratamiento en los adultos mayores. Un estudio demostró que el 78.9% tienen bolsas periodontales profundas o moderadas (Ziebolz et al., 2017), otro estudio demostró un 53% de bolsas moderadas con complicaciones con 24% de cálculo periodontal y un 2% con sangrado (Janssens et al., 2017). Como consecuencia los impactos en la salud general de los adultos mayores son:

1. Se relaciona con el deterioro o complicaciones de las enfermedades cardiovasculares, respiratorias (neumonía) y diabetes.
2. Si se previene la periodontitis puede mejorarse la salud general por la disminución de inflamación crónica en el cuerpo y reducción de bacterias patógenas.
3. El dolor y el mal aliento pueden afectar la capacidad de comer, comunicarse con otras personas y la calidad de vida (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Edentulismo

El edentulismo es una de las problemáticas mas grandes que afectan a la Salud oral y esta manifestación es debido al acúmulo de múltiples enfermedades orales y factores socioeconómicos a lo largo de la vida. La pérdida de dientes ya sea parcial o en este caso total afecta de una forma significativa las funciones estomatognáticas como lo son la masticación, deglución y por ende la nutrición y al mismo tiempo la estética la cual repercute en la calidad de vida, baja autoestima y una nula integración social (Roberto et al., 2019).

El edentulismo es un indicador importante dentro de la salud bucal ya que es el resultante de un pobre sistema de prevención y/o medidas curativas; a pesar de que se puede prevenir en la mayoría de los casos seguirá siendo un desafío importante dentro de la Salud Pública. Las transiciones demográficas y epidemiológicas han llevado la exigencia de tener una mayor conciencia hacia la población de adultos mayores.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2016) en México el grupo de edad de 65 a 79 años un 2.6% de los pacientes habían perdido todos sus organos dentarios y en el grupo de 80 o más fue de 8.7%. Al asociar la variable escolaridad en los adultos de 80 años o más, los de mayor escolaridad tuvieron más de 3 dientes permanentes con respecto a los que tuvieron menor escolaridad.

En los adultos mayores de más de 79 años, los molares se encontraban presentes en un 41.4%. Las secuelas en la salud general se expresa de la siguiente manera en la población de los adultos mayores:

1. Afecta la nutrición y alimentación especialmente si el paciente no posee una prótesis dental.
2. Afecta el lenguaje y la comunicación.
3. Causa problemas psicológicos como el aislamiento social, ansiedad, depresión, baja autoestima y una pobre calidad de vida (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Xerostomia

Es uno de los trastornos orales más frecuentes y de acuerdo a estudios longitudinales de población se ha demostrado que la xerostomía aumenta linealmente con la edad. Afecta a ambos sexos, en hombres afecta más en el turno nocturno que en el diurno y en mujeres afecta más en el turno diurno que en nocturno.

Esta condición también afecta otras funciones vitales como el masticar, deglutir e incluso hasta para la adhesión de prótesis parciales o totales; también se ha comprobado que la xerostomía causa caries y erosiones dentales así como ardor en la boca, problemas para abrir y cerrar la mandíbula y sangrado en las encías (Johansson et al., 2018).

El fumar así como la ingesta de medicamentos son uno de los principales factores que afecta a esta población ya que es muy común el alto tabaquismo así como el tomar más de 3 medicamentos (polifarmacia) para tratar distintas condiciones médicas, pero teniendo otros efectos secundarios sobre el organismo (Jokanovich et al., 2015). Los efectos en la salud en general de los adultos mayores son:

1. Propicia el medio adecuado para infecciones micóticas (hongos) y bacterianas.
2. Cambios en el sentido del gusto, dificultad para masticar y deglutir repercutiendo en la nutrición (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Infecciones micóticas

El hongo más común que es parte de la flora normal y que vive en la mayoría de las partes del cuerpo es la *Cándida albicans*. Normalmente el cuerpo a través de su sistema inmunológico tiene los hongos bajo control. La toma de ciertos antibióticos aunado a las enfermedades pueden favorecer la multiplicación de los hongos y causar infecciones micóticas. Y podemos encontrar los siguientes Efectos en la salud en general:

Debido al ardor y sensación dolorosa en la boca y garganta disminuye su calidad de vida.
Existe una alteración del gusto e incapacidad para comer (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Cáncer oral

Esta se define como la división anormal y crecimiento acelerado y no controlado de las células normales. El cancer escamocelular de orofaringe es el más común y ha incrementado su incidencia durante las últimas 3 décadas, causado principalmente por el alto consumo de alcohol y tabaco. Este se ha asociado con la infección del virus del papiloma humano (VPH); y aunque es más común en el sexo masculino y en la mediana edad puede presentarse en adultos mayores pero en menor proporción. Estos tumores presentan mayor resistencia a la radioterapia y quimioterapia, además de una esperanza de vida menor (González et al., 2014). Las eventualidades en la en la salud en general son:

1. Puede haber metastasis originado de la cavidad oral hacia otras partes del organismo.
2. Depende de la etapa en que se detecte el cáncer puede llegar a causar deformaciones y hasta la muerte.
3. Dificulta la masticación y deglución provocando malnutrición.
4. Dificulta el lenguaje provocando problemas de comunicación.
5. Causa problemas psicológicos como la baja autoestima, aislamiento social, ansiedad, depresión y suicidio.
6. Daña la calidad de vida (OPS, SS & CENAPRECE, 2017).

Desórdenes temporomandibulares

Aunque estos todavía no se consideren una problemática de Salud Pública, a la fecha este tema ha sido uno de los más estudiados

debido a que la prevalencia de este tipo de desórdenes va en aumento en diversas poblaciones. El desequilibrio postural que presenta la población adulta mayor se considera uno de los principales factores que afecta a la articulación temporomandibular y por ende a la calidad de vida (Sampaio et al., 2017). Diversos estudios han demostrado la relación que existe entre la postura de la cabeza y cervical con el sistema estomatognático.

Se habla de otros factores como los son los extrínsecos que abarca el ambiente, la temperatura y el uso de medicamentos y los intrínsecos como la debilidad muscular, limitación del movimiento así como la deficiencia sensorial y motora los cuales debilitan este equilibrio postural en dicha población. Otros factores asociados a los desórdenes temporomandibulares es la ausencia parcial o total de órganos dentarios así como las patologías de las articulaciones como lo son la artritis y osteoartritis que se presentan con más frecuencia a estas edades (Olmari-Navarro et al., 2017).

Oclusión Funcional

Es considerada como el balance dental y muscular en donde ambos maxilares articulan en armonía lo que permite el tener una adecuada masticación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el tener una dentición natural, funcional, estética con al menos 20 dientes y que no requiera de alguna prótesis se considerará un meta para la Salud.

El porcentaje de la población adulto con oclusión funcional (20 o más dientes) en edades de 65 a 79 años, las mujeres representan en 64.4% y los hombres el 71.5% y en el grupo de 80 años y más las mujeres fueron el 46.1% y los hombres el 52% según cifras de la Secretaría de Salud (2016) en México.

Conclusiones

La boca se puede considerar como un reflejo de la salud o la enfermedad, un modelo accesible para evaluar o estudiar otros órganos

y además de ser una fuente potencial de padecimientos que afectan al organismo. Actualmente a nivel internacional la población de adultos mayores representa uno de los principales retos en cuanto a costos por las enfermedades sistémicas y bucodentales ya que es en esta población cuando existe mayor pérdida de órganos dentales y ausencia de prótesis lo que tiene una relación directa con la salud ya que al no tener la capacidad adecuada de masticar y deglutir causa trastornos de la nutrición.

Además, se ven afectados aspectos psicológicos como la baja autoestima lo que implica una mala calidad de vida relacionada con la salud. La mayoría de los autores refieren que los adultos mayores tienen problemas de masticación asociados a la fisiopatología bucal con un impacto importante en la nutrición, dificultad en el lenguaje y la capacidad de socializar, dificultando su calidad de vida. Dentro de los principales condiciones bucales en esta población están la caries, gingivitis y la periodontitis, teniendo como resultado final el edentulismo.

En base a lo anterior han surgido diversas investigaciones para ver la posibilidad de realizar medidas preventivas en la salud bucodental abordando a los aspectos nutrimentales, autopercepción del paciente y su calidad de vida utilizando o empleando instrumentos de evaluación que incluyen estas dimensiones así como aspectos psicosociales asociados.

Bibliografía

- Cárdenas, A., Velázquez, L.B., Falcón, J.A., García, I.E., Montes, R. E., Reza, G.G. & Sánchez, S. (2018). Autopercepción de la salud oral en adultos mayores de la ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 56(1), 554-63.
- Gil, J.A., Ferreira, A.L., Barrios, L.M., González, M.A. & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a non systematic review. *Clinical Intervention in Aging*, 10, 461-467.
- González, M., Motta, L.A., Moreno, A., Chala, A.I., Tupaz, H.A. & García, D.A. (2014). La infección por virus del papiloma humano afecta el pronóstico del cancer orofaríngeo escamocelular: revisión de la literatura. *Universitas Odontológica*, 33(71), 59.68.

- Hernández, L., Marimón, M.E., Linares, E.M. & González, E. (2017). Salud Oral y Hábitos Dietéticos en Adultos Mayores no Institucionalizados. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 27 (1), 29-48.
- Janssens, B., Petrovich, M., Jacquet, W., Schols, J.M., Vanobbergen, J. & De Visschere, L. (2017). Medication use and its potential impact in the oral health status of nursing home residents in Flanders (Belgium). *J. Am. Med. Dir. Assoc*, 18(9), doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.003.
- Johansson, A.K., Johansson, A., Unell, L., Ekbäck, G., Ordell, S. & Carlsson, G. (2018). Self-reported dry mouth in 50- to 80 year-old Swedes: Longitudinal and cross-sectional population studies. *J Oral Rehabil*, 47, 246-254.
- Jokanovich, N., Tan, E.C.K., Dooley, M.J., Kirkpatrick, C.M. & Bell, J.S. (2015). Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *J. Am. Med. Dir. Assoc*. 16(6). doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.003.
- Oltramari-Navarro, P.V., Yoshie, M.T., Silva, R.A., Conti, C.A., Navarro, R.L., Marchiori, L.L. & Fernandes, K.B. (2017). Influence of the presence of Temporomandibular Disorders on postural balance in the elderly. *CoDAS*, 29(2), 1-7.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OPS, SS & CENAPRECE (2017). Proyecto SOFAR-Salud Oral y Factores de Riesgo. México. Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud de México y Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
- Padilla, M.L., Saucedo, G., Ponce, E.R. & González, A. (2017). Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en los adultos mayores. *Rev CES Odont*, 30(2):16-22.
- Padilla, M.L., Saucedo, G., Ponce, E.R. & González, A. (2017). Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista CES Odontológica*, 30(2), 16-22.
- Roberto, L.L., Crespo, T.S., Monteiro-Junior, R.S., Martins, A.M.E.B.L., De Paula, A.M.B., Ferreira, E.F. & Haikal, D.S. (2019). Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*, 36(4), 325-337

- Sampaio, N.M., Oliveira, M.C., Ortega, A.O., Santos, L.B. & Alves, T.D. (2017). Temporomandibular disorders in elderly individuals: the influence of institutionalization and sociodemographic factors. *CoDAS*, 29(2), <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162016114>
- Secretaría de Salud (2016). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB. México. Dirección General de Epidemiología-SS.
- Wong, F., Ng, Y. & Leung, W. (2019). Oral Health and its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16,41-32..
- Ziebolz, D., Werner, C., Schmalz, G., Nitschke, L., Haak, R., Mausberg, R.F. & Chenot, J.F. (2017). Oral health and nutritional status in nursing home residents-results of an explorative cross-sectional pilot study. *BMC Geriatrics*, 17,39. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0429-0>

Capítulo 8. Inmunología y beneficios terapéuticos en el adulto mayor

*Lydia Guadalupe Rivera Morales¹
Lydia Marcela Adame Rivera²*

Introducción

El sistema inmunológico es aquel sistema que nos protege de antígenos o sustancias extrañas al organismo, este sistema está integrado por órganos, células y moléculas que se encuentran distribuidos en todo el cuerpo y que están coordinados e intercomunicados entre sí para mantener la homeostasis como condición necesaria para una buena salud. Entre los órganos del sistema inmune se encuentran el timo y la médula ósea, en ellos se producen ciertas células llamadas leucocitos, algunos de ellos son los macrófagos, neutrófilos, linfocitos T, linfocitos B entre otros, éstas células participarán en la respuesta inmunitaria y nos protegerán de las infecciones y otras alteraciones del sistema inmune (Abbas, Lichtman y Pillai, 2017).

El órgano llamado timo es un clásico ejemplo de maduración de la respuesta inmune, ya que llega a alcanzar su máximo tamaño alrededor de los 13 años de edad en los individuos, para después involucionar, esto es, comienza a atrofiarse, lo cual hace que disminuyan notablemente los linfocitos T, este proceso biológico, continúa avanzando

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, N.L., México

2. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Arquitectura, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

hasta después de los 60 años, dando lugar a un deterioro inmunológico, lo cual lleva a una serie de eventos que se presentan en el adulto mayor como es, una escasa respuesta a la administración de vacunas, un aumento en la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, una mayor incidencia de enfermedades autoinmunes y al desarrollo de neoplasias.

Sistema inmunitario

La inmunología, se inició como una parte de la microbiología donde se contemplaba en un inicio como una simple relación entre el huésped y el parásito, en donde se resalta la importancia de la respuesta del individuo contra una amplia gama de agentes causantes de las enfermedades infecciosas, que han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad.

Existen varios factores que intervienen para que se desarrolle una enfermedad infecciosa, por un lado el huésped, si éste presenta o no susceptibilidad a dicho agente infeccioso dependerá de la respuesta inmune que tenga y por otro lado, el agente infeccioso en donde su capacidad de producir enfermedad dependerá de que presente factores de virulencia, como tener cápsula, producir toxinas, presentar mutaciones o variabilidad genética que le permitan tener una mayor capacidad de transmisibilidad ..

En la actualidad esto esta pasando con la enfermedad COVID-19, ya que los cambios genéticos que se presentan en algunos componentes del virus SARS-CoV-2 , lleva a que se presenten las variantes con alto grado de transmisibilidad como es la variante delta que se presentó en India y que actualmente se encuentra distribuida en muchos países del mundo y por otro lado el tercer factor es el medio ambiente como son los cambios ecológicos, ambientales, entre otros (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019; Bajaj, Gadi, Spihlman, Wu, Choi y Moulton, 2021).

Para entender bien porque el envejecimiento causa un deterioro de la respuesta inmune, daremos una breve descripción de los principales mecanismos que proporcionan la resistencia inmunológica

a lo largo de nuestra vida y que hay que hacer para que nuestro sistema inmunológico sea resiliente.

Inmunidad innata y adaptativa

Para propósitos prácticos el sistema inmune está compuesto por dos ramas que están interconectadas entre sí: el sistema inmune innato y el sistema inmune adaptativo, estos dos sistemas colaboran entre sí para proteger al cuerpo de agentes extraños.

El sistema inmune innato proporciona la primera línea de defensa contra los agentes patógenos, ayudan a prevenir infecciones y rápidamente son capaces de eliminarlos. Este sistema incluye las barreras físicas y químicas contra la infección como es la integridad de la piel y las mucosas, la acidez del estómago, la microbiota en tracto gastrointestinal, la microbiota en vagina, la presencia de moco en vías respiratorias entre otras. Además de estas barreras, presentan ciertos receptores solubles que promueven la opsonización y la activación del complemento para llegar a la lisis de los microorganismos.

Estos receptores que promueven la endocitosis y la fagocitosis son conocidos como receptores que reconocen patrones (PRR) ya que reconocen estructuras moleculares específicas asociados a los patógenos conocidos como PAMP (ejemplo: lipopolisacárido de las bacterias, peptidoglicano, flagelo, etc.).

Estos receptores también son capaces de detectar señales peligrosas endógenas gracias al reconocimiento de DAMPS que son el reconocimiento de patrones asociados a daño. Cuando éstos son reconocidos por los PRR se desencadena una respuesta inflamatoria en la que se liberan péptidos antimicrobianos, citocinas y quimiocinas y de esta manera son reclutados los leucocitos con capacidad fagocítica. Este sistema de reconocimiento es rápido y utiliza mecanismos como la fagocitosis para destruir al patógeno (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

La inmunidad adaptativa es más lenta en parte porque menos células poseen los receptores específicos de antígeno presentes en las células T y B, también es más lento porque la respuesta adaptativa se basa

en el encuentro previo con el antígeno y es después de este encuentro que los linfocitos T y B se someten a un proceso de selección y proliferación, aunque tardan en actuar, una vez que estas células B y T han sido seleccionadas, pueden resolver la infección de una manera específica (ver Tabla 1).

Hematopoyesis

Todas nuestras células provienen de una célula madre hematopoyética (HSC, del inglés hematopoietic stem cell). Al proceso por medio del cual se generan y se desarrollan nuestros glóbulos rojos o eritrocitos y los glóbulos blancos o leucocitos se llama hematopoyesis. En

Tabla 1. Comparación entre inmunidad innata y adaptativa de acuerdo con Punt et al. (2017).

Condición	Respuesta innata	Respuesta adaptativa
Tiempo de respuesta	Minutos a horas	Días
Especificidad	Limitada	Altamente diversa, adaptable para mejorar la respuesta inmune
Respuesta a infección repetida	Es la misma	Es más rápida y más efectiva con exposiciones subsecuentes al agente.
Componentes	Integridad de piel y mucosas, barreras químicas, microbiota intestinal, vaginal, etc Complemento, Proteína C reactiva	
Células participantes	Leucocitos polimorfonucleares y mononucleares, células NK	Linfocitos T y B Receptores específicos de antígeno (TCR y BCR)
Moléculas	Citocinas: interferones	Anticuerpos y citocinas

el ser humano este proceso se inicia in útero en el saco vitelino embriionario para migrar posteriormente al tercer mes de la gestación al hígado y bazo fetal, después de este período aproximadamente al cuarto mes de la gestación la médula ósea ya se constituye como principal órgano hematopoyético (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

La célula madre hematopoyética que tienen la capacidad de autorenovarse, dan origen a dos progenitores; los linfoides y los mieloides; todas las células linfoides T, B y células NK se originan de los progenitores linfoides y todos los leucocitos polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos y basófilos) provienen de los progenitores mieloides, además de los megacariocitos que darán origen a las plaquetas y los progenitores eritroides que darán origen a los eritrocitos (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Los órganos que participan en la respuesta inmune se clasifican en órganos primarios o centrales que se encargan de la maduración y diferenciación de los linfocitos y los órganos secundarios o periféricos que son los sitios para que se lleve a cabo la interacción de los linfocitos maduros con el antígeno. Entre los órganos primarios están el timo y la médula ósea y entre los órganos secundarios están : ganglios linfáticos, bazo, tejido linfático asociado a mucosas (MALT) bronquial (BALT), intestinal (GALT), anillo de Waldeyer en donde se encuentran los tejidos linfoides como amígdalas, adenoides, etc. (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Los anticuerpos, son las llamadas moléculas efectoras de la respuesta inmune humoral y son secretadas por las células plasmáticas, los anticuerpos químicamente son glicoproteínas que son producidas después de que un individuo se pone en contacto con un antígeno, los anticuerpos que se producen por primera vez después de ponerse en contacto con un antígeno son los anticuerpos de tipo IgM, anticuerpos responsables de la respuesta primaria y después de una segunda exposición se producen los anticuerpos de tipo IgG, este anticuerpo es el que se encuentra en mayor concentración en el suero y es el anticuerpo que nos transfiere nuestra madre a través de placenta, los otros anticuerpos conocidos son el anticuerpo de tipo IgA , IgE y el anticuerpo IgD.

Los anticuerpos de tipo IgM y de tipo IgG son de gran valor en el diagnóstico de entidades clínicas ya que nos puede servir para conocer si estuvimos enfermos con SARS-CoV-2 y si hay una primoinfección o bien una infección de recuerdo (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Las citocinas son conocidas como moléculas mensajeras, son proteínas de bajo peso molecular (10-25 Kda) que permiten la comunicación intercelular, se requiere la unión al receptor y se presenta una cascada de señalización. Las actividades de las citocinas es presentar función paracrina, autocrina y endocrina y se dividen en citocinas con capacidad pro y antiinflamatoria y estas son producidas por los linfocitos T CD4 (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Sistema inmune en la enfermedad

La respuesta inmune es como una arma de dos filos, por un lado confiere protección contra una amplia gama de microorganismos (bacterias, virus, hongos y parásitos) agentes químicos, físicos etc. mientras que por el otro lado es capaz de producir daño de leve a moderado o severo en ciertas situaciones, dando como consecuencia reacciones alérgicas, o bien debido a una predisposición genética es capaz de producir una respuesta inmune contra los propios tejidos dando lugar a enfermedades autoinmunes o presentar cierto tipo de inmunodeficiencias o al desarrollo de cierto tipo de neoplasias (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Mecanismos inmunológicos de lesión celular y tisular

La gravedad de las alergias varía según la persona que la posee y puede ir desde una pequeña irritación hasta presentar una anafilaxis. La anafilaxis es una reacción alérgica, severa y fatal que puede afectar a varias partes del cuerpo como piel, tracto respiratorio, tracto intestinal y sistema cardiovascular. Los síntomas de las alergias dependen de la

sustancia que afecta al sistema inmunitario como: estornudos, picazón en la nariz, ojos o el paladar, mocos, nariz congestionada, ojos llorosos, irritados o hinchados, hormigueo en la boca, hinchazón en los labios, lengua, rostro o garganta, urticaria o anafilaxia. Se puede producir una reacción alérgica en diferentes circunstancias: como parte de una alergia estacional (como la fiebre del heno) causada por la exposición a sustancias como el polen de los árboles, de la maleza, alergia a fármacos, alergia alimentaria, alergia al polvo de la casa, alergia al latex, alergia provocada por picaduras de insectos, entre otros (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Autoinmunidad

La autoinmunidad se define como una falla del sistema inmune para distinguir entre lo propio y lo extraño. Las enfermedades autoinmunes se originan por un fracaso de los procesos de tolerancia. Ocurre destrucción de proteínas, células y órganos propios por autoanticuerpos o células T autorreactivas. Afecta entre el 3 y 8% del mundo.

Las mujeres son más susceptibles a autoinmunidad que los hombres (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019; Mackay, 1997). Hay factores que favorecen la susceptibilidad a la enfermedad autoinmunitaria como los factores ambientales. Algunas enfermedades son más comunes en ciertas regiones geográficas o en determinados climas, exposiciones ambientales (pueden ser microbianas, microbioma e infecciones), estilo de vida (dieta) entre otros.

Además existen varios mecanismos para la inducción de autoinmunidad: como factores genéticos, factores ambientales, por género (masculino o femenino), por mimetismo molecular, o bien una combinación de muchos mecanismos. La respuesta inapropiada del sistema inmune puede ser en la actividad inmunitaria humoral o medida por células T. Da lugar a enfermedades como: artritis reumatoide, lupus eritematosos sistémico, esclerosis múltiple, miastenia gravis, entre otras (Mackay, 1997).

Inmunodeficiencias

Es muy importante que nuestro sistema inmunológico se encuentre en perfectas condiciones para que nos proteja contra los agentes infecciosos, esto es, que nuestras células se encuentren bien en cantidad y en calidad y que funcionalmente estén bien, ya que una disminución o ausencia de los dos mecanismos inmunes: la respuesta inmune innata y la adaptativa se pueden presentar una amplia gama de enfermedades que pueden llevar incluso a la muerte, A esta disminución de las respuestas se les llama Inmunodeficiencias.

Las Inmunodeficiencias pueden ser de tipo primario y de tipo secundario. Las Inmunodeficiencias de tipo primario son un grupo de entidades clínicas en las que puede existir una alteración cuantitativa o cualitativa de diversos mecanismos de la respuesta inmune innata (como es la alteración en el fenómeno de la fagocitosis o el complemento) o respuesta inmune adaptativa (cuando están alteradas las células T, células B o bien una combinación de estas dos) (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

De acuerdo al Comité de la Clasificación de Inmunodeficiencias primarias de la Unión Internacional de Sociedades de Inmunología, la Inmunodeficiencia más frecuente es la de tipo Humoral (50-60%), seguida de las inmunodeficiencias combinadas (cuando están afectadas las poblaciones B y T) se presentan en un 20-25%, seguidas en un 5-10% por deficiencia en la fagocitosis y finalmente en un 5% por defecto en el complemento (Soler-Palacín, 2020).

La Jeffrey Modell Foundation (JMF) en 1993, publicó por primera vez diez signos de alerta de las inmunodeficiencias primarias para adultos y niños. La presencia de 2 o más de estos signos debe sospecharse que el paciente presenta inmunodeficiencia primaria (IDP): antecedente o sintomatología compatible en un miembro de la familia, es decir, en la historia familiar del paciente, presentar inmunodeficiencias secundarias o adquiridas, infecciones por agentes infecciosos que no poseen patogenicidad, malnutrición, cáncer, condiciones ambientales, cirugías, enfermedad metabólica, medicamentos: como quimioterapia, radioterapia, agentes inmunosupresores entre otros (Soler-Palacín,2020).

En el caso de las inmunodeficiencias de tipo secundaria la más conocida es el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) cuyo agente causal es el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), éste es considerado un serio problema de salud pública. El VIH es un retrovirus que, para poder infectar a las células del ser humano, se requiere de la presencia de ciertos receptores presentes en los Linfocitos T, estos receptores son el CD4 y además de un correceptor de quimiocinas conocidos como CCR5 y/o CXCR4.

El principal modo de transmisión de esta infección es por vía sexual, además por vía parenteral, uso de agujas contaminadas, por transfusión de sangre y por transmisión vertical de Madre infectada a su producto. Para detectar si una persona está infectada, se puede recurrir a la detección de anticuerpos contra el virus, estas pruebas son conocidas como pruebas de screening o pruebas de selección llamadas pruebas de ensayo inmunoenzimático conocidas como ELISA y cuando estas pruebas dan un resultado positivo, hay que confirmar con Western Blot, éstas detectan anticuerpos contra componentes específicos del virus. El médico infectólogo es el que le da el seguimiento a estos pacientes que deben estar tomando como tratamiento la llamada Terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) y valorando el pronóstico del paciente a través de estar checando la cantidad de las células T CD4 y la carga viral (RNA viral) que tenga el paciente (Punt, Stranford, Jones y Owen, 2019).

Cáncer

El Cáncer es considerado como un serio problema de salud en todo el mundo, éste se origina a partir de la proliferación descontrolada y extensión de clonas transformadas, al proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina carcinogénesis. Entre los diferentes tipos de cáncer más comunes están: el Ca de mama, el Ca de pulmón, el Ca de próstata, Leucemias mieloblasticas agudas, Leucemias linfoblásticas agudas entre otras. Las posibles causas de que se presente un cáncer puede ser debido a varias causas:

1. A ciertos genes llamados proto-oncogenes, se pueden alterar y pueden convertirse en genes causantes de cáncer, al permitir a las células que crezcan y sobrevivan cuando no deberían.
2. A los genes supresores de tumores que pueden presentar algunas alteraciones y pueden dividirse en una forma sin control.
3. A los genes reparadores del ADN que pueden presentar mutaciones y tienden a formar mutaciones adicionales en otros genes entre otros. (Burns y Leventhal, 2000)

Alteración del sistema inmunológico durante el envejecimiento

La inmunosenescencia es un proceso que está relacionado con el envejecimiento de la respuesta inmune en los adultos mayores que presentan 60 años o más, existe un deterioro en la función inmunitaria que trae como consecuencia, un incremento en los procesos inflamatorios, una mayor susceptibilidad a presentar enfermedades infecciosas bacterianas de vías respiratorias y urinarias, reactivación de infecciones virales como virus del herpes zoster, influenza y ahora por SARS-CoV-2, además de presentar enfermedades alérgicas, presentar una mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes e incluso una mayor incidencia de desarrollar cáncer (Bajaj, Gadi, Spihlman, Wu, Choi y Moulton, 2021) (ver Figura 1).

Los adultos mayores presentan una protección menor a las infecciones virales (Fagnoni, Vescovini, Passeri, Bolonga, Pedrazzoni, Lavagetto et al., 2000), ya que una disminución de linfocitos T CD8+ vírgenes son muy importantes en controlar las infecciones de residencia intracelular como las infecciones causadas por virus o bien infecciones por bacterias que presentan residencia intracelular como es la Tuberculosis. Por otro lado con respecto a infecciones de residencia extracelular, la fagocitosis por macrófagos y polimorfonucleares se encuentra dismi-

nuida en el adulto mayor, este es uno de los mecanismos que pueden controlar a cierto tipo de infecciones. (Ginaldi, Loreto, Corsi, Modesti y De Martinis, 2001).

Con respecto a las enfermedades autoinmunes, la tolerancia inmunológica puede fallar por el envejecimiento pero hay varios aspectos que hay que considerar, ya que en este tipo de entidades clínicas intervienen varios factores como aspectos fisiológicos, genéticos, ambientales, stress, una mayor susceptibilidad en el sexo femenino entre otros. (Mackay, 1997). Con respecto al cáncer, se ha visto que éste aumenta en manera exponencial conforme aumenta la edad, suele presentarse más frecuentemente a partir de los 65 años y más, la presencia de cáncer está relacionada con la disminución de la actividad citotóxica por parte de las células NK (Natural Killer cells) y por la pérdida de genes supresores de tumor entre otros (Yancik, 1997; Burns y Leventhal, 2000; Imai, Matsuyama, Miyake, Suga y Nakachi, 2000).

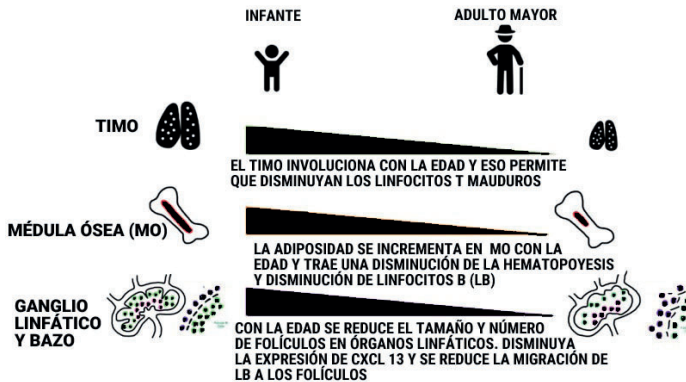


Figura 1. Disminución de la respuesta inmune con la edad. Tomada y modificada por las autoras de Bajaj et al. (2021).

Pautas y beneficios terapéuticos en el adulto mayor

El paisaje natural contribuye a obtener beneficios terapéuticos en la vida cotidiana del adulto mayor a través de favorecer su autonomía, mantener su estado de salud física y mental, favoreciendo su conectividad con la naturaleza y con el entorno que lo rodea, todo ello lo lleva a vivir y tener un envejecimiento feliz (Sánchez-González, Adame-Rivera y Rodríguez-Rodríguez, 2018; OPS, 2011). Para obtener beneficios terapéuticos en un adulto mayor hay varios puntos que hay que tomar en cuenta:

1. Realizar ejercicio y actividad física de manera rutinaria, son beneficiosos ya que le dará resistencia, flexibilidad y fortalecimiento de los músculos principalmente de cadera y piernas, esto le permitirá tener equilibrio, le ayudará a levantarse sólo de la silla sin necesidad de apoyarse en algo y permitirá prevenir caídas y fracturas. Para esto podrá realizar ejercicio de bajo impacto como yoga, tai-chi, para mantener cuerpo, mente y alma en armonía, o simplemente el adulto mayor podrá caminar por el parque, se recomienda que camine al menos 30 minutos diarios. Esto podrá evitar que se presente sarcopenia, es una entidad clínica de origen multifactorial donde hay pérdida de masa muscular, disminución de la fuerza muscular y del rendimiento físico, esta entidad clínica puede presentarse por inactividad física o por una vida sedentaria, entre otras.
2. Mantenerse activo, ayuda a mantenerse fuerte, tener más energía para realizar cosas, prevenir o retrasar ciertas enfermedades como osteoporosis, diabetes, enfermedades del corazón, mejorar estado de ánimo y disminuir la depresión.
3. Tener actividad social ya que permite crear vínculos de amistad
4. Realizar actividades como bailoterapia para mantenerse en movimiento.

5. Tener independencia, mantener su poder de decisión, tomarlo en cuenta, apoyarlo entre los familiares mas cercanos para ayudarlo a decidir por ellos. Salvo ciertas excepciones como es en el caso de tener alguna enfermedad como Alzheimer,
6. Realizar actividades que ellos quieran realizar como la jardinería, pintura al óleo, carpintería, diseño de interiores, etc.
7. Evitar tomar decisiones por ellos, ayudarles a decidir o bien orientarlos a tomar la mejor decisión para ellos como simplemente el elegir que ropa ponerse.
8. Desarrollar actividades cognitivas, ejercitar la mente, para ayudar a estimulación cognitiva , memoria, lenguaje, dibujo, escritura, lectura, etc..
9. Tener una alimentación adecuada, que incluya proteínas, grasas, vitaminas y minerales, consumo de alimentos ricos en proteínas, calcio, hierro, folatos y de esta manera garantizar una alimentación saludable, con esto cubrir sus necesidades nutricionales
10. Realizar ejercicios de respiración profunda.
11. Tomar suficiente líquido al día (dos litros de agua).
12. Control de su salud por un Médico Geriatra.
13. Espiritualidad

Finalmente, hay que prepararnos para llegar a una vejez saludable y un sistema inmunitario sano, esto es, con una buena defensa y resistencia contra las infecciones, manteniendo la homeostasis del cuerpo para evitar el desarrollo de entidades clínicas como enfermedades autoinmunes o bien el desarrollo de neoplasias, pero además llevar a cabo una optimización de las oportunidades tanto mental, física y social que lleven a todo adulto mayor a ser participante en distintos contextos sociales (ver Figura 2).

Consideraciones finales

Es por lo anteriormente comentado que nuestro sistema inmunológico debe de ser resiliente, estar alerta los 365 días del año, cada



Figura 2. Beneficios terapéuticos del adulto mayor con paisajes naturales (Imagen del papá y abuelo de las autoras).

semana, cada día, cada hora, cada minuto y segundo y si se llega a activar la respuesta inmune por algún microorganismo, ésta, debe de ser capaz de ser regulada y controlada, porque si se pierde, se pierde la resiliencia y es cuando se llegan a presentar las alteraciones de la respuesta inmune como enfermedades, alergias, enfermedades autoinmunes entre otras.

Para ayudar a mantener esta resiliencia, es importante tomar en cuenta los beneficios terapéuticos en el adulto mayor que lo lleven a presentar un sistema inmunitario saludable y resiliente, la cual se puede llevar a cabo con la conectividad con la naturaleza y su entorno. El realizar ejercicio, tener una buena nutrición, mantener una buena salud física y mental, el tener una actitud positiva, estar de mejor ánimo, todo esto permitirá que el adulto mayor por arriba de los 60 años presente una disminución de la depresión que es muy común en esta etapa de la vida y un aspecto muy importante, “vivir con gratitud”, esto le permitirá tener un envejecimiento saludable, porque la vida en esta etapa de la vida es el milagro de existir, aceptando y dando gracias por llegar a esta etapa preciosa de la vida.

Bibliografía

- Abbas, A.K., Lichtman, A. & Pillai S. (2017). *Cellular and Molecular Immunology*. Amsterdam. Ed. Elsevier.
- Bajaj, V., Gadi, N., Spihlman, A.P., Wu, S.C., Choi, C.H. & Moulton, V.R. (2021) Aging, Immunity, and COVID-19: How Age Influences the Host Immune Response to Coronavirus Infections? *Front. Physiol.* 11:571416. doi: 10.3389/fphys.2020.571416
- Burns, E.A. & Leventhal, E.A. (2000). Aging, immunity and cancer. *Cancer Control*, 7, 513-522.
- Fagnoni, F.F., Vescovini, R., Passeri, G., Bolonga, G., Pedrazzoni, M., Lavagetto, G. et al. (2000). Shortage of circulating naive CD8 (+) T cells provides new insights on immunodeficiency in aging. *Blood*, 95:2860-2868.
- Ginaldi, L., Loreto, M.F., Corsi, M.P., Modesti, M. & De Martinis, M. (2001). Immunosenescence and infectious diseases. *Microbes Infect*, 3:851-857.

- Imai, K., Matsuyama, S., Miyake, S., Suga, K. & Nakachi, K. (2000). Natural cytotoxic activity of peripheral-blood lymphocytes and cancer incidence: an 11-year follow-up study of a general population. *Lancet*, 356:1795-1799.
- Mackay, I.R. & Gershwin, M.E. (1997). The nature of autoimmune disease. *Semin Liver Dis*, 17, 3-11.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2011) La salud de los adultos mayores: una visión compartida. Washington, D.C.. OPS.
- Punt, J., Stranford, Sh., Jones, P. & Owen, J. (2019). *Kuby Immunology*. New York. W.H. Freeman/Macmillan Learning.
- Sánchez-González, D., Adame-Rivera, L.M. & Rodríguez-Rodríguez, V. (2018). Paisaje natural y envejecimiento saludable en el lugar: el caso del Parque Nacional Cumbres de Monterrey (México). *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 76, 20-51.
- Soler-Palacín, P. (2020). Inmunodeficiencias primarias. En: AEPap (Ed.). *Congreso de Actualización Pediatría 2020*. (pp. 311-320). Madrid. Lúa Ediciones 3.0.
- Yancik R. (1997). Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview. *Cancer*, 80, 1273-1280.

Capítulo 9. Actividad física en el adulto mayor

Magdalena Soledad Chavero Torres¹

Introducción

El colectivo de adultos mayores se incrementa día a día a nivel mundial, imponiendo retos y desafíos a las ciencias sociales principalmente aquellas que atienden la salud, a fin de que en la etapa de vida la población mayor de 60 o 65 años (en países en vías de desarrollo o desarrollados respectivamente), logren disfrutar los últimos años de vida. El proceso de envejecimiento en las diferentes especies incluyendo la del ser humano, se caracteriza por iniciar al momento de la concepción de manera progresiva, ocasionando cambios que con el paso del tiempo producen un efecto negativo en el funcionamiento del organismo de tal manera que el envejecimiento ha sido descrito como un proceso universal, individual, heterogéneo e irreversible; determinado por factores genéticos y ambientales.

A la par del concepto de envejecimiento se han desarrollado términos como envejecimiento activo, propuesto en 1990 por la Organización Mundial de la Salud 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” (Organización Mundial de la Salud, 2020, parr. 1). El concepto de envejecimiento activo. 1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Monterrey, N.L., México

vo se modificó en la II Asamblea Mundial de Envejecimiento y en el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Intergeneracionalidad (Cordeiro, 2012), debido a la creación del Índice de Envejecimiento Activo orientado a la contribución del desarrollo de políticas públicas a favor del desarrollo del bienestar de los adultos mayores en las dimensiones de empleo, actividad y participación social, modo de vida autónomo, independiente y seguro y capacidad para un envejecimiento saludable; lo que conlleva a mejoras de la economía y la sociedad.

Actividad física en los adultos mayores

La inactividad física es un importante problema de salud pública, debido a que es la causa de un 6-10% de las principales enfermedades no transmisibles como enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, y cánceres de mama y colon (Saito et. al., 2018). Si bien es se recomienda que desde la niñez se realice actividad física y que esta permanezca a lo largo de las diferentes etapas de la vida, al llegar a la edad de adulto mayor se identifican los beneficios que representa la práctica este estilo de vida saludable a nivel físico, mental y emocional. Considerando que los cambios fisiológicos que se producen en cada persona por el proceso del envejecimiento son heterogéneos y que dependen de múltiples factores genéticos y del estilo de vida, la práctica de actividad física contribuirá a postergar las limitaciones físicas que conllevan a la dependencia de los adultos mayores, retrasando así el deterioro físico que se produce con la edad.

La actividad física beneficia a un envejecimiento saludable desde dos vertientes diferentes, primeramente, por los efectos fisiológicos y cognitivos que produce y debido a que un adulto mayor puede satisfacer mejor sus necesidades psicológicas y la percepción de bienestar mientras permanece físicamente activo (Herrera, Herrera-Mor, Pablos-Monzó, Chiva-Bartoll y Pablos-Abella, 2017).

La actividad física tiene un efecto positivo en los adultos mayores ya que además de prevenir enfermedades crónicas, tiene influencia en la prevención o reducción de la depresión clínica y los síntomas

depresivos a corto plazo (Torres, Gaibor y Pozo, 2020). Además la realización de actividad física potencia mejor las capacidades y habilidades físicas y a la vez potencia mayormente la motricidad física y gruesa en adultos mayores (Salazar y Calero, 2018).

Está demostrado que la práctica sistematizada de actividad física en el adulto mayor especialmente en el género femenino, contribuye a mejorar las habilidades y capacidades físicas para la motricidad fina y gruesa, con un programa aplicado por lo menos durante 4 meses. La mejora de estas capacidades físicas contribuirá a contrarrestar la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, que ocasionan la descoordinación y torpeza motriz características del proceso de envejecimiento (Salazar y Calero, 2018).

El beneficio del ejercicio en la población de edad avanzada produce efectos fisiológicos benéficos independientemente de la edad y el nivel de incapacidad; impactando en el estado de salud de adultos mayores aparentemente sanos, frágiles, mayores de 90 años y en aquellos con múltiples enfermedades (Ávila-Funes y García-Mayo, 2004).

En los adultos mayores frágiles la actividad física parece ser efectivo para mejoras en la salud y la funcionalidad. Y en este mismo orden de ideas se ha propuesto la práctica de actividad física como un estilo de vida importante para disminuir la fragilidad al mejorar la capacidad funcional, reducir el riesgo de caídas, beneficiar las habilidades del caminar y mantener el equilibrio, mejorar la capacidad cardiorrespiratoria y el desarrollo de la fuerza muscular.

Recomendaciones de actividad física

La práctica regular de actividad física es una forma económica y saludable para la prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular y el sedentarismo. Los programas de actividad física han demostrado ser una novedosa herramienta de prescripción para la prevención y el retraso de discapacidad, la disminución de los costos de atención médica y postergación de la mortalidad prematura. En el contexto del envejecimiento de la población, la reali-

zación de actividad física es considerada la intervención más efectiva para retardar la discapacidad y los eventos adversos relacionados con la fragilidad y el envejecimiento vulnerable.

El desarrollo de actividad física y ejercicio mejorarán la capacidad física funcional del adulto mayor favoreciendo la independencia, contribuyendo al buen funcionamiento cognitivo y al estado de salud general. Estudios realizados muestran que el ejercicio ha tenido resultados positivos principalmente en disminución de mortalidad por diferentes enfermedades y afecciones crónicas. La actividad física, como intervención individual, es un compuesto de gran importancia para la mejora de la capacidad funcional de las personas mayores frágiles, y el fortalecimiento muscular (Casas, et al., 2019).

Un pequeño cambio en la cantidad diaria de actividad física puede beneficiar extraordinariamente en la calidad de vida y salud del adulto mayor. El Colegio Americano de Medicina Deportiva (American College of Sports Medicine, ACSM), ha identificado la caminata como una de las actividades que más comúnmente realizan los adultos mayores y que esto contribuye de manera importante en su salud (Tolstrup, Christensen, Bogh, Boje y Langberg, 2018).

Se ha recomendado a los adultos mayores realizar actividad física moderada o ejercicios aeróbicos durante 150 minutos/semana, o actividad vigorosa durante 75 minutos/semana, y si se realizan de manera combinada se pueden desarrollar en sesiones de 10 minutos como mínimo, hasta cumplir con la cantidad recomendada. No es indispensable que la actividad física se realice de manera continua para que beneficie al organismo. Otra recomendación es realizar al menos 30 minutos de actividad física de baja a moderada intensidad con una frecuencia de 5 o más días a la semana (Durán, Sánchez, Valladares, Valdés y Herrera, 2017).

En este mismo orden de ideas se ha observado que la actividad física regular durante 10 semanas tiene efectos importantes para disminuir los síntomas de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores (Lok, Lok y Canbaz, 2017). Otra recomendación más, específica para los adultos mayores con patologías cardiovasculares recurren-

tes es incluir la rehabilitación cardiorrespiratoria. Indicando ejercicios variados, que tengan influencia sobre los distintos grupos musculares, los de movilidad para todas las articulaciones, los que emplean medios auxiliares, las marchas, los respiratorios y los de relajamiento; las caminatas, la gimnasia y actividades recreativas (Meléndez, Camero, Álvarez y Casillas, 2018).

Resiliencia y actividad física

La resiliencia ha sido descrita como la habilidad de hacer frente a la adversidad, permitiendo al ser humano, en este caso a las personas mayores, a sentirse satisfechos con la vida a pesar de las dificultades que enfrenten. Se ha identificado que la resiliencia tiene componentes innatos y aprendidos, entre los que se encuentra la actividad física.

La práctica de actividad física en el adulto mayor tiene como objetivo mejorar el bienestar y la calidad de vida (Zurita, Espejo, Cofré y Martínez, 2016), a través de experiencias positivas, mejoras en la salud y el bienestar psicológico. El beneficio en el bienestar psicológico, ya que promueve experiencias positivas incrementando el nivel de optimismo y salud mental, lo que a su vez habilita a que en los momentos de estrés se incremente la resistencia hacia los efectos adversos; que como se sabe en la etapa del adulto mayor se incrementan. Así también la práctica de actividad física mejora el sentimiento de utilidad y satisfacción del adulto mayor debido a que, si se mantiene activo sentirá satisfacción al realizar actividades adicionales que contribuyan a que sea independiente de quienes lo rodean.

Se ha identificado que la falta de resiliencia está relacionada al síndrome geriátrico de fragilidad (Montaña-Álvarez, 2010), caracterizado por la pérdida involuntaria de peso ≥ 5 Kg/año, cansancio o agotamiento general, disminución de la fuerza muscular lo que esta relacionado a un mayor riesgo de caída. A lo anterior se añade la definición por consenso como “síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la

vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte” (Ng, Feng, Nyunt, Larbi y Yap, 2014).

A este síndrome se le pueden unir otros como son el síndrome de inmovilidad, de caída y post-caída si el adulto mayor no aplica la resiliencia para evitar estas complicaciones relacionadas con la movilidad, pero esta también el síndrome de aislamiento social llevando así a una menor o nula participación en las actividades del entorno social. La práctica de actividad física en el adulto mayor no solo le brinda los beneficios a el de manera particular, sino que se da un beneficio sociales, económicos y sanitarios (Barrera-Algarín y Sarasola-Sánchez-Serrano, 2018).

Consideraciones generales en la prescripción de actividad física al adulto mayor

Se sabe que lo ideal es llegar a la etapa de adulto mayor con una buena calidad de vida que estará dada por estilos de vida saludables entre los que destacan una sana alimentación que permita un estado nutricional normal, la salud mental y la práctica de actividad física que incluya ejercicios funcionales.

El entrenamiento funcional está basado en la práctica de actividad física que incluye ejercicios que contribuyen a entrenar los músculos para trabajar juntos y prepararlos para desarrollar tareas habituales con mayor facilidad y sin lesiones; mejorando el equilibrio, la estabilidad y fuerza de la persona, que en el adulto mayor contribuirá al buen desarrollo de las actividades básicas y de la vida diaria, minimizando el riesgo a las lesiones. El entrenamiento funcional se desarrolla de manera personalizada e incluye un circuito de ejercicios. Sin embargo, antes de iniciar cualquier programa de actividad física es importante que se valore la capacidad física funcional del adulto mayor para identificar si existen limitaciones que deberán de considerarse para la prescripción de los ejercicios, así también para tener el punto de partida y medir las mejoras que produce la práctica de la actividad física.

La valoración de la capacidad física del adulto mayor deberá de hacerse por el experto, el licenciado en organización deportiva o de la cultura física; quien aplicará pruebas físicas para determinar de manera directa la capacidad física funcional del adulto mayor. Entre las pruebas físicas están la Batería Senior Fitness Test desarrolla por Rikli y Jones (2013), que miden fuerza y flexibilidad de tren inferior y superior, resistencia aeróbica, agilidad y equilibrio dinámico; a través de 6 pruebas que son: sentarse y levantarse de una silla, flexiones de codo, dos minutos de marcha, flexión de tronco en silla, juntar las manos tras la espalda y levantarse, caminar y volver a sentarse. Si bien no es la intención describir cada una de las pruebas la finalidad de mencionar las que incluye la Batería de Seniors Fitness Test, es que el lector tenga una idea de que en estas 6 capacidades físicas del adulto mayor podrá evaluar los beneficios de los ejercicios funcionales.

Otra prueba física que puede aplicarse para evaluar la funcionalidad del adulto mayor es la escala de Tinetti de la marcha (7 pruebas) y el equilibrio (9 pruebas), enfocada a determinar lo que puede o no realizar el adulto mayor respecto a la movilidad, estableciendo en base a una puntuación la determinación del riesgo a caída (Tinetti, 1986).

Una vez realizada la valoración física funcional del adulto podrá determinarse el objetivo del programa de actividad física del adulto mayor. El programa de entrenamiento puede incluir diversos tipos de ejercicios, cuidando la intensidad con la que se llevan a cabo y evitando posiciones permanentes. Además de vigilar los ejercicios que comprendan la cabeza y tronco, evitar ejercicios rápidos y movimientos bruscos; ya que éstos están relacionados frecuentemente a lesiones.

Dar a conocer la importancia de la práctica de actividad física como parte de un estilo de vida saludable a la población en general, continuar insistiendo en mantener la funcionalidad de los adultos mayores a través del movimiento que requiere para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida; mejorará no solo la independencia funcional; sino también la calidad de vida y la función cognitiva.

Bibliografía

- Ávila-Funes J.A. y García-Mayo, E.J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México*, 140(4), 431-436.
- Barrera-Algarín E. & Sarasola-Sánchez-Serrano J. (2018). Impacto beneficioso de la actividad física sobre la autoestima y la situación social en las personas mayores. *Revista de Humanidades*, 34, 59-86
- Casas, A., Anton, I., Zambom, F., Sáez, M., Martínez, N. et al. (2019). Effect of a multicomponent exercise programme (VIVIFRAIL) on functional capacity in frail community elders with cognitive decline: study protocol for a randomized multicentre control trial. *Trials*, 20(362), 1-12.
- Cordero, P. (2012) 2012, año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional. *Humanismo y Trabajo Social*, 11, 101-117.
- Durán, S., Sánchez, H., Valladares, M., López A., Valdés, P. & Herrera, T. (2017). Actividad física y perfil de estilos de vida promotores de la salud en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 145 (12), 1535-1540.
- Herrera-Mor, E., Pablos-Monzó, A., Chiva-Bartoll, O. & Pablos-Abella, C. (2017). Efectos de la actividad física sobre la salud percibida y condición física de los adultos mayores. *Journal of Sport and Health Research*. 9 (1), 27-40.
- Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 92-98.
- Meléndez, I.C, Camero, Y., Álvarez, A. & Casillas L. (2018). La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor. *Enfermería Investiga*, 3(1), 32-37.
- Montaña-Álvarez, M. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos. *El Residente*, 5(2), 66-78.
- Ng T., Feng L., Nyunt M., Larbi A., & Yap K. (2014). Frailty in older persons: multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *J Am Med Dir Assoc*. 15 (9): 635-642.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Envejecimiento: envejecimiento saludable y capacidad funcional. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>

- Rikli, R.E. & Jones, C.J. (2013). Senior fitness test manual. Champaign. Human Kinetics.
- Saito, Y., Oguma, Y., Tajima, T., Kato, R., Kibayashi, R., Miyachi, M. & Takebayashi, T. (2018). Awareness of physical activity promotion, physical activity, and sedentary behavior in elderly Japanese. *J Phys Fitness Sports Med*, 7 (2), 113-119.
- Salazar, M. & Calero S. (2018). Influencia de la actividad física en la motricidad fina y gruesa del adulto mayor femenino. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 1-13.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 34(2):119–26.
- Tolstrup, R., Christensen, J., Bogh, C., Boje H. & Langberg, H. (2018). Physical activity monitors to enhance the daily amount of physical activity in elderly—a protocol for a systematic review and meta-analysis. Recuperado de: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-018-0733-6>.
- Torres, Á.F.R., Gaibor, J.A.G. & Pozo, D.I.L. (2020). Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *EmásF-Revista Digital de Educación Física*, (63), 22-35.
- Zurita F, Espejo, T., Cofré, C. & Martínez, A. (2016). Influencia de la actividad física sobre la resiliencia en adultos con dolor de hombro. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*;5(2), 53-58.

PARTE IV
MARCO SOCIOEMOCIONAL

Capítulo 10. La salud mental de las personas adultas mayores y su capacidad funcional, perspectiva gerontológica

Heriberto García Peña¹

Introducción

Los problemas en la salud mental de las personas adultas mayores (PAM) tienen consecuencias negativas en su capacidad funcional, deteriorando su calidad de vida y comprometiendo la meta gerontológica de vivir dentro de un proceso de envejecimiento saludable. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2018, párr. 1), afirma que, “Sin salud mental, no hay salud”, de ahí que, la intervención de la gerontología, tiene un impacto positivo en la salud mental de las PAM, favoreciendo su funcionalidad y su estado de bienestar, a través de estrategias con orientación preventiva y correctiva, las PAM reconocen y utilizan recursos ya probados en su larga vida y obtienen nuevos recursos, que serán necesarios al interactuar con múltiples factores de índole biológico, psicológico, emocional, ambiental y social, poniendo a prueba la fortaleza de su salud mental, esto se presenta de manera recurrente y hasta por momentos retadora.

Al respecto, la Pan American Health Organization [PAHO] (2020), afirma que, en gran parte de los países de las Américas, los servicios de salud para las PAM, son limitados y surge la denominada “brecha de tratamiento”, en tanto que, dos tercios de esta población con pro-
1. Construyendo Rumbos, A.C., Monterrey, N.L., México.

blemas de salud mental, no recibe el tratamiento necesario, se calcula que por lo menos uno de cada cuatro PAM, padecerá alguna depresión, ansiedad o demencia, siendo la depresión la que más se presenta en este segmento de la población. También, se acude tardíamente a su atención profesional, se estima que puede representar varios años la convivencia con su padecimiento, sin el adecuado diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, enfatiza que, “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (Naciones Unidas, 1948, p.18). Particularmente, en México, La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), en su artículo 4, declara el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud. Asimismo, La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, (2002) en su artículo 5, fracción III, protege a las PAM del derecho al bienestar mental y psicoemocional, con acceso preferente a los servicios de salud.

Por consiguiente, un buen estado de salud mental en la vida de las PAM, puede favorecer las condiciones de vida que permitan el aprendizaje, las relaciones que fomenten y mantengan, vínculos afectivos sanos con su red familiar y social, además, de la inclusión participativa y productiva en diversas actividades, ejerciendo su autonomía, es decir, la toma de decisiones; procurar y mantener el bienestar mental, es tarea familiar. De tal manera, de llegar a presentar la PAM algún problema de salud mental, es importante acudir oportunamente con un profesional, para su adecuada atención.

Situación demográfica y epidemiológica del envejecimiento y la vejez

Situación demográfica

A nivel mundial, continua reflejándose los efectos de la transición demográfica y epidemiológica, cada vez, aparece una mayor evi-

dencia estadística que pone al descubierto el impacto que representa este movimiento poblacional, el incremento del segmento de PAM como proporción de la población total, significa una serie de cambios en política pública y de salud, si bien es cierto, una gran parte de los países ha orientado diferentes tipos de recursos para afrontar este reto poblacional, a la fecha los esfuerzos realizados no han sido suficientes para garantizar una estrategia adecuada de atención y cuidados que acompañe el propio proceso evolutivo de envejecimiento de las PAM, que hoy en día, se caracteriza por vivir más años, pero con mayor carga de enfermedad, incluyendo las atribuibles a la salud mental, que pueden ser de base o secundarias a enfermedades crónicas degenerativas.

Acorde con lo anteriormente mencionado, la población mundial de PAM según Naciones Unidas (2018, párr. 4), registra 962 millones de personas de 60 años y más, lo que representa un 13% de la población mundial total, con una tasa anual de crecimiento del 3%. El comportamiento histórico y la proyección a futuro, son contundentes en sus cifras, veamos, en 1900 se reportó 500 millones de PAM y en 1990 se incrementó a 900 millones PAM, con respecto a la proyección para el 2050 se espera una población mundial de PAM de 2,100 millones y para 2100 sería de 3,200 millones. A la fecha, una persona de 60 años puede llegar a vivir 20 años más, acumulando 80 años de existencia, la misma fuente proyecta que, el grupo de 80 años se triplicara en poco más de 30 años.

Por otra parte, en México, las cifras del censo poblacional 2020, publicadas por Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021, p. 6), confirma la transición demográfica, reflejándose en la pirámide poblacional al registrar una disminución en el segmento de niños y adolescentes, que es correspondido por un incremento en la población de PAM que alcanza ya, el 12% de la población total, superior al 9.1% reportado en el 2010, es decir 15.1 millones de PAM. Cabe señalar, que la Encuesta Intercensal 2015, en INEGI (2016) reportó en México 12.4 millones de PAM de 60 años, lo que representa un 10.4% de la población total (p.1). El escenario demográfico aquí presentado, da contexto y sentido de urgencia para actuar de manera pronta y responsable en lo referente a la salud mental de las PAM, a la luz del incremento sostenido de este segmento de la población.

Epidemiología del envejecimiento

El estudio de la epidemiología con respecto a las PAM, precisa señalar que, es determinada principalmente por dos aspectos fundamentales, el primero proveniente de la transición demográfica que impacta a la pirámide poblacional y el segundo tiene que ver con el proceso de envejecimiento, el cual es natural e inherente a la evolución del ser humano, particularmente destaca dentro del perfil epidemiológico la disminución de las enfermedades infecciosas y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, es decir, se vive más pero con la presencia de enfermedad, incluso incurriendo en la polipatología.

En este sentido, es necesario, no enfocarse solo en las enfermedades crónico degenerativas, si bien es cierto que, la atención sobre los síndromes geriátricos es primordial, para fines epidemiológicos, habría que ir más allá y conocer el impacto que tiene la presencia de la enfermedad en la capacidad funcional de la PAM y como consecuencia en su nivel de dependencia. Por tanto, es muy recomendable tener una visión con perspectiva del ciclo vital y de la funcionalidad de las PAM al estudiar la epidemiología del envejecimiento y la vejez.

Por lo que se refiere al panorama internacional de la salud mental de la población en general, los principales trastornos mentales reportados por Sullivan, Daly y O'Donovan en 2012, son trastorno de ansiedad con prevalencia de un 28%, depresión con una prevalencia de 17%, dependencia y abuso de sustancias de entre 5 - 20% y el trastorno de déficit de atención con 8%. (citado en Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018, p. 2); según la OMS en 2011 el 33% de los años con discapacidad que viven las personas, corresponde a los trastornos mentales (citado en INCYTU, 2018, p. 1), en este sentido, Sullivan et al. en 2012, afirman que las causas principales de discapacidad provienen de la depresión, de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, de la esquizofrenia y del trastorno bipolar, además, se estima que la depresión será la primera causa de disminución de vida saludable en los países desarrollados para el año 2030 (citado en INCYTU, 2018, p. 1).

En relación con la salud mental de la población en general en México y de acuerdo a datos del INCyTU (2018), se reportó que un 17% de la población en México, registró al menos un trastorno mental, agrega que, una de cada cuatro lo experimentará al menos una vez en su vida.

Entre los grupos vulnerables y de mayor riesgo se ubica a las familias en situación de violencia, las PAM y los migrantes, también en aquellas regiones donde su población ha sido víctima de desastres naturales y violencia generalizada derivada de los grupos delincuenciales. Lo anterior tiene efectos directos en la capacidad funcional de las personas que padecen algún problema de salud, acorde con lo anterior el INEGI (2021), reportó en el censo 2020 que en México, un 11.1% de la población presenta algún tipo de limitación para realizar alguna actividad de la vida diaria, un 4.9% tiene discapacidad y un 1.3% tiene algún problema o condición mental.

Ahora, en relación al segmento de las PAM, los problemas mentales con mayor presencia se ubican en tres grupos de acuerdo a Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra- Escobar (2016), estos son trastornos neurocognitivos mayores (demencia-alzheimer), problemas afectivos o del ánimo (depresión y ansiedad) y desórdenes del sueño.

En este sentido, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento, [ENASEM] (INEGI, 2018), reporta en la población de 50 años y más que, un 30.6% de las personas registró 5 o más síntomas depresivos entre los que se encuentran: se sintió deprimido, sintió que todo lo que hacía era un esfuerzo, sintió que su sueño era intranquilo, se sintió infeliz, se sintió solo, sintió que no disfrutaba de la vida, se sintió triste, se sintió cansado, y sintió que no tenía mucha energía, un 21.9% son del género masculino y un 37.1 del género femenino, además un 5.6% de la población reportó que su memoria es mala y se integra en, grupo de edades de 50 a 59 años con un 3.3% y el de 60 y más con un 7.8% (INEGI, 2018).

Por otro lado, de acuerdo a la OMS (2017), 6.6% de la discapacidad de las PAM se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso, lo que representa un 17.4% de los años vividos con discapa-

cidad. En cuanto a los trastornos de ansiedad, afectan al 3.8% de las PAM y los problemas de abuso de sustancias se ubican cerca del 1%, destacando que, este tipo de problemas no se diagnostiquen o se haga erróneamente. Con respecto a la demencia, se estima que a nivel mundial 47.5 millones de personas la padecen, con expectativa para el año 2030 de 75.6 millones y para el 2050 alcanzaría 135.5 millones de PAM, la gran mayoría corresponde a residentes de países de ingresos bajos y medianos. En el tema de problemas del sueño, según ENASEM (INEGI, 2018) la población de 50 y más en el 46.6% de las mujeres y 32.4% de los hombres afirmaron tener dificultad para quedarse dormidos.

Perspectiva gerontológica y su contribución a la salud mental de las personas adultas mayores

El enfoque gerontológico que asume el presente trabajo, permite conocer la contribución al bienestar de la salud mental de las PAM y por consiguiente a su capacidad funcional, para Fernández Ballesteros (2000), la gerontología tiene una orientación interventiva, su propósito básico es mejorar las condiciones de vida de las PAM, a través de las áreas socioculturales y ambientales, por consiguiente, la gerontología, estudia de manera interdisciplinaria el proceso de envejecimiento, la vejez y a su protagonista la PAM, desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, con una fuerte tendencia hacia la calidad de vida y con una clara propuesta del concepto de vejez positiva, así que, podemos advertir que, la capacidad funcional y calidad de vida tienen una mezcla íntima en el proceso de envejecimiento y vejez.

En este sentido, La Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2003, p. 14), establece que “la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal”. Lo anteriormente dicho, se logra mediante el diseño de estrategias, utilizando programas, técnicas y herramientas, que beneficien los diversos ámbitos de la vida de las PAM, el efecto de estas acciones se reflejan positivamente dentro de los determinantes de la salud mental.

Además, afirma Lang, Resch, Hofer, Braddick y Gabilondo (2010), que en la promoción y prevención de la salud mental de las PAM, la participación activa y solidaria de la familia y de su red social íntima es fundamental, pero también, de otros factores de protección tales como, estilos de vida saludables, de un medio ambiente que ofrezca seguridad y fomente la participación activa en la comunidad, también es necesario enfocarse en la prevención de la soledad no deseada, así como del aislamiento social, los beneficios derivados de estas acciones, no solo impactan en el bienestar mental de las PAM, sino también al bienestar físico, adicionalmente, la implementación de acciones enfocadas a erradicar el edadismo o la discriminación por edad.

En suma, la contribución de las intervenciones de la gerontología social, son para mejorar las condiciones de vida de las PAM en lo biopsicosocial y con enfoque de ciclo vital, para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2017), el concepto de persona mayor sana, se logra mediante la ausencia de enfermedad, la capacidad funcional conservada, ser independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la ausencia de enfermedad mental y de problemática social.

Con el fin de mostrar de manera breve y concreta la participación de la gerontología social, se presenta datos de (ENASEM 2018), es el porcentaje de la población de 50 y más años de edad según participación en distintas actividades de uso del tiempo, se puede observar que solo un 6.7%, de la población estudiada asiste al deportivo o club social, el 10.8% realizó voluntariado o apoyo civil, un 12.4% asistió a cursos, pláticas o clases y un 16.0% jugo cartas, domino, juegos de mesa o ajedrez, en estas actividades, los resultados son bajos si se considera que estas cuatro actividades van directamente a mejorar la dimensión, física, la social y estimular el área cognitiva y emocional de las PAM, por lo tanto, la intervención de la gerontología social tendría como propósito incrementar la participación en estas actividades y disminuir el uso de ver TV 85%, para disminuir el sedentarismo, estas acciones se consideran preventivas en la salud física y mental, además de fortalecer la capacidad intrínseca (ver Tabla 1).

Tabla 1. Uso del Tiempo. Porcentaje de la población de 50 y más años de edad según participación en distintas actividades de uso del tiempo.

Concepto	%
Ver TV	85.0
Hablar por teléfono/enviar mensaje/usa web	79.3
Mantenimiento del hogar/reparación/jardinería	58.9
Lee libros/revistas/periódicos	51.5
Cuida a niños menores de 12 años	28.0
Cose	26.4
Hace crucigramas/rompecabezas/juego de números	20.8
Cuida a un adulto	19.6
Juega juegos de mesa (cartas/domino/ajedrez)	16.0
Asiste a cursos/platicas/clases	12.4
Voluntariado/apoyo civil	10.8
Asiste a deportivo/club social	6.7

Fuente: Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Nota: %= porcentaje

La salud mental y su relación con la capacidad funcional de las personas adultas mayores

Importancia y concepto de salud mental en las PAM

Las PAM que gocen de una buena salud mental, física y con redes de apoyo familiar y social, tendrán mayores recursos para enfrentar las adversidades propias de su trayecto de vida, además, ante la presencia de alguna crisis, sus posibilidades de vivirla y superarla aumentan, de acuerdo a las OMS (2018, párr. 3), la salud mental es algo más que discapacidades mentales o trastornos mentales y está determinada

por diversos factores, los biológicos, psicológicos, sociales, económicos y medioambientales, por lo tanto, define a la salud mental como:

Un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Por otro lado, la salud mental de acuerdo a la Ley General de Salud de México en su Artículo 72, declara que:

Se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

En síntesis, las definiciones presentadas de salud mental coinciden en la relevancia que tiene en la vida de las personas, en particular de las PAM, el adecuado despliegue de las funciones cognitivas, conductuales y emocionales, perfilando así, un escenario de bienestar durante su proceso de envejecimiento, vivir la vejez acompañada de una buena salud mental, tiene grandes beneficios para su capacidad funcional, que le permitirá tener interacciones intrapersonales e interpersonales saludables, sin embargo, no todo es así, en el segmento de las PAM, existe un sector que padece algún problema o trastorno mental, según datos epidemiológicos presentados en el tema anterior dan orden de magnitud sobre la problemática en cuestión, por tanto, y de acuerdo a las OMS (2018), la protección, el cuidado y restablecimiento de la salud mental representa una preocupación para las personas, familias, comunidades y gobiernos de todo el mundo.

Determinantes de la salud mental en las PAM

Dentro de los determinantes se ubican factores de riesgo y protectores, básicamente se refiere a los personales o individuales, sociales, ambientales, económicos, según afirma INCyTU (2018), además refiere que los trastornos mentales son el resultado de una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales como consecuencias de las experiencias vividas y estilos de vida adoptados. En el caso particular de las PAM, los factores que fortalecen su salud mental, según la Guía Práctica en Salud Mental y Prevención del Suicidio para Personas Mayores [GPSMPAM], (2019), son realizar y mantener actividades sociales, la participación en actividades comunitarias de la sociedad civil, participar en actividades significativas y placenteras, las actividades físicas, como caminar de manera habitual, buscar y mantener roles satisfactorios y gratificantes, practica de la religión y la espiritualidad, así como también, disfrutar del tiempo al aire libre.

Por otro lado, Lang et al., (2010), considera que, los factores determinantes en las PAM corresponden a diversos planos, en el individual o intrapersonal, se contempla el autoestima, la salud física, los estilos y las experiencias vividas, así como su nivel de resiliencia, por otra parte, en el plano interpersonal, las interacciones con su red familiar y social, además del funcionamiento cotidiano dentro de su comunidad, con respecto al plano de la sociedad, básicamente se considera a las políticas sociales, las estructuras y los recursos disponibles y orientados a este sector, finalmente, en el plano cultural se reconoce a la equidad, la valía, la tolerancia y el tema de las diferencias.

Señales de alerta y riesgo en salud mental en las PAM

En cuanto a las señales que alertan sobre algún problema de salud mental, de acuerdo a la GPSMPAM (2019), se identifican varios cambios en el comportamiento de las PAM, que pueden significar señales de alarma, estos pueden ser, el aislamiento social, quejas recurrentes por olvidos, alteraciones en el sueño, exceso de preocupaciones en torno a la enfermedad y la muerte, episodios de ansiedad de inicio reciente,

abandono en el cuidado personal y dejar de alimentarse, es importante que la familia y su cuidador, en el caso de tenerlo, estén atentos a estas señales y acudan con los profesionales indicados para su oportuna y adecuada atención, hay que recordar que, se diagnostica tardíamente, además de la subclínica, lo que ocasiona que las PAM viva durante años padeciendo los síntomas sin recibir intervención profesional ya sea psicoterapia o farmacológica, según se requiera.

Además, existen condiciones que incrementan el riesgo en las PAM de presentar un problema de salud mental, por ejemplo, el padecimiento de una enfermedad crónica, algún diagnóstico reciente de una enfermedad como cáncer, los ingresos al hospital prolongados y recurrentes, cambios frecuentes de lugar de residencia, vivir una condición de maltrato, duelo de un ser querido menor a un año, viudez reciente, ser cuidador responsable de una personas en situación de dependencia, así como la dificultad en la adaptación a su jubilación, de igual manera, se recomienda al círculo íntimo de la PAM estar atento y facilitar la gestión profesional oportuna, hay que tomar en cuenta que este segmento de la población se considera vulnerable.

Conducta anormal principales problemas y trastornos mentales en las PAM

¿Qué es una conducta anormal?, de acuerdo a Nevid (2011), determinar la conducta anormal representa una tarea compleja, presentar una conducta puede considerarse normal en ciertas circunstancias y anormal en otras, es decir, en ciertas ocasiones la persona experimente ansiedad o profunda tristeza que es reactiva a un evento identificado y apremiante, sin embargo, la conducta puede no ser anormal, dicho lo anterior los criterios establecidos y la combinación de estos, identifican a la conducta anormal estos son, el comportamiento inusual, la desviación social, el sufrimiento emocional, la conducta inadaptada, la peligrosidad y las falsas percepciones o interpretaciones de la realidad. Asimismo, el establecimiento de modelos como el médico, el psicológico, el sociocultural y el biopsicosocial facilitan el estudio de la conducta anormal.

Dicho lo anterior, los principales padecimientos en salud mental que experimentan las PAM, según Tello-Rodríguez et al., (2016) son los trastornos afectivos, trastorno neurocognitivo y problemas de sueño y vigilia, de acuerdo a los Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5, de la Asociación Americana de Psiquiatría [DSM5] (2013), los trastornos afectivos incluye a los trastornos depresivos y el trastorno de ansiedad, con respecto a la demencia la mayor parte son casos de alzheimer y se ubica dentro de los trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de alzheimer, cabe señalar que, hay otras clasificaciones dentro de este manual que pueden relacionarse con los trastornos ya mencionados, entre estos, pueden ser los problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, duelo no complicado, maltrato, abuso y negligencia, violencia sexual, problemas de vivienda y económicos, problemas con el entorno social, personales o ambientales.

Ahora bien, en el caso de la depresión, como se mencionó a nivel general de trastornos mentales, su etiología puede ser diversa, fisiológica, psicológica, social genética, de igual modo para Lang, et al., (2010), los factores de riesgo pueden ser, físicos como el dolor, alguna discapacidad, ejemplo visual, derrames cerebrales y alguna otra limitación funcional, por el lado social seria la soledad y falta de apoyo, además la percepción de recibir cuidados inadecuados, también las recientes pérdidas de seres queridos o eventos negativos dentro de su red íntima de contacto.

Acorde al Informe Mundial sobre El Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), es importante señalar que, con frecuencia se presentan juntas la depresión y la ansiedad, también estos dos trastornos afectivos se repiten durante la vida de una persona adulta y de una PAM, que se ubica dentro de una población vulnerable a estos padecimientos.

Por lo que respecta al trastorno neurocognitivo en la PAM, que comúnmente la población se refiere a demencia, pues bien, de acuerdo a OMS (2015), dentro de este rubro, el tipo más común es la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular, es un trastorno que afecta las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento, además perjudica la capacidad de la PAM

la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales, es decir, amnesia, afasia, agnosia y apraxia. En realidad, este trastorno no se deriva de manera natural por envejecer, tampoco se considera que es inevitable o inherente al envejecimiento del ser humano, por otro lado, cabe señalar las serias consecuencias a nivel personal, familiar, social y económico.

Opciones de tratamiento en problemas de salud mental en las PAM

En lo que respecta al tratamiento, existe básicamente dos opciones para los problemas y trastornos de la salud mental, uno de ellos es la psicoterapia con sus diferentes enfoques y el otro farmacológico que atañe a la médico psiquiatra, en este mismo sentido, Nevid (2011), describe a la psicoterapia como un tipo de tratamiento psicológico cuyo propósito es ayudar a las personas a entender, comprender y solucionar sus problemas cognitivos, conductuales y emocionales, mediante el intercambio verbal siguiendo un modelo clínico establecido y llevado a través de sesiones programadas según tratamiento. Importante señalar la participación de la psicogerontología, considera el ciclo vital humano y con labor preventiva en el funcionamiento cognitivo, entre otros aspectos dentro de su evaluación.

Entre los principales tipos de psicoterapia se encuentran la cognitiva conductual, el psicoanálisis o psicodinámico modernos, la humanista y gestalt, además de la terapia familiar y la psicoterapia breve sistémica, estos dos enfoques consideran durante el proceso terapéutico las intervenciones necesarias que incluyen al sistema donde interactúa la PAM, esto es familia, cuidadores y círculo social más cercano. Adicionalmente, es muy recomendable a la hora de hacer intervenciones profesionales, contar con los suficientes conocimientos técnicos, conceptuales y humanos sobre el proceso de envejecimiento, vejez y aproximarse lo más posible a lo que significa la vida de una PAM.

Con relación a la opción farmacológica, según Nevid (2011), este tipo de tratamiento se contempla y se prescribe cuando algunos

problemas mentales o trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad, entre otros, presentan irregularidades en el funcionamiento de los neurotransmisores en el cerebro, es decir, estos neurotransmisores son los encargados de llevar los impulsos nerviosos de una neurona a otra, en el caso de los trastornos señalados, su funcionamiento irregular requiere de tratamiento farmacológico con el propósito de regular los estados de ánimo y los procesos de pensamiento, aquí se contemplan a los antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos principalmente. Cabe destacar que el tratamiento farmacológico debe de ser prescrito por un médico psiquiatra, con base en una historia clínica que arroje el diagnóstico y su correspondiente medicación, se requiere seguir las indicaciones y dosis señaladas, así como asistir a sus citas de evaluación médica y en su caso atender por el paciente los ajustes a tratamiento indicados, de suma importancia es el no automedicarse, así como no suspender la medicación sin la supervisión de su médico.

Capacidad funcional

La capacidad funcional según la OMS (2015), incluye a los atributos relacionados con la salud de la PAM, que le permitan ser y hacer lo que es importante para ella, es decir ejerciendo su autonomía, de acuerdo a la OMS (2016, p. 30), tomar decisiones representa un elemento esencial para el bienestar de las PAM, con influencia positiva en su dignidad, su integridad, su libertad y su independencia, así pues, la capacidad funcional, se compone de “la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características”. Además, la capacidad intrínseca incluye la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que posee una persona, por otro lado, el entorno tiene que ver con aquellos factores del mundo exterior y que forman el contexto de vida de una persona, desde el nivel micro hasta el nivel macro, iniciando por el hogar, la comunidad y la sociedad en general.

Por lo dicho anteriormente y conforme a la OMS (2015), este enfoque de capacidad funcional y capacidad intrínseca, va más allá de la

visión tradicional epidemiológica de la salud de las PAM, en donde se limitan a la enfermedad y muerte, restando nulo o muy poca información sobre estas capacidades, que predicen mejor los resultados positivos en la vejez que la presencia y análisis de una sola enfermedad, incluso ante la polipatología. También, la capacidad funcional es cambiante durante el trayecto de la vida, es determinado por múltiples eventos cotidianos, provenientes de factores de índole social, físico y mental, es así, que la salud mental de las PAM tiene una directa relación con la capacidad funcional.

Incluso la pérdida de capacidad funcional derivada de problemas de salud mental, puede llegar en algunos casos a provocar mayores niveles de incapacidad, en comparación a enfermedades de orden físico, así lo refieren diversas fuentes. Es importante señalar que, condiciones sociodemográficas con limitaciones y la presencia de enfermedades crónicodegenerativas en situaciones de semidependencia o dependencia, pueden condicionar problemas en la salud mental de las PAM, por lo tanto, es evidente la relación directa de salud mental y capacidad funcional, una PAM con goce de salud mental, favorece la capacidad funcional, incluso si esta persona padece alguna limitante o incapacidad física que no le permita vivir en una condición de independencia. Por consiguiente, dedicar esfuerzos y recursos al estado de salud mental a través todo el ciclo vital de la persona, incluyendo la vejez, le permite prevenir y corregir problemas con intervenciones oportunas y adecuadas, permitiendo el desarrollo, protección y mantenimiento de la capacidad intrínseca en su parte mental y así fortalecer directamente a la capacidad funcional, la cual es tarea esencial del envejecimiento saludable.

Envejecimiento saludable: condición de vida que contribuye a la salud mental de las personas adultas mayores

Vivir la etapa de vejez, no es sinónimo de dependencia, el concepto de envejecimiento saludable se define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar

en la vejez” (OMS, 2015, p.30). La capacidad funcional ya fue tratada en el tema anterior y da cuenta de la relevancia que representa dentro de la vida de las PAM, de manera que, llevar un proceso de envejecimiento saludable, puede significar para la PAM un estilo de vida con gratificaciones significativas en su capacidad intrínseca compuesta de la salud física y mental, esto es que, la capacidad funcional básicamente es determinada por la capacidad intrínseca, por tanto, intervenciones gerontológicas enfocadas al envejecimiento saludable, fortalecen la salud mental, favoreciendo así, la funcionalidad de las PAM.

Acorde con lo anterior, profundicemos en el concepto de la capacidad intrínseca, está conformada por la herencia genética, las características de salud (física y mental) y las características personales, para la OMS (2015), en la genética, la expresión de los genes puede sufrir alteraciones en la vida uterina y por exposiciones en el entorno, así como los hábitos adoptados, por otro lado, en las características de salud, a medida que las personas envejecen experimentan una disminución general de las reservas fisiológicas, a consecuencia de la acumulación gradual de los daños moleculares y celulares, estos procesos son inevitables y son diferentes entre personas de igual edad cronológica, algunas de estas características son, los cambios en las homeostasis, enfermedades y lesiones, cambios fisiológicos y síndromes geriátricos de mayor amplitud.

Luego, las características personales son importantes dado que, apoyan las interacciones dentro del ámbito social en un contexto y momento de vida determinado, además, definen las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos a que se enfrentan, dentro de estas características se encuentran el sexo de la persona, religión, ocupación, nivel de escolaridad e ingreso económicos o posesión de riqueza.

En concreto, para lograr el envejecimiento saludable se tienen dos opciones, una es la de fomentar y mantener la capacidad intrínseca y la otra el respeto a su autonomía, es de decir, facilitarle a la PAM hacer las cosas que son importantes para ella. Pues bien, ¿qué hacer para fortalecer y mantener la capacidad intrínseca de la PAM?, ¿Y el ejercicio pleno de su autonomía?, en consecuencia, es importante entender en que indicador se puede observar el resultado de estos dos esfuerzos.

En principio, se propone como punto de partida llevar a la acción las estrategias de intervención gerontológicas identificadas en trabajo previo, que conduzca a vivir un proceso de envejecimiento saludable, que tenga impacto positivo en la capacidad intrínseca, con énfasis en la parte mental, el efecto de esto se tendrá en el mantenimiento y fomento de capacidad funcional permitiendo así el bienestar en la vejez, “el término bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización” (OMS, 2015, p.31), por lo tanto, se tomará el indicador de satisfacción con la vida con el fin de especificar el tema en cuestión.

De acuerdo a GPSMPAM (2019), se recomienda en las intervenciones para fortalecer y mantener la capacidad intrínseca de la PAM, considerar y ser incluidas las actividades familiares y sociales, tener amigos y convivir, igualmente la participación en temas de apoyo a la comunidad, actividad física placentera, la práctica de alguna religión, en este caso, se observa una práctica establecida en las PAM, que es, orar en forma individual y cotidiana, además tomar en cuenta los beneficios de disfrutar tiempo al aire libre. De igual manera Lang, et al. (2010), incluye las actividades ya mencionadas por GPSMPAM (2019), solo que las clasifica en cuatro planos, el intrapersonal, interpersonal, social y cultural.

Derivado de lo anteriormente expuesto, nos lleva a continuar con el envejecimiento saludable siguiendo el marco de la calidad de vida, es preciso recordar que la tarea fundamental de la gerontología es mejorar las condiciones de vida de las PAM, al respecto Salmerón, Martínez de Miguel y Escarbajal (2014), comenta que en la etapa de vejez, en la actualidad se está dando una mayor importancia a la calidad de vida de las PAM, incluso representa la meta gerontológica más buscada y valorada. De igual modo para Aguilar, Alvarez y Lorenzo, (2011), el concepto de la calidad de vida incluye tres puntos relevantes el primero la alusión a la relación del individuo con su vida, el segundo una consideración multidimensional de factores que integran al ser humano y la tercera de refiere a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida.

Habría que decir también, que el impacto del edadismo o discriminación por edad, afecta el bienestar mental de las PAM, y demerita los esfuerzos para lograr un proceso de envejecimiento saludable, según García (2020), atenta contra la dignidad de la PAM, disminuye sus capacidades personales y de salud, es decir la capacidad intrínseca, las consecuencias se pueden observar a nivel personal, familiar, social y laboral, en este sentido, la misma fuente afirma que, la sociedad requiere educación sobre el proceso de envejecimiento y conocer el significado de la etapa de vejez, con el fin valorar y apreciar lo que representa la vida de una PAM.

Finalmente, se propone adoptar permanentemente, la visión de una vejez positiva, representa ventajas importantes en lo que se refiere a la salud mental de las PAM y su capacidad funcional, el desarrollo del presente trabajo puede dar aval de tal afirmación. En concreto, una vejez positiva requiere, de acuerdo a García (2020), del respeto a derechos de la PAM, educación en el proceso de envejecer y conocimiento de sus implicaciones, que lleve a la aceptación de lo que significa, el proceso de envejecer, la etapa de vejez y vivir como PAM, esto incluye a la propia PAM, a su familia y sociedad en general, esperando que, los resultados se reflejen en el pensar, sentir y actuar a la hora de tener interacciones con las PAM, en este sentido, se podrá observar una tendencia a la baja del edadismo, en consecuencia, mayor inclusión e igualdad.

Igualmente, es necesario reconocer atributos de la vejez positiva, que son olvidados o desconocidos y que también están presentes en la vida de las PAM, por ejemplo, se puede vivir con salud, se despliega sabiduría, se goza de una vida digna, se disfruta de la satisfacción con la vida, se consideran útiles a la sociedad y se tiene un sentido de vida definido. En cambio, en relación a la visión de vejez negativa, esta incurre en todo lo contrario, no respeto a los derechos, sin educación al respecto, presencia de edadismo, exclusión y desigualdad, generando así, interacciones que dificultan llevar un proceso de envejecimiento saludable con las consecuencias ya señaladas, los atributos que generalmente identifican a la vejez negativa son, la vejez es sinónimo de enfermedad, representan un estorbo, apatía permanente, decrepitud permanente, so-

ledad sin solución y un estado de desesperanza sin alivio. En definitiva, una visión de vejez positiva en el ser humano a través de su ciclo vital, fortalece el bienestar mental de las PAM y de sus familias, con efectos positivos en la sociedad en general, la relevancia del envejecimiento saludable depende en gran medida de la participación conjunta para su consumación PAM, familia y sociedad en general.

Conclusión

En definitiva, existe una asociación entre salud mental y capacidad funcional en la vida de las PAM, de manera que, la presencia de afectaciones en el bienestar mental, compromete su funcionalidad en las actividades de la vida diaria, deteriorando su calidad de vida, no obstante, estrategias gerontológicas que lleven a la acción a la PAM a vivir dentro de un proceso de envejecimiento saludable, permitirá fortalecer la salud física y mental, es decir la capacidad intrínseca y así favorecer la capacidad funcional.

Por otra parte, los datos demográficos y epidemiológicos son elocuentes, dan orden de magnitud sobre la problemática en salud mental de las PAM aunado al incremento demográfico de este segmento de la población, por tal motivo el enfoque de capacidad funcional, ofrece información epidemiológica valiosa que predicen mejor los resultados positivos en la vejez, ponderar lo superávit sobre los déficit, sin desatenderlos. Además, la salud mental está determinada por factores, biológicos, psicológicos, sociales, económicos y medioambientales, lo que en determinado momento el déficit en alguno de estos atentaría el bienestar mental de las PAM, es importante seguir las recomendaciones ante las señales de alerta y riesgo de conductas anormales que se presenten, a fin de recibir atención oportuna profesional,

Por consiguiente, que vivir la etapa de vejez no es sinónimo de dependencia. La educación en el proceso de envejecer, el significado de la vejez y sobre las PAM, favorece las interacciones intergeneracionales, facilitando también el envejecimiento saludable, por tal motivo asumir el concepto de vejez positiva es apremiante, las ventajas aquí descritas

dan cuenta de las aportaciones al bienestar mental en las PAM, en principio la visión de vejez positiva debilita el edadismo, problema mayúsculo que atenta contra el bienestar mental. Otro aspecto fundamental, es el ejercicio de la autonomía.

Por último, las PAM que se apropien de una buena salud mental y de redes de apoyo familiar y social, tendrán mayores recursos para enfrentar las adversidades propias de su trayecto de vida, incluso ante la presencia de alguna limitación física.

Bibliografía

- Aguilar, J.M., Alvarez, J., & Lorenzo, J.J. (2011). Factores que Determinan la Calidad de Vida en las Personas Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología*, 1(4), 161-168.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 TM*. Arlington, VA. AAP
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (28 de mayo 2021). Publicada en el Diario Oficial de la Federación. México. 5 de febrero de 1917. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última reforma publicada DOF 28-05-2021. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_280521.pdf
- Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- García, H. (2020). Discriminación y vejez: la injusticia social del edadismo en el bienestar del adulto mayor. En: P.C. Cantú-Martínez, (Ed.) *Bienestar y Salud Social*. (pp.221-236). Monterrey, N.L. México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gobierno de Chile. (2019). *Guía Práctica en Salud Mental y Prevención de Suicidio para Personas Mayores*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/10/2019.10.08_Gu%C3%A1-Pr%C3%A1ctica-Salud-Mental-y-prevenci%C3%B3n-de-suicidio-en-Personas-Mayores_versi%C3%B3n-digital.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2017). *Informe 2016 Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidad Autónomas*. Recuperado de <http://www.imserso.es/In>

- terPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2016). Encuesta Intercensal 2015. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad.. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2018. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2018/doc/enasem_2018_pr_resentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). Censo de Población y Vivienda. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
- Lang, G., Resch, K., Hofer, K., Braddick, K., & Gabilondo, A. (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Wellbeing among Older. Luxembourg: European Communities. Recuperado de: <https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletinopm46.pdf>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (20 de mayo 2021). Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación. México. 25 de junio de 2002. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última Reforma Publicada DOF 12-07-2018. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_200521.pdf
- Ley General de Salud (1 de Junio 2021). Ley Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última Reforma Pública DOF 1 Junio 2021. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_150721.pdf
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Naciones Unidas (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Naciones Unidas. (2018). Envejecimiento. 4 de Abril de 2018. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

- Nevid, J. (2011). *Psicología Conceptos y Aplicaciones*. México. CENGAGE Learning.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU]. (2018). *Salud Mental en México*. Recuperado de https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Organización Mundial de la Salud (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). 69a. *Asamblea Mundial de la Salud. Acción Multisectorial para un Envejecimiento Saludable Basado en el Ciclo de Vida*: Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253025/A69_17-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Diciembre de 2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
- Pan American Health Organization. (2012). *Adultos Mayores y Salud*. Recuperado de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1167&Itemid=353
- Salmerón, J. A., Martínez de Miguel López, S., & Escarbajal, A. (2014). *Vejez, Mujer y Educación. Un Enfoque Cualitativo de Trabajo Socioeducativo*. Madrid. DYKSON.
- Tello-Rodriguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). *Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño*. *Rev Peru Exp Med Salud Pública* 2016 33(2), 342-350. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797021>

Capítulo 11. Adulto mayor y tanatología

Mireya del Carmen González Álvarez¹

Eduardo Guillermo Gómez Rojas²

Introducción

Las personas al llegar a la etapa de adulto mayor empiezan a reflexionar y a considerar la finitud, pensar la vida misma desde su límite y la posibilidad de ser ya que esta define su existencia en aspectos de multiplicidad, diversidad, multiplicidad y además buscando su trascendencia. Así mismo el hombre se ha cuestionado si solamente es cuerpo o es cuerpo y alma, siendo esta negada por diferentes filósofos entre los más destacados esta Nietzsche (Mainetti, 2018). Se ha cuestionado además el concepto de vida y de acuerdo con Santo Tomás de Aquino, quien no hace referencia a que la vida “la sustancia a la que conviene, según su naturaleza, moverse por sí misma, de cualquier modo, hacia su propia operación”. Se desprende de este concepto tres características que se mencionan a continuación: la sustancialidad, el movimiento y la operación propia de los seres. Lo inmortal en nosotros es el movimiento más que la sustancia, el movimiento puede cambiar,

1. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería, Saltillo, Coah., México

2. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Medicina, Saltillo, Coah., México.

pero no puede morir es lo que nos refiere Bachelard (1993), Además, no deja de lado el pensar en la muerte, pensar en lo impensable, siendo la muerte la gran interrogante, el dejar de ser (Aguayo, 1998). El hombre es un misterio ya nos decía el viejo Sófocles ante la tragedia humana Antígona “hay muchas cosas misteriosas, pero ninguna más misteriosa que el hombre”.

El adulto mayor posee características específicas de esa etapa evolutiva de la vida en la cual se hace más presente el pensamiento de la enfermedad y de la muerte, el hecho de presentar disminución en la funcionalidad de su organismo le acerca a la realidad del proceso de morir. Durante el desarrollo de las diferentes etapas de la vida la persona habitualmente permanece ajena al proceso de morir, eso es algo que le sucede a los demás nunca a él, pero a medida que sufre las pérdidas de las personas significativas para su vida entre ellas sus ascendientes y sus colaterales, continuando con los amigos y frecuentemente el cónyuge, llega a preguntarse ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?

La primera experiencia humana ante la muerte fue a raíz de descubrir al otro y saberse refrendado en él y por él compartiendo la existencia y la muerte del otro. La realidad de la cercanía de la muerte provoca un despertar de la conciencia, siendo esta y la angustia de la muerte prerrogativas humanas, la vida precaria emplazada entre un comienzo y un fin del adulto mayor, que de acuerdo a la información recabada en el transcurso de su vida podrá ser de una forma positiva apresurándose a realizar los logros que aún no ha conseguido, y así vemos que muchas personas en esta etapa de la vida cuando ya no tienen la ocupación que da la crianza de una familia o los horarios fijos de un empleo y pueden dedicarse realmente a sus hobbies a sus aficiones así como a sus deseos tales como el arte, los viajes , emprender estudios superiores en una edad avanzada aun cuando no exista la posibilidad de un segundo empleo o un desarrollo profesional.

Las personas mayores deciden por fin vivir lo deseado en años anteriores mientras estuvieron sujetos al cumplimiento de obligaciones familiares básicas y sociales y laborales ya que consideran en su mayoría, que han sobrevivido a esas etapas y aquellas personas que asumen

positivamente estas características de la etapa avanzada de la vida llegan a tener grandes logros y grandes satisfacciones personales, con lo cual aumentan su autorrealización ante la certeza de que el tiempo ya es limitado, y las personas que no se encuentran en esta situación comprenden la realidad de la cercanía del proceso de morir pudiendo presentar depresiones como pudieran ser la disminución o pérdida de la producción de dopamina, una sensación de hedonismo vs anhedonia y la falta ajustes en el proyecto de vida.

Todo lo anterior hace que esta etapa en el adulto mayor sea de angustia y sufrimiento ante los cambios que se avecinan, y así podrán reaccionar tratando de conservar la juventud a toda costa comportándose como el eterno adolescente, presentar una ira reprimida, una agresividad hacia las personas que aún conservan las características de la juventud, dentro de este aspecto existe mucho predominan las corrientes del consumismo, mercantilismo y utilitarismo, ya que la jerarquía de valores de la sociedad moderna privilegia los valores de juventud, salud y estética sobre otros valores que son más propios del adulto mayor como son: la sabiduría, la paz, la generosidad observando el gran desarrollo empresarial de la industria cosmética y las especialidades estéticas y regenerativas en la medicina moderna .

En la actualidad de ha considerado tres tipos de vejez según la clasificación de Berger (2009) y las cuales son: a). - La vejez cronológica caracterizada por cumplir 65 años, b). - la vejez funcional reflejándose en esta las limitaciones funcionales biológicas y mentales y c). - la vejez conocida también como etapa vital en la cual el adulto mayor se encuentra con limitaciones objetivas externas y las subjetivas de la persona, así como posee experiencia, madurez vial y juicio sereno.

Considerando el aspecto de las malas noticias Sigmund Freud nos hace referencia de que la propia muerte es inimaginable y que cuando lo intentamos hacer podemos observar, seguimos siendo meros espectadores y que además como excepción a lo anterior se encuentran las personas hipocondríacas. El temor a la enfermedad grave o terminal nos produce un síndrome de ansiedad ante la muerte, llamado tanatofobia (Gómez-Sancho, 2019). Dicho síndrome esta caracterizado por las

siguientes etapas: 1ª. temor a morir, 2ª. ansiedad por la muerte, 3ª. temor a sentirse avergonzado y perder la dignidad, 4ª. temor a dejar de ser o el temor a la nada.

Las personas en dicha situación de temor y ansiedad han manifestado su preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y de la muerte, anticipación del miedo a las alteraciones físicas en el proceso de morir, conocer la limitación del tiempo entre el nacimiento y la muerte, y de su paso por la vida, preocupación por el estrés y el dolor que acompañan a la incapacidad, enfermedad y muerte (Gómez-Sancho, 2019), en otros casos cuando ya la muerte está en proceso y se recibe la notificación de las malas noticias con términos que pueden ser hasta cierto punto un estigma, tales como insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, cáncer, etc. el adulto mayor se siente angustiado porque ahora sí el proceso de morir está en puerta, este tipo de diagnósticos acompañados de la percepción de una falla orgánica múltiple y en la época de la cual va progresando en la pérdida de personas allegadas tales como los amigos, los colegas de la misma generación, los vecinos los hermanos y en ocasiones el cónyuge, la estructura y funcionalidad tanto familiar como social del adulto mayor se sacude hasta las raíces.

La problemática se agrava puesto que nos preparamos para muchas cosas: tenemos escolaridad para laborar, pláticas prematrimoniales, escuela para ser padres, pero la mayor parte de la vida la basamos en las experiencias familiares y la vida laboral, pero el adulto mayor que tiene que dejar sus expectativas de lado, al permitir que los hijos abandonen la casa paterna por estudios trabajo o formar nuevas familias, y se afectan frecuentemente del llamado síndrome del nido vacío, especialmente las madres que permanecen mayor tiempo y centran más sus objetivos en el cuidado de los hijos .

Tales situaciones coinciden con el retiro laboral del cual no recibimos preparación y frecuentemente después del festejo de jubilación el adulto mayor se enfrenta a la realidad y a las interrogantes; ¿de qué hacer cada día? ¿qué hacer con su vida si lo enfoca positivamente y aprende nuevas habilidades se incorpora a nuevos grupos y tiene nuevas experiencias el pronóstico de esta etapa será bastante cómodo.

Pero sí la persona no visualiza en forma positiva este ajuste en el estilo de vida, no siendo capaz de crear un nuevo entorno y permanece anclado a sus recuerdos o vivencias familiares y laborales que ya no podrá actualizar, entonces empezará a vivir del recuerdo en el aspecto emocional. Si solamente se rodea de sus compañeros, excompañeros o de sus amigos que coincidan en el grupo etario la pérdida será mayor, pues en las reuniones solo se habla de tiempos pasados y la característica de la vida es el cambio.

La vida es un fenómeno que permite y se sustenta en el cambio continuo en el equilibrio que se tenga con el medio ambiente, siendo el proceso dinámico el que permite que el medio ambiente influya en el individuo como que el individuo interactúe con el medio ambiente. Cuando no tenemos una actualización periódica acerca de estas dimensiones el vivir se torna mayormente difícil y la idea del morir como tabú que ha sido durante toda la vida cobra su verdadera dimensión al llegar a la edad de adulto mayor.

La jubilación es una época que con júbilo podemos disminuir las actividades que no son de carácter obligatorias para poder emprender las actividades que son gratificantes, la salud física del adulto mayor si bien presenta algunas limitaciones en la funcionalidad puede siempre ser mejorada en base a la nutrición el ejercicio y el sueño. Asimismo, para el adulto mayor dentro del aspecto psicológico es indispensable tener una motivación, un por qué para continuar adelante ya que aquello que le era obligatorio ya lo ha cumplido, no en balde se denomina jubilación. Así podemos ver en culturas antiguas como el anciano que era el sabio respetado y de acuerdo con nuestros valores actuales no corresponde al perfil de juventud -salud -alegría ánimo por lo cual dificulta el tránsito social por esta etapa del desarrollo humano, por lo que abordaremos con mayor puntualidad los elementos que configuran estas ideas.

La persona humana dentro de sus dimensiones tiene las dimensiones biológica, psicológica social y espiritual, como adulto mayor refiriéndonos a su aspecto biológico podemos mencionar el declive de la funcionalidad manifestado por diversas alteraciones como disminución de la reserva fisiológica reconocida como envejecimiento siendo

variable ya que el envejecimiento es un proceso universal progresivo, irreversible y asimétrico, variable de un individuo a otro de acuerdo a su genética y a su epigenética. En el aspecto psicológico se espera que el adulto mayor haya logrado la madurez de los procesos mentales logrando transitar exitosamente a través de los diversos sentimientos, temores con unos pensamientos eficientes en relación con la realidad cambiante en la cual está viviendo, no en todos los casos sucede así.

El llamado envejecimiento exitoso en el cual, la persona realmente ha superado las etapas del desarrollo psicológico previas con éxito y se encuentra dispuesto para el cambio que viene consecuente a la edad y en caso de no ser así qué es la mayoría de las personas, las situaciones no resueltas en el aspecto psicológico de las etapas anteriores podrán acumularse dificultando su tránsito hacia la madurez y el próximo enfrentamiento con la muerte. Lo correspondiente al, aspecto social el adulto mayor ha tenido 6 o 7 décadas de desarrollo en el cual haya establecido una gran cantidad de relaciones y escalado posiciones, se espera de él que al haber cumplido con su carga laboral sea capaz de generar su propio sustento a través de su jubilación y pensión.

En nuestro país -México- por desgracia no abarca esta situación a la mayor parte de individuos en este grupo de edad, así mismo se espera que el adulto mayor conserve su independencia y productividad la mayor parte del tiempo que le sea posible, y en relación a los aspectos espirituales que pueden o no ser asociado a ideas teístas, con frecuencia y mayormente en el género femenino se acercan a las actividades religiosas, por el hecho de que tienen que enfrentar situaciones muy cambiantes teniendo apoyo social en familiares y amigos, siendo este apoyo disminuido con frecuencia en el género masculino en el cual se observa más un desarrollo espiritual no teísta en relación a la naturaleza, la poesía, el arte y en general hasta el momento en que en ambos géneros aparece la enfermedad es para la persona que ya tiene una concepción teísta del universo, es más fácil encontrar un refugio en estas prácticas ya que de alguna manera la religión le religa con su creador y se prepara para ir cerrando círculos, siendo tanto temor y que espera que su concepto de Dios lo espera y reciba al final del camino conduciéndolo a un

sitio mejor lo cual proporciona mucha tranquilidad y confort al adulto mayor afectado de una enfermedad grave o terminal.

Las personas que no tienen esa información o formación así sobre el teísmo y que no pueden considerar que exista algo más allá de lo que sea palpable y evidente, generan gran angustia por lo cual el personal de salud y de cuidados es el encargado de abordar estas preguntas existenciales del adulto mayor cuando verbaliza estos aspectos, ante esto es necesario proveer una formación básica relacionado al tema a los cuidadores y personal de salud para así poder colaborar con el adulto mayor en la resolución de sus dilemas existenciales.

Tanatología y sus antecedentes

Desde los albores de la humanidad se ha estudiado y tratado de comprender el fenómeno de la muerte, como lo demuestran los diversos entierros que han estudiado los paleontólogos y antropólogos, encontrándose como el hombre prehistórico ya realizaba ritos mortuorios y entierros acompañando a sus muertos con ofrendas y objetos significativos para su tránsito hacia el más allá. Lo cual demuestra una concepción abstracta y evolución mental centrada en el proceso de morir del hombre prehistórico.

Durante los tiempos de la historia escrita tenemos civilizaciones muy identificadas con el proceso de morir, tales como la egipcia en lo referente a la creencia de la reencarnación del alma o anima, desarrollaron muy tempranamente el proceso de momificación de cuerpos, y en sus escritos nos han preservado el libro de los muertos, que, si bien nos habla mucho del manejo del cuerpo, así como acerca de la reencarnación y destino de las almas.

Otras culturas como la hindú nos han aportado buena parte de sus tradiciones y sus valores en la creencia de una vida más allá después de la muerte de la forma en la cual conocemos y así tendremos su creencia en la rueda de la vida, en la cual cada individuo de acuerdo a su comportamiento durante un periodo de vida será digno de permanecer en una forma superior para siempre o tendrá qué reencarnar en

una forma de vida inferior, sufriendo ciertas dificultades o privaciones suficientes hasta que esa vida termine y pueda reencarnar en un escalón más alto de la rueda de la vida, lo que acerque a la perfección infinita misma en la cual permanecerá finalmente.

Dentro de las culturas clásicas la muerte era aceptada no sin dolor por la pérdida, pero sí como un paso necesario considerando que había un algo más allá en donde le esperarán los dioses y una vida mejor. En la mitología de los aztecas los guerreros muertos en combate y las mujeres muertas en el parto merecían prontamente el lugar en el Mictlán, siendo un común denominador el juzgar los actos durante la vida para considerar el sitio al que iba a estar destinado ese individuo después de la muerte.

La edad media se caracterizó por los valores dominantes de tipo teológico-religioso y la sacralidad del cuerpo humano y el establecimiento de una religión única en ciertas áreas geográficas impidió el desarrollo de los anatomistas y favoreciendo la creencia de que los espíritus que no habían cumplido con su cometido en este mundo se iban a transformar en diferentes manifestaciones negativas para la vida humana.

Hacia la mitad del siglo XX y procedente de Suiza (Europa) la doctora Elizabeth Kübler Ross, psiquiatra quien ejerce su profesión en el Hospital Monte Sinaí en la ciudad de Nueva York (E.U) dónde atiende pacientes de todas las edades, todos los diagnósticos, diferentes nacionalidades y creencias encontrando un patrón actitudinal en las personas respecto al proceso de morir, lo cual sistemáticamente aborda y presenta como el proceso universal del duelo, del cual muchos profesionales de la salud, especialmente del área de las neurociencias y del humanismo han considerado útil para el abordaje, comprensión y manejo de los pacientes en el proceso de enfermar y morir así para las familias de aquellos que ya han muerto. A partir de la Dra. Kübler Ross las neurociencias han estudiado más acuciosamente el proceso del morir humano considerando que si bien, la muerte es un estado donde se permanece, el morir es un proceso que requiere de asistencia técnica en las áreas biológica, psicológica para lo emocional, social por qué

ocurre dentro de un grupo humano y frecuentemente asistencia espiritual religiosa o no, de acuerdo a la necesidad de la persona implicada para cubrir los elementos básicos de atención integral de una persona en proceso de morir.

En 1901, Elie Metchnikoff acuñó el término de Tanatología como la ciencia que estudia el proceso de morir, ya que anteriormente se consideraba una rama de la medicina, específicamente medicina forense que trataba de la muerte y de los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En el año 1930 empezó un período de confinar a los pacientes moribundos a los hospitales y en los años cincuenta esta práctica cobró gran auge con el afán de proporcionar mayor atención a sus familiares y hacer menos visible la muerte. En los años sesenta va reduciéndose la presencia de los familiares durante el proceso de morir de un ser querido por la razón de que se le restó importancia en esa época, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y se le tecnificó, programó y relegó a insignificancia.

La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones en diferentes ámbitos concernientes al paciente y a la familia, siendo el carácter del enfermo terminal (Kübler-Ross, 1971), ya sea en forma aguda o crónica refiriéndose a descripciones y observaciones para determinar un diagnóstico y sobre este determinar las acciones a seguir como serían los cuidados paliativos. Dans y Kerr (1979) se refiera a la muerte de la persona humana como una disolución organizacional y funcional del individuo.

En 1991 la Dra. Kübler Ross quien describió los fenómenos psicológicos de los pacientes en fase terminal y es ella quien hace sentir a las moribundas personas valiosas en base a su dignidad de personas, creando clínicas cuyo lema es ayudar a los enfermos en fase terminal vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas. Centeno (1999) define al paciente terminal por contar con las siguientes características: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, presencia de numerosos problemas y síntomas múltiples, multifactoriales y cam-

biantes, gran impacto emocional para el paciente, la familia y para el equipo de la salud ante la muerte inminente (Centeno,1999).

En los últimos tiempos de nuestra actualidad se ha vivido con violencia igual que como en tiempos anteriores como en las guerras en las que se veía el morir de las personas como algo habitual, que los profesionales de la salud en acuerdo a un pensamiento biologista, se considera la muerte algo natural, algo de rutina proporcionándole la connotación tecnocientífica (Rebolledo-Mota, 2003). La muerte es parte misma de la vida y es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo orgánico y funcional, así mismo también puede ser resultado de diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a un corto, mediano y en pocas ocasiones a largo plazo; aunque este plazo puede ser modificado por el avance científico y la tecnología y como resultado se obtiene es modificar la forma y el tiempo de morir (Di Caprio y Di Palma, 1999). Se retomó el concepto y definición de muerte de la persona humana de acuerdo con del tiempo, la cultura, religión y pensamiento de cada pueblo e individuo, de acuerdo con su autonomía, a cada época, de acuerdo con su creencia o no de la vida después de la muerte, considerando una vida mejor que la vida terrenal (Potter, 1971; Gutiérrez-Samperio, 2021) .

Actualmente, el término de Tanatología no se circunscribe solo al hecho de muerte, sino que abarca una serie de circunstancias que rodean a la muerte del ser humano, por lo que se considera una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y que en estas circunstancias se establecen lazos de confianza, esperanza y buenos cuidados entre el paciente-personal de salud-familia a que llegado el momento ayuden y/o auxilien al enfermo a morir con dignidad.

La Tanatología ha tenido un gran desarrollo ya que anteriormente y a partir de los egipcios, de los anatomistas en la edad media se utilizaban solamente para los procesos legales en la medicina forense limitándose solamente a los procesos de levantamiento de cadáver en accidentes o actos delictivos, pero la atención clínica, así como la humanística, la psicológica debe de ser una atención integral al proceso de morir tanto en adultos como en niños.

La Tanatología había sido dejada a su propia evolución y recientemente a raíz del incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, se ha visto con más interés este grupo poblacional de adultos mayores ya que las capacidades y posibilidades que tendrían aún de desarrollo, de disfrute y de aporte social haciendo unos cuestionamientos en ¿qué es lo que pasa? qué es lo que debería pasar y cómo debemos atender.

Los niños realmente son un capítulo muy importante y considerarse aparte por su etapa de desarrollo, por su proceso y sus circunstancias que no es lo esperado y mencionaré a Plinio el viejo cuando nos dice “la llegada de la muerte de un adulto mayor es como una llegada a puerto de un navío, la muerte de un joven es como un naufragio” entonces el adulto mayor está orientado, ubicado esperando que de un momento a otro suceda lo esperado o que progresivamente se va deslizando hacia esa situación.

Tenemos estudios realizados también en relación con el área del morir dónde se nos habla de la vida después de la vida y quien se da la tarea de entrevistar personas que habían estado en situación de muerte clínica por periodos breves y que posteriormente respondieron a una reanimación cardio pulmonar favorablemente, y nos describe una constante sensación de abandono del propio cuerpo físico además de la visualización de la escena desde un nivel superior, el llamado de una luz y un túnel a través del cual se dirige hacia esa la luz, la sensación de total bienestar y amor al final del túnel y el encuentro con las personas amadas, la percepción de que aún no es el momento y el regreso a la realidad, a la conciencia para continuar con el proceso de reanimación o cuidados avanzados hasta la resolución de su evento.

Actualmente las neurociencias abordan el estudio de estos fenómenos dándoles mayor solidez con la realización simultánea de escaneo cerebral y otros registros de electroencefalografía y electrocardiográficos relacionándolos con evaluaciones clínicas, todo esto analizado a través de sistemas computacionales específicos los cuales nos muestran que hay muchísimas situaciones que han escapado a nuestro análisis y comprensión.

El presente trabajo y los estudios realizados nos evidencian que hay una corriente favorable para hacer llegar e introducir este tipo de conocimientos en la preparación de los estudiantes de ciencias de la salud, quienes en un futuro mediano serán los encargados de atender el proceso de morir de muchos de los individuos que actualmente pertenecen al grupo de 60 y más años, ya que en el personal de salud se genera gran inquietud por el desconocimiento básico de estos temas y de los protocolos de actuación más favorables para este tipo de atención.

La corriente humanística de la medicina propone este entrenamiento como una parte de la prevención terciaria donde se atiende la etapa de incapacidad/rehabilitación y o muerte se requiere una readecuación de las capacidades residuales del individuo que también sufre un proceso de duelo por la pérdida de las capacidades anticipando el evento tanatológico final como sería una pérdida de funciones, como pérdida de la movilidad en secuela de enfermedad vascular cerebral, disminución de la capacidad vital secundaria una insuficiencia cardiaca, limitación de las actividades por estar sometido a una diálisis peritoneal o hemodiálisis por una insuficiencia renal, esta situación es cada día más frecuentes y se asocia con un proceso de morir inminente que la tecnología médica ha diferido pero que el paciente día con día tiene en su mente y que el personal de salud que lo atiende cotidianamente puede percibir y en ocasiones no sabe cómo tratar.

Asimismo de la familia con toda la complejidad que implica la atención de un adulto mayor a quién no se le debe abandonar por su dignidad, por sus necesidades y por la importancia afectiva que conlleva para la familia, pero que también requiere de tiempo y recursos además de una preparación para la atención ya que puede llegar a ser prolongada y extenuante para el familiar, así como para el profesional de la salud que muchas veces sufre de transferencias y contras transferencias con los pacientes y entonces la salud mental de la familia y del trabajador de la salud aunada al respeto y la dignidad que debe revestir la atención de un proceso de morir de cualquier persona, requiere de una preparación con una planeación sistemática y una evaluación de los resultados que se pudieran esperar.

Aplicación de la tanatología

La tanatología médica es la disciplina que estudia el sentido de la muerte humana atendiendo los fenómenos bio-psico-social y espirituales que de ella se derivan proponiendo un manejo racional e integral, congruente con la realidad y con tabla de valores del individuo, además comprende acciones médicas que implican los procedimientos de cuidado y atención de la salud humana mediante sistemas de prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamientos.

Debemos de considerar que los objetivos de la tanatología son claros ya que se centran en la mejor calidad de lo que resta de vida al enfermo, así como evitar la prolongación de vida a través de maniobras e instrumentación innecesaria como sería el ejercicio de ensañamiento terapéutico, reconocer la futilidad de los medios innecesarios y al evitar estos estamos proporcionando la calidad de vida que corresponde en base a que se tiene derecho a: ausencia de dolor y sufrimiento, persistencia de relaciones significativas del enfermo, alivio de conflictos emocionales personales y con la familia, ejercer su autonomía si es posible ejercitando opciones y oportunidades, creencia del enfermo en oportunidades sin jugar con falsas esperanzas, consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes e instintivos del enfermo, comprensión de las limitaciones físicas del enfermo (Dominguez, 2009).

Con todo lo anterior podemos decir que el objetivo principal de la Tanatología aplicada en el área de la medicina consiste en facilitar los cuidados paliativos al paciente y a la familia y sobrellevar el duelo antes y después del evento de muerte. Así mismo podemos mencionar que la Tanatología es una disciplina muy amplia y en ocasiones difícil de abordar por el análisis multidisciplinario como son las áreas biológicas, sociales, antropológicas, culturales, creencias y rituales muy propios de cada religión y lo más importante es el sentir del enfermo que va a morir, en una sociedad que evita la muerte y reafirmada en la polémica suscitada en el derecho a una muerte digna.

La tanatología como ciencia aplicada es un cuerpo de conocimientos que se ha enriqueciendo cada día con aportaciones de las

neurociencias y así como básicamente se refiere a los aspectos psicológicos del individuo en su proceso de morir, también puede beneficiar a la familia y a la sociedad el hecho de atender a una persona durante el proceso de morir, y debe ser considerado por los trabajadores de la salud como un privilegio ya que el paciente terminal y principalmente el adulto mayor tiene una comunicación muy honesta y muy directa, ya que no tiene tiempo.

Además el estudio de la tanatología aplicada al proceso de morir no debe quedar solamente en cuestiones teóricas dentro de los estudios académicos sino que debe tener una repercusión práctica en la atención clínica y si bien hay muchas personas actualmente de buena voluntad con una información básica en relación a la tanatología y que deberían corresponder a grupos de voluntariado, buscando hacer el bien debiendo ser muy cuidadosos con los límites y los resultados de su intervención, no así el profesional de la salud que debe recibir un entrenamiento específico desde como dar las malas noticias al paciente y a su familia, ya que este aspecto psicológico, social y jurídico es el paciente quien tiene el derecho de conocer la verdad acerca de su pronóstico, su pronóstico y la evolución esperada además de las alternativas terapéuticas que tenga.

Aquí no hay plazos, la evolución es individual y la estadística nos puede orientar, pero nunca es determinante ya que hace la familia con mucha frecuencia ante un diagnóstico desfavorable, ante un pronóstico sombrío por una patología mortal, la familia tiende a proteger al paciente de las malas noticias y desarrolla lo que se llama la “conspiración del silencio” y frecuentemente piden al profesional de la salud que no le informe, que le diga que todo ha salido bien y sin embargo si el profesional accede a tal solicitud está incumpliendo ética y jurídicamente el compromiso adquirido con el paciente.

Citamos al doctor Ignacio Chávez que nos dice “el actuar médico es la acción de una confianza frente a una conciencia” la confianza que el paciente deposita en el profesional de la salud y la conciencia que deben tener los profesionales de la salud para poder actuar en favor de nuestro paciente. El paciente tiene un derecho jurídico y ético de co-

nocer la verdad ya que no tienes los elementos suficientes para la comprensión cuando se le proporciona la información con tecnicismos y sin faltar por ello a la verdad, lo que debemos de corroborar que entiende la información proporcionada en relación con diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Muchas de la veces el paciente no entiende su enfermedad y lo que conlleva -y tal vez se retire hasta contento-. Le podemos engañar y decir “estás de maravilla, no te pasa nada eso que tienes, eres afortunado” la patología seguirá su evolución y el paciente lo sabrá por sus sensaciones por sus complicaciones por su evolución corporal y sabrá que estamos mintiendo y perderá absolutamente la confianza en el personal que lo atiende.

La familia querrá protegerlo de la noticia o tal vez proteger a la dinámica familiar por lo habrá que pensar en qué cómo haremos para decírselo a la esposa, al esposo, o al hijo que depende de él, al discapacitado, o al nieto, a los amigos. La verdad se manifestará ya que la evolución es progresiva e irreversible por lo que ahora la familia y el paciente puedan enfrentar por largo tiempo una mala noticia sin decaer en el ánimo, difícilmente puedan mostrar indiferencia ante tal situación.

Es necesario por lo tanto la prudencia, el tacto, el modo, la situación en la cual se dice la mala noticia, así como en los servicios de urgencias valoramos al potencial receptor de la mala noticia cuando aquel infarto que nos llegó en ambulancia aquel politraumatizado que llegó aún con vida y posterior la pierde y tenemos que avisar al familiar, valoramos al receptor de la noticia en todo su contexto como su edad, su género, si es diabético, su tensión arterial y por lo menos ofrecemos una silla, la cercanía de un vaso de agua, la compañía de alguien y debemos de tener un área donde se le pueda notificar la mala noticia de la defunción o del pronóstico desfavorable a corto plazo del paciente que nos acaba de ingresar, así cuando tenemos que dar noticias como como el tumor ha regresado y estamos en una recaída, los exámenes indican que ya no tenemos función renal, cardiaca, hepática y se tiene que pasar a una terapia de reemplazo lo cual no es un momento fácil ni para el paciente ni para el familiar siendo en muchas ocasiones por el flujo

de atención de los hospitales se les da la noticia, se les da la próxima cita y/o se les deja ir, cuándo es el momento más difícil de la patología de esa persona, cuando es el momento más difícil del acompañamiento de esa familia no estamos preparados ni diseñados para dar ese acompañamiento terapéutico por lo menos hasta que introduzcan esa noticia en la realidad.

Otra aplicación práctica de la tanatología es la comprensión del proceso de duelo una vez que el paciente ha fallecido o una vez que el paciente ha recibido la noticia, empieza un proceso de negación “no puede ser cierto” “no es verdad” nada nos prepara para eso, siempre dentro de nuestros pensamientos anida la esperanza me van a decir que “ya se quitó”, “me van a decir que estoy bien, que así voy a seguir mucho tiempo”, pero cuando la verdad se hace evidente lo primero que hacemos es negar, no puede ser esto cierto, y ahí buscamos una segunda opinión a lo cual se tiene derecho, pero que en muchas ocasiones segunda tercera y quinta opinión buscando una esperanza y cuando todas coinciden, y seguimos en la negación se buscan otras alternativas terapéuticas que en muchas ocasiones caemos en otros intereses no humanísticos, no científicos sino mercantilistas buscando inadecuadamente alguna terapia alternativa.

Técnicamente también es importante la atención del proceso de morir, el preparar al personal para dar soporte y establecer los límites, reconocer la limitación del esfuerzo terapéutico hacia un paciente en una forma justa, técnica y jurídicamente aceptable ya que nos enfrentamos con la situación de que el familiar no quiere que su enfermo se vaya, no quiere nunca la esposa, el hijo, el nieto nunca quieren dejar ir al paciente a pesar de que la evolución de la enfermedad va deteriorando progresivamente el organismo del paciente y en muchas ocasiones el evento final se atiende en las unidades de cuidados intensivos y el paciente súbitamente se descompensa, presentando alguna alteración electrolítica, una falla cardiaca, un sangrado masivo todo esto dependiendo de su patología y el familiar siempre acude al equipo de atención de urgencias o de cuidados intensivos pidiendo “por favor no lo dejen morir” los médicos cuya misión es objetivamente es curar, nos esfor-

zamos toda la vida y tratamos de hacerlo con todos los conocimientos, con todos los equipos, con todas las técnicas y el entrenamiento, con todos los insumos que tenemos a la mano, para eso estamos preparados y ese es el objeto de nuestra práctica, de nuestro conocimiento “el curar a los pacientes”.

Sin embargo ante la realidad de que la muerte es un evento fisiológico y la muerte no se cura también, hay que entrenar al profesional de la salud para establecer los límites claros y precisos en cada caso, y no caer en lo que se llama la obstinación terapéutica la muerte no se cura, solamente se asiste, se atiende evitando que aumente el dolor físico y el sufrimiento emocional que se genera antes, durante y después del evento, porque muchas ocasiones sucede que cuando se presenta un paro y después otro paro cardíaco, el familiar nunca va a dejar que el paciente se vaya, el personal o el equipo de salud tiene la sensación común de haber fallado o fracasado en el intento de atención al paciente, la sensación un error o una falla el no haber salvado ese día esa vida, sin embargo contra la naturaleza no se puede, el acto médico es el que se interpone ante la evolución natural de la enfermedad pero hay límites, también es necesario entonces establecer con el paciente ya que es su vida y su muerte el establecer los límites del esfuerzo terapéutico “hasta donde el paciente permite llegar” hasta donde el profesional puede ofrecer su atención, atendiendo a la autonomía del pacientes.

Esta es otra de las aplicaciones de la tanatología que si bien, es muy humanística también implica protocolos técnicos, si el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico es un concepto que todavía genera controversia ya por qué porque estamos educados y acostumbrados a hacer todo lo posible e imposible para conservar la vida de un paciente sin entrar en la discusión de la calidad de vida que le quedara al paciente, simplemente conservar la vida pero, ¿a costa de qué? entonces debemos de considera que es la vida y es la muerte del paciente quien es quien debe tener y ejercer su autonomía declarando hasta donde se efectuarán las cosas.

Desde ahí el esfuerzo terapéutico debe de enmarcarse en el marco humanístico, bioético y jurídico se han encargado de abordar

esta situación y en algunos Estados de nuestro país se ha dictado el documento de voluntades anticipadas en el cual un paciente con sus facultades mentales y el conocimiento claro puede manifestar en vida y en salud hasta donde permitirá el esfuerzo terapéutico. Es un documento legal que permite que el profesional en un acuerdo con el paciente pueda poner el límite al esfuerzo.

Habrán pacientes que no conocen realmente las técnicas prácticas hospitalarias y podrán aceptar todo, pero el personal de la salud que ha vivido de cerca lo que es una intubación prolongada, lo que es una diálisis, una hemodiálisis, una insuficiencia renal o cardíaca y la calidad de vida que conlleva, sumado a lo anterior el sufrimiento emocional del paciente y la familia, de los insumos consumidos, muchas personas deciden por su propia voluntad haciendo uso de su autonomía el poner el límite “esto toleraré y esto no”.

Otra aplicación de la tanatología definitivamente es el manejo del proceso de duelo tanto en el paciente como en la familia: en el paciente cuando recibe las malas noticias la comprensión después de la fase de negación, que no puede ser posible que me digan, no es posible que yo tenga cáncer, no es posible que mi corazón esté fallando, no es posible que yo tenga insuficiencia renal; después de la fase de negación y cuando por fin lo acepta sigue la fase de la ira ¿porque yo? ¿por qué a mí? ¿porque ahora, porque ahora que ya tengo nietos? ¿porque ahora, que por fin disfruto de la vida? ¿porque ahora que estoy solo? ¿porque ahora que soy viudo o viuda? y esa ira puede ser la ira ciega, la ira que no puede ser contenida por alguna parte va a brotar, puede ser una autoagresión, puede ser una agresión hacia el medio ambiente, y esa energía negativa busca salida por algún sitio y frecuentemente se manifiesta con violencia hacia muchas personas, tanto pacientes afectados como familiares.

Por lo general son agresiones con frecuencia al personal de salud, siendo al primero que encuentra y con frecuencia al no poder continuar en la negación y tener que enfrentarse a la realidad aparece la ira algún tiempo después si la evolución es favorable habrá negociación de la situación ¿qué hago con esto? Hay personas en las cuales el proce-

so es sumamente rápido y presentan alternativas tales como cuestiones religiosas, buscar en otro nivel de atención del sistema de salud alguna orientación o mejoría, pero hay personas que se quedan atrapadas en el proceso de la ira y podemos ver a los pacientes que de todo se quejan y a veces no sabemos por qué, por ejemplo, si la cama está dura o que sí las sábanas están frías o la comida está sin sabor, o hay queja para todo en el fondo.

Cuando se pasa de la ira a la negociación el paciente se vuelve más operativo; duerme mejor, no interactúa tanto con el personal de salud manifestando algo de paz y finalmente puede llegar a la resolución. El familiar después de la muerte del paciente dura mucho tiempo en negociación, lo cual nos explica muchos de los ritos funerarios como la velación, la despedida, la ceremonia religiosa, la inhumación o cremación, la disposición de los restos si depositan en el panteón familiar o si se libera como cenizas al medio ambiente. Actualmente hay estudios y modificaciones en relación con las leyes de disposición de cadáveres y restos humanos.

Ante la actual pandemia Covid-19 esto cobra mucha relevancia ya que hay una gran cantidad de muertes y gran cantidad de procesos de duelo que no han evolucionado hasta su resolución, y que por ello esperamos una gran cantidad de alteraciones psicosomáticas y mentales por no haber podido concluir un proceso fisiológico de duelo y una resolución por lo que vamos a enfrentarnos a cuestiones económicas y de salud física. Por lo descrito es de gran importancia atender este proceso de duelo ya que es una aplicación práctica de la tanatología y recientemente los estudios de las neurociencias y la tanatología nos ha revelado cosas inesperadas como otras redes neuronales como los procesos psicológicos que interactúan con otros aparatos y sistemas.

Una aplicación práctica basada en la tanatología ha sido el desarrollo de la disciplina de cuidados paliativos. En Londres en la segunda mitad del siglo XX la doctora Cecily Saunders enfermera de profesión y licenciada en ciencias políticas, aprecia que los pacientes terminales a su cuidado no se encuentran atendidos en una forma adecuada, proponiendo protocolos de atención, que al inicio fueron rechazaron por el

cuerpo médico, cuyo objeto de atención es la curación, a diferencia de la profesión de enfermería cuyo objeto de atención es el cuidado, y así podemos comprender como, ante la enfermedad terminal, el medico suele decir, “ya no hay nada que hacer”, y la enfermera dirá “hay mucho que cuidar para evitar el abandono de paciente”, en la etapa más crítica de la enfermedad, se ha desarrollado la disciplina de los cuidados paliativos. La primera institución en Londres en ofrecer este tipo de atención fue llamada el Hospital San Cristóbal de tradición cristiana. San Cristóbal patrono de los viajeros, por aquello de que en este mundo todos somos viajeros, aquí nadie se queda.

Actualmente los cuidados paliativos aunados a la atención en medicina paliativa y del dolor los cuales son una especialidad médica que atiende a los pacientes que van a morir, esto es, los cuidados paliativos no detienen ni apresuran la muerte, pero dan soporte, acompañan y despenalizan el proceso de morir, y corresponde a la prevención terciaria dentro de la historia natural de la enfermedad y se encuentran generalizados en todo el mundo occidental y en nuestro país de acuerdo a una adición a la Ley General de Salud en enero del 2009.

Tanatología en el adulto mayor

La Tanatología correspondiente al grupo de edad mayor de 60 años tiene la ventaja de ser aplicada con mayor certidumbre, ya que en este grupo poblacional se visualiza la aproximación de la enfermedad y muerte a diferencia de otros grupos etarios, donde muchas de las muertes ocurridas son de carácter súbito o no esperadas. El adulto mayor sabe, aunque no lo reconozca y no le agrade que saber que tiene menor tiempo de vida en la prevención y manejo de la depresión, la cual muestra una alta prevalencia en este grupo poblacional.

Es importante incluir los conceptos tanatológicos, ya que bien es sabido que la tanatología es la ciencia que estudia lo relacionado a la muerte y nos permite apreciar mayormente a la vida, valorar y colocar en su justa dimensión cada uno de los logros y dones que se han tenido durante el transcurso de vida, aprender a soltar, aprender a dejar a los

hijos hacer su vida cerca o lejos de los padres sabiendo que se le dieron raíces firmes y apoyo a su tronco, esperando que sus ramas sean lo mejor posible, aprender a valorar y a prepararse para soltar al compañero de vida, disponer y administrar los bienes y recursos de la familia o la pareja que en muchas ocasiones se encuentran en situación irregular, tales como falta de escrituración, falta de un enlace civil, reconocimiento de paternidad o de cosas que hayan quedado en el camino sin resolver.

La vivencia de la senectud en estos días conlleva mucha acción social comparada a otras épocas históricas, donde difícilmente gran cantidad de población llegaba a estas edades. Actualmente el adulto mayor tiene mayor calidad de vida que en otras épocas, y por lo tanto esta información y formación en tanatología es importante compartirla objetiva y serenamente para evaluar su situación y disponerse para lo que ha de llegar, no sabemos cuándo, pero llegará.

Cumplir con informar, con decidir, qué disposición de los restos se tienen, qué instrucciones se podrían dejar porque muchas ocasiones el desenlace es breve y no se tiene el tiempo de informar la disposiciones deseadas, lo cual es deseable que en vida y en salud es conveniente comentar en familia acerca de la muerte dejando de lado el tabú que representa ya que anteriormente era considerado un tema de mal gusto llamarla por su significado, además también es un tema de consideraciones y de orden práctico que se hará, como desearía las circunstancias, así como como los límites del esfuerzo terapéutico, la voluntad o no de participar en donaciones de órganos o de recursos, la disposición de los restos, las ceremonias fúnebres, la relación que se establecerá después del deceso con el que ya no se encuentra, que algunas veces las personas no tienen esa vivencia de espiritualidad y posterior a las defunciones es un aspecto muy desarrollado.

En centros sociales de atención a personas en edades geriátricas el curso monográfico de tanatología ha mostrado gran demanda ya que las personas perciben una necesidad y al mismo tiempo una gran falta de información por el mismo tabú existente que no se ha abordado de una manera completa y sistematizada, ya que no se ha preguntado, ni ha llegado el momento independientemente de las dificultades que se

han presentado para poder llegar a ese punto ya que entran las opiniones de todos y además de los profesionales de la salud y en un momento que la unión familiar debe permanecer unida en la toma de decisión de la toma de medidas terapéuticas como la limitación del esfuerzo terapéutico y disposición de los restos mortuorios.

En lo concerniente a los aspectos sociales y dentro del marco legal, la gran mayoría de los ciudadanos mexicanos no tenemos elaborado un testamento y que en ocasiones no hay bienes de importancia económica sin embargo, hay bienes que son significativos como la taza que heredó la abuela, como la el anillo de alianza matrimonial de los padres, las cartas que se escribieron, la medalla, alguna ropa o alguna prenda que sea significativa más no económicamente valiosa y esta situación va a generar una disfuncionalidad en la familia restante, ya que todos quieren todo, unos porque se los dieron, otros porque les gustaba, otros porque dicen que se los prometió alguna cosa que sea altamente significativo y de ser posible, es preferible que el paciente sea el que disponga de sus bienes y marque a quién se le vayan a entregar a alguien que le signifiquen o que los necesite según el criterio del paciente, entonces el criterio prevaleciente debe ser la voluntad del paciente.

Ante el proceso de morir en atención domiciliaria u hospitalaria el personal de salud y los cuidadores deben estar por lo menos informados de los temores que va a presentar un moribundo. Los temores principales son el miedo al dolor, y sí no todos los procesos de morir se acompañan de un dolor o no deben acompañarse para esas situaciones tenemos la medicación precisa con los esquemas de manejo para que este evento suceda sin dolor, porque siempre lo asociamos con un dolor extremo y tanto dolió que hasta murió, no es necesario que, en el proceso de morir, no es justo, no es correcto que un paciente esté con dolor. Otro de los grandes temores es el temor a la soledad, que muchas veces por estar inmerso en su propio proceso reflexivo del del proceso de morir el paciente se aísla para estar en su introyección, eso tiene sueño fragmentado pero el acompañamiento y siendo que es básico el acompañamiento terapéutico del familiar y del personal hacia el familiar y el paciente, estar pendientes de la solución del analgésico, del

cambio de posición de todos los cuidados de confort que se le pueden dar al paciente.

Esto es, a nosotros nos importa hasta el último momento de tu vida y la forma en que mueras es de nuestra competencia, entonces si el paciente va a morir, pero el cómo es importante, el dónde, él con quien es importante, y muchas ocasiones pacientes que han sido identificados o pacientes abandonados su compañía es el personal y es quien deberá tener un entrenamiento mínimo básico en ética y humanismo, así como en técnica de atención al proceso de morir.

La disposición final de los restos humanos en el retiro de los catéteres, la elaboración del certificado de defunción. Todo esto tiene manuales técnicos y lo que faltaría incrementar es el proceso humanístico del respeto del manejo del tiempo, en el cual, ya que en el proceso de despedirse del adulto mayor, el último sentido en desconectar o en apagar es el oído, por eso muchas ocasiones se le dice al familiar háblale al oído, dele permiso de que se vaya en paz, dígame que usted se queda, qué se hace cargo, dígame lo que le piensas decir, dígame que lo quiere mucho, dígame que no tenga miedo para que pueda continuar con su proceso fisiológico, y el paciente tenga una sensación de paz y de compañía cuando vaya a suceder la desconexión y a entrar en los procesos fisiológicos de morir.

Posteriormente al familiar le queda el dolor y el cual evoluciona hacia una tranquilidad por el deber cumplido, estuvo con él hasta el último momento, el comentario la atención que el personal pueda hacer hacia el familiar diciéndole que es “sabemos que estuvo ahí” sabemos que lo vio, déjelo ir en paz” vaya a cumplir con el resto de los trámites y obligaciones, hay que hacerlo porque además no es válido quitarle el piso alguien sin darle algo de qué agarrarse.

El adulto mayor teme y en ocasiones desea al tener muchas pérdidas en su vida, aquello que le es significativo, la pareja, el empleo, el grupo de amigos, el estatus social, la capacidad física, todo eso en ocasiones hace que desee una vez ya el desenlace, sin embargo, sabemos que no es por voluntad que esto sucede. en ocasiones la vida va bastante bien para el adulto mayor y el desenlace sobreviene en breve tiempo

por lo tanto alguna cita bíblica “no sabemos el día y la hora”, hay que estar preparados porque llegará, entonces esa preparación para el evento tanatológico es más recomendable que se de en vida y en salud a esos grupos etarios como parte de las habilidades propias de cada etapa del desarrollo personal y también al personal que tiene que atender dicha situación, sea personal de salud, sea personal funerario sea personal de notarías, sea personal de empresas de honras fúnebres y a la sociedad en general, porque pues más tarde o más temprano nos está esperando una muerte por persona nuestra propia muerte, y la de los seres queridos.

Afortunadamente el adulto mayor ha transitado un largo espacio de tiempo por la vida, dar un largo tramo y tiene ya muchas cosas resueltas, muchas cosas ya vividas, se van con mayor tranquilidad, sin embargo, a veces esto es súbito y nos queda el trabajo de atender a la familia a veces compuesta por otros adultos mayores, a veces gente muy joven, no nietos, gente con indefensión. Entonces es una cosa técnicamente posible, humanamente meritoria, legalmente de justicia lo que se realiza como una atención integral al paciente y a la familia.

Finalmente la manera en que los adultos mayores enfrentan a la muerte se ha observado y determinado por múltiples causales como serían su cultura, su psicología respecto al tema, su desarrollo biológico respecto a la enfermedad, entre otras.

A manera de conclusión

Es muy importante considerar que el adulto mayor es un ser que tiene dignidad intrínseca, un ser humano en el cual la dignidad se encuentra por encima de cualquier circunstancia es algo que no se pierde ni deteriora, algo que no admite discusión, es un fin en sí mismo por lo que merece respeto absoluto e incondicional. El no llevar a cabo lo anterior supone negar la condición y valía del ser humano digno de existir.

Los adultos mayores son personas vulnerables por las siguientes características: género, raza, etnia, estrato socioeconómico, creencia religiosa por lo que es necesario reforzarse y estrechar los compromisos

en los servicios como son la solidaridad, la comprensión, la paciencia, la tolerancia y la honestidad. En la senectud poder vivir con dignidad y seguridad significa que el adulto mayor se vea libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, por lo que deberá de recibir un trato acorde a su dignidad.

La sociedad actual supervalora la eficiencia, la juventud y el cultivo del cuerpo y es esencialmente insensible para ponderar los valores de humanidad y de experiencia presentes en los adultos mayores, por lo que es urgente repensar las actividades sociales antes estos elementos cada vez más abundantes en nuestra sociedad a los que se tiende a condenar a una muerte social y con anterioridad a su muerte física.

Se observa además problemas de carácter ético en la senectud como sería: el ageísmo o etaísmo cultural, la humanización en la asistencia social y sanitaria, la exigencia de cuidar a los adultos mayores, la integración de convivencia familiar, la pérdida de la propia autonomía y total dependencia, información y comunicación, consentimiento informado, maltrato a los adultos mayores, retirada de tratamientos vitales y futilidad terapéutica, experimentación y ensayos clínicos, acompañamiento del adulto mayor, dolor y sufrimiento, muerte, morir con dignidad y eutanasia. Se tienen que hacer efectivos los derechos humanos, los derechos de los adultos mayores ya que la vejez debe de fundarse y fundamentarse en expectativas sobrias, modestas, realizables ya que hemos observado que el sentido que dan los demás y el sentido de la propia vejez es contrastante.

En cuanto a las pérdidas antes mencionadas generan un duelo en las personas que puede incrementarse en el adulto mayor al sentirse vulnerable y menospreciado. Se pierden pertenencias, amigos, familiares y seres queridos como puede ser la pareja. Experimentan además pérdida de la salud, fuerza física, trabajo, cambios en la vida diaria, la jubilación. Presentando también las etapas del duelo ante las pérdidas y ante las malas noticias como con: la negación, confusión, la ira y enojo, culpa, tristeza, regateo y aceptación, las cuales se van presentando en forma cronológica, pensando que sucede primero y lo que sigue. Es muy importante apoyar a los adultos mayores en su duelo no minimizando lo

que sucede y permitirles manifestar su duelo de la manera en que ellos se lo permitan, ya sea con llanto, ya que si este es reprimido se llega a manifestar a través de somatizaciones y deseando morir.

A través de la historia el hombre se ha esforzado en retrasar y negar la muerte viviendo como algo ajeno a su existencia. Se refiere en relación con la educación del vivir y morir con dignidad, paz y sin dolor lo siguiente “para poder morir bien, hay que vivir bien” (Valderrama, 2020). Cuando el adulto mayor considera su propia muerte se encuentra en una aceptación del evento que se ha de llegar en algún momento y además de la manera en que llegará.

El momento de la propia muerte y el bien morir se han contextualizado como momentos de reflexión propia y de la familia, que nos permite reconciliarnos con nosotros mismos y con los demás quienes han compartido nuestra vida, dar las gracias, perdonándonos y perdonar a los demás, situándonos en un encuentro físico, psicológico, social, afectivo e intelectual en un mismo sitio y espacio.

Cuando se les proporciona atención a los adultos mayores en muchas ocasiones, los pacientes se encuentran en soledad o aislados del resto de los pacientes y/o de la familia rodeados de un ambiente frío u hostil, de personas extrañas y rodeados de aparatos que les causan temor y angustia (Campillo,1994).

La cultura de la muerte ha medicalizado la misma, no permitiendo que las personas adultas mayores tengan la oportunidad de efectuar cierre de sus ciclos, así como de ponerse en paz con ellos mismos y con los demás. Recordemos la cita de Cicerón.... “La naturaleza prescribe que el hombre mire por el hombre, cualquiera que sea su condición, precisamente por ser hombre”.

Bibliografía

- Aguiar, E. (1998). Meditación sobre la muerte. México. Librería Parroquial de Clavería.
- Bachelard, G. (1993). El aire y los sueños. Ensayo sobre la imaginación del movimiento. México. Fondo de Cultura Económica.

- Berger, K.S. (2009). *Psicología del desarrollo. Adultez y vejez*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Campillo, S.C. (1994). La angustia vital. *Gac Med Mex*, 130, 162.
- Centeno, C. (1999). Principios de medicina paliativa. En L.F. López, C. González & J.A. Santos (Eds.) *Manual de oncología*. (pp.181-191). Valladolid. Universidad de Valladolid.
- Dans, P.E. & Kerr, M.R. (1979). Gerontology and Geriatrics in medical education. *New England Journal Med*, 300(5), 228-232
- Di Caprio L. & Di Palma, A. (1999). La medicina y la muerte. *Medicina y Ética*, 10, 383.
- Domínguez, G. (2009). La tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte Sanitario*, 8(2), 28-39.
- Gómez Sancho, M. (2019). *Como dar las malas noticias en medicina*. México. Editorial El Manual Moderno.
- Gutiérrez-Samperio, C. (2021). La bioética ante la muerte. *Gac Méd Méx*, 137(3), 271-276
- Kübler-Ross, E. (1971). *On Death and Dying*. New York. The Macmillan Company.
- Mainetti, J. A. (1978). *La muerte en medicina*. Buenos Aires. Ediciones Quiron.
- Potter, V.R.. (1971). *Bioethics: bridge to future*. New York. Ed Englewood Cliffs.
- Rebolledo-Mota, F.J. (2003). *Aprender a morir. Fundamentos de tanatología médica*. México. Ed. Distribuidora y Editora Mexicana.
- Valderrama, H. (2019). *El cuidado de los ancianos*. Recuperado de <https://www.cuidadoresdeancianos.com/>

Capítulo 12. La vejez exitosa: importancia de la resiliencia

Miguel Ángel Karam Calderón¹

Emmanuel González²

Yazmín Castillo Sánchez¹

Ninfa Ramírez Durán¹

Pablo Moreno Pérez¹

Introducción

El humano es, por su propia naturaleza, un ser complejo en el que se enlazan elementos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, los cuales se encuentran vinculados de manera muy estrecha. Así mismo, el envejecimiento de la población se ha convertido en un gran reto para la sociedad, debido, entre otras cosas, a que su crecimiento conlleva profundas consecuencias en la vida, tanto de la propia persona como de la comunidad, lo que, a su vez, tiene diversas repercusiones en los ámbitos social, económico, político, cultural y sanitario (Mendoza-Núñez, Vivaldo-Martínez y Martínez-Maldonado, 2018).

La vejez es un concepto que básicamente se ha relacionado con el tiempo de vida de las personas, donde su inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales y

1. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, Toluca, Estado de México, México.

2. Université Toulouse 3 Paul Sabatier. Toulouse, Francia.

guarda un fuerte componente cultural, de tal suerte que cada sociedad establece la edad de inicio de la vejez y esta ha cambiado a lo largo del tiempo; de ahí que en los inicios del siglo pasado se consideraba como viejas a las personas mayores de 40 años. En la actualidad la mayoría de los países asumen los acuerdos de organismos internacionales, donde a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se estableció como punto de corte para la edad de inicio de la vejez, 65 años para los países desarrollados y 60 años para los países en desarrollo. La diferencia de edades para el establecimiento del inicio de la vejez se sustentó en las diferentes condiciones socioeconómicas y en la esperanza de vida que se tiene para cada tipo de país (Mendoza-Núñez et al., 2018; Organización de Naciones Unidas, 1979).

Sin embargo, la vejez, también se considera como un período de retos adaptativos, debido a la serie de cambios, que de manera gradual se va dando en las condiciones físicas y mentales de las personas, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones en la participación social (Cárdenas y López, 2011). A tales condiciones se le suman las limitaciones en el acceso a los servicios sociales y de salud (Hardy, Concato y Gill, 2004). Tal conjunción de factores ha ocasionado que una alta proporción de personas en etapa de vejez experimenten una condición de discapacidad y pobreza, lo que complica aún más el escenario social y económico de un país (Cárdenas y López, 2011; Ruipérez, 2002).

No obstante, en las últimas décadas, esa imagen negativa de las personas de mayor edad ha ido desapareciendo y a pesar de las dificultades que pudieran plantarse, cada vez hay más personas que son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar su condición de envejecimiento y adaptarse y progresar de cara a las situaciones que viven, sin importar el que muchas veces parecen muy difíciles y adversas, situaciones que pueden ser de carácter individual, social y simbólico-cultural. A estos procesos sociales e intrapsíquicos se les conoce como resiliencia psicológica (Sarabia, 2009).

La resiliencia psicológica se entiende de diversas formas, pero se puede decir que es el proceso mediante el cual las personas realizan

una integración positiva, a pesar de las dificultades y limitaciones que se producen, particularmente en este caso, durante la vejez, y alcanzan el final de la vida consciente de sí mismas, con bienestar emocional, satisfechas con su vida. Es considerada como la forma de compensar y modificar las habilidades físicas, sensoriales y cognitivas que presenten algún declive (Hu, Zhang y Wang, 2015).

Por otro lado, en el emergente campo de la Gerociencia, la resiliencia física es la capacidad biológica de un organismo para resistir y responder a un reto como la enfermedad o alguna exposición deletérea en salud. La hipótesis es que individuos con niveles óptimos de resiliencia física tendrán un envejecimiento saludable; por el contrario, los individuos con envejecimiento acelerado (nos referimos aquí a la edad biológica, no a la edad cronológica) tendrán bajos niveles de resiliencia, incluso antes de manifestar signos clínicos de daño orgánico o enfermedad (Lebrasseur, 2017).

Resiliencia psicológica

El concepto de resiliencia no es nuevo, pues desde los siglos XIX y XX, tomo notoriedad y comenzó a desarrollarse. El concepto surge de la física que define a la resiliencia como la resistencia de un cuerpo a la ruptura por un golpe, es decir que la fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resistencia. También hace referencia a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. El término fue adaptado, posteriormente, por las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

En las últimas décadas, varios autores coinciden en las características de la resiliencia, donde básicamente incluyen la habilidad para manejar los traumas y sus consecuencias negativas a largo plazo, de manera que acaban disminuyéndolas. Algunos autores ponen énfasis en la capacidad de recuperarse tras una adversidad, mientras que otros la consideran como una habilidad, otros la ven como un proceso e incluso, otros más, como un resultado. La Asociación Americana de Psicología en 2010, ha definido resiliencia como el proceso de adecuada adaptación frente a la adversidad, traumas, tragedia entre otras amenazas (Lebrasseur, 2017; Truffino, 2010).

Se puede decir que la resiliencia es una actitud positiva ante las circunstancias difíciles que la vida puede presentar a una persona, una adaptación positiva a la adversidad.

Se cree que la resiliencia es capaz de modificar la relación entre las emociones positivas y la satisfacción en la vida, lo que se traduce en cambios en el camino de vida personal. Se ha observado que aquellas personas que dicen haber experimentado la felicidad, lo hacen porque trabajan y son capaces de crear y encontrar herramientas para vivir bien, y no porque se sientan mejor. Así se demuestra que la felicidad está unida a la capacidad resiliente individual y no tanto a las emociones positivas (Ortiz, 2019).

Resiliencia física

La resiliencia física de un individuo está determinada por el buen funcionamiento celular y tisular, y por la integridad de la red de señales entre células, entre tejidos y órganos. Tanto las estructuras celulares como tisulares y también la manera en que ellas se comunican para mantener la homeodinamia son determinantes de la resiliencia.

Por ejemplo, si un individuo se expone a un estímulo nocivo como quimioterapia, la totalidad de sus células deberán activar mecanismos de defensa para no morir. Además del estrés causado por la enfermedad (cáncer, en este ejemplo), el organismo debe ser capaz de resistir a la quimioterapia para recuperarse del cáncer y sobrevivir.

Teóricamente este concepto es cercano, pero no equivalente a la capacidad intrínseca. La capacidad intrínseca es el conjunto de capacidades físicas y mentales que un individuo utiliza mientras envejece. Esto implica que la persona puede mantener la autonomía. Por lo tanto, la capacidad intrínseca está más vinculada con la funcionalidad de las personas, y podría ser una función inversa de su discapacidad (Gonzalez-Bautista, et al., 2020).

Lo característico de la resiliencia es que se define necesariamente como algo observable posterior a un estímulo. En el ámbito de investigación (próximamente, ojalá también en el ámbito clínico) uno podría medir el nivel de capacidad intrínseca de una persona, incluso sin someterla a ningún estímulo. No así la resiliencia. Con el objetivo de estudiar la resiliencia física como fenómeno aunado al envejecimiento es necesario desarrollar métodos para su medición (Scheffer, et al., 2018).

Uno de los primeros retos es estandarizar el tipo de estímulo posterior al cual se mediría la resiliencia. El estímulo tendría que ser capaz de revelar diferencias tanto en función de la edad cronológica como al interior de grupos de individuos de la misma edad. También se deben buscar medidas clínicamente factibles respecto del mecanismo de defensa y de los niveles de respuesta (Whitson et al., 2016).

Por lo demás, no es ético someter a los participantes de un estudio sobre resiliencia a un estímulo nocivo si los riesgos son mayores que los beneficios. En ese sentido, se han planteado alternativas a través de modelos celulares o tisulares humanos, y también modelos animales (Kirkland, Stout y Sierra, 2016).

Una propuesta interesante desde la óptica del envejecimiento es la de Lipsitz y Goldberg (1992), quienes reconocen al envejecimiento biológico como la pérdida de la complejidad en los sistemas biológicos. En este contexto, complejidad significa, por ejemplo, que persiste una multiplicidad de conexiones entre las neuronas, facilitadas por una vasta red de conexiones dendríticas. Con la edad, el número de estas conexiones tiende a disminuir. Entonces, si alguna de ellas falla, tendrá menos opciones para responder, es decir, menos vías alternas para lograr la sinapsis.

A partir de esa definición de envejecimiento, Gizel y colaboradores. han sugerido medir la resiliencia usando indicadores dinámicos de resiliencia (DIORs, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, la varianza y la autocorrelación temporal de las medidas repetidas del autoreporte del estado de salud se han asociado con el fenotipo de fragilidad en adultos mayores. Los resultados favorecieron la hipótesis de que los individuos frágiles mostrarían más varianza en los autoreportes de salud, y también se recuperarían más lentamente de eventos como caídas, infecciones o estresores psicológicos (Gijzel et al., 2019; Gijzel et al., 2017). El monitoreo de variables fisiológicas repetidas a través de dispositivos electrónicos es una potencial fuente de datos para este tipo de estudios para medir resiliencia usando series temporales.

Resiliencia y vejez

En la edad adulta, la resiliencia se refiere a la capacidad de los adultos que han experimentado una experiencia que les ha alterado la vida, como la pérdida de un ser querido o algún otro suceso personal, de permanecer comparativamente estables o de volver a un funcionamiento psicológico saludable después del incidente. (Baltes y Baltes, 1990).

Desafortunadamente, poco ha sido analizada la resiliencia en los adultos mayores, lo cual es lamentable porque, como muestran la experiencia común y la literatura sobre el envejecimiento, los últimos años incluyen una variedad de pérdidas y traumas que desafían y a menudo disminuyen la salud física y mental. Lo cual ocurre, en buena medida por los conceptos relacionados con la edad de las personas, debido a que a menudo existe la expectativa de que las personas mayores tienen una resiliencia limitada y que tienen puntos de vista negativos sobre sí mismos, sus pares y su capacidad para mantener el control personal de su existencia (Baltes y Baltes, 1990). Esta visión es contrarrestada por una literatura que proporciona evidencia de que la mayoría de los ancianos son similares a las personas más jóvenes en lo que se refiere a sus informes de autoeficacia y control personal. Solo que el adulto mayor revisa puntos de vista anteriores para dar cuenta de una nueva experiencia de vida (Baltes y Baltes, 1990).

Históricamente, las perspectivas sobre los últimos años de la vida habían tenido una mentalidad de que la persona anciana ya era poco útil y poco o nada podía hacer, volviéndose dependiente y enferma o discapacitada. Dicha disminución física y mental se podía apreciar con el paso de los años de los ancianos, y los ancianos fueron vistos como una carga familiar, social y económica, debido a sus enfermedades físicas, pérdida cognitiva, aislamiento y, a menudo, depresión. Una visión muy utilitaria de la persona.

Sin embargo, diversos trabajos han evidenciado lo contrario. La investigación que ha abordado específicamente la resiliencia en los adultos mayores es escasa y se inclina hacia el examen de tales cualidades entre aquellos que pueden considerarse resilientes. Por mencionar algunos de ellos, como es el caso de un estudio donde se encontró que las tasas de mortalidad se redujeron en un seis por ciento entre los ancianos que se aceptaban más a sí mismos, no estaban aislados y estaban menos ansiosos que sus compañeros.

Otros estudios han demostrado que la resiliencia presagia una buena salud mental y un estudio encontró que la resiliencia amortiguaba los efectos de la mala salud. Por lo tanto, la resiliencia debe tratarse como un constructo multifacético con diferentes ramificaciones de clase social, racial y cultural (Hoare, 2015).

Un metaanálisis de 60 estudios sobre resiliencia y salud mental, realizado en el 2015, se concluye que la resiliencia es tanto un proceso como un resultado, ya que moviliza la capacidad de lidiar con la adversidad y conduce a resultados positivos. En el estudio, la resiliencia se asoció positivamente con una buena salud mental, como el afecto positivo y la satisfacción con la vida. Se encontraron correlaciones negativas para depresión, ansiedad y afecto pesimista, lo cual es indicativo de que la resiliencia beneficia la longevidad de las personas (Hoare, 2015).

Consideraciones finales

La resiliencia –sin duda- auxilia a los adultos mayores –tanto hombres y mujeres- a superar los factores que se ciernen a su alrede-

dor como soledad, depresión padecimientos crónicos y el mismo duelo de haber perdido a una persona cercana a ellos. Sus características que destacan son el optimismo y la espiritualidad, lo cual les permite desarrollar una actitud positiva frente a la vida, lo que los conlleva a contar con estilos de vida adecuados. Entre las condiciones que favorecen esto destacan la unión familiar, la autoestima, la espiritualidad, la personalidad, la toma de decisiones y las redes de apoyo, ya sea con la familia o con vínculos informales como la participación en instituciones formales como grupos religiosos.

Bibliografía

- Andrea Cárdenas, A. & López-Díaz, A.L. (2011) Resiliencia en la vejez. *Rev. Salud Pública*, 13(3), 528-540.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp. 1-34). New York, NY: Cambridge University Press
- Gijzel, S.M.W. et al. (2017). Dynamical Resilience Indicators in Time Series of Self-Rated Health Correspond to Frailty Levels in Older Adults, *Journals Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci*, 72, 991–996.
- Gijzel, S.M.W. et al. (2019) Resilience in Clinical Care: Getting a Grip on the Recovery Potential of Older Adults, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 67, 2650–2657.
- Gonzalez-Bautista, E., Andrieu, S., Gutiérrez-Robledo, L.M., R.E. García-Chanes, R.E & De Souto Barreto, P. (2020). In the Quest of a Standard Index of Intrinsic Capacity. A Critical Literature Review, *J. Nutr. Heal. Aging*. 24(9), 959-965.
- Hardy, S., Concato, J., & Gill, T. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *J Am Geriatr Soc*, 52 (2), 257-262.
- Hoare C (2015). Resilience in the Elderly. *Journal of Aging Life Care*. Fall 2015. Consultado en <https://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>
- Hu, T., Zhang, D & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.

- Kirkland, J.L., Stout, M.B. & Sierra, F. (2016). Resilience in aging mice. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 71:1407–1414.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lebrasseur, N.K. (2017). Physical Resilience: Opportunities and Challenges in Translation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 72(7), 978–979.
- Lipsitz, L.A. & A.L. Goldberger (1992). Loss of complexity and aging. Potential applications of fractals and chaos theory to senescence., *JAMA*. 267(13), 1806–1809.
- M. Scheffer, et al.(2018). Quantifying resilience of humans and other animals. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115 (47) 11883-11890;
- Mendoza-Núñez, V.M., Vivaldo-Martínez, M. & Martínez-Maldonado ; M.L. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 56(Supl 1), S110-S119.
- Organización de Naciones Unidas (1979). Reunión sobre envejecimiento. Kiev, URSS, ONU.
- Ortiz, M. (2019) La resiliencia en la vejez. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cantabria. Cantabria. España.
- Ruipérez, I. (2002). Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37 (Suppl 2), 3-7.
- Sarabia, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Truffino JC. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 3(4):145-51.
- Whitson, H.E. et al. (2016). Physical resilience in older adults: Systematic review and development of an emerging construct, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 71(4), 489-495.

PARTE V
SITUACIÓN AMBIENTAL

Capítulo 13. La experiencia de envejecer en el lugar: apuntes desde la gerontología ambiental

Lydia Marcela Adame Rivera¹

Lydia Guadalupe Rivera Morales²

Introducción

Envejecer en el lugar se ha convertido en un reto para las personas mayores debido a los desafíos que implica el habitar en ambientes complejos que repercuten en su vida cotidiana y calidad de vida, donde la globalización, urbanización en crisis e incluso el cambio climático han planteado la importancia de crear entornos sostenibles y amigables para vivir en la vejez (OMS, 2007). Y es evidente que el aumento del envejecimiento demográfico ha sido significativo en las últimas décadas, sobre todo en regiones como América Latina y el Caribe, donde las previsiones han advertido que el incremento de la población de 60 y más años podría afectar la situación de los adultos mayores ante la deficiente planeación gerontológica, políticas sociales y la notable ausencia de equipamientos y servicios de salud, asistenciales, sociales y residenciales (Rodríguez et al., 2016, Sánchez-González et al., 2018).

Este escenario demográfico en la región va a repercutir en el desarrollo de políticas sociales y sanitarias, así como una mayor deman-

1. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Arquitectura, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

2. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

da de atención multidisciplinar como arquitectos, urbanistas, geógrafos, sociólogos y psicólogos desde el enfoque de la gerontología ambiental (Andrews y Phillips. 2005; Sánchez-González, 2011; PAHO, 2012).

En México, por ejemplo, los próximos años el aumento de la población adulta mayor con alguna discapacidad o demencia, supondrá un problema de sostenibilidad social económica y ambiental que demandará sistemas asistenciales y sanitarios (CONAPO, 2006). Por lo tanto, es necesario planear las ciudades y sus diversos entornos (físicos-construidos, sociales y naturales) para favorecer su calidad de vida (Sánchez-González, 2007).

De acuerdo con esto, es necesario conocer que el envejecimiento es un proceso gradual donde suceden los cambios fisiológicos de acuerdo con la edad, el contexto social, el individuo y el ambiente en el que se encuentra (Gutiérrez, 1999). Asimismo, DiVeroli (2008) menciona que es un proceso natural y es propio de los seres vivos que, a su vez, tiene características psicológicas, sociales y culturales.

Anteriormente, se plantaba que el envejecimiento estaba atribuido principalmente a factores genéticos (Gutiérrez, 2010; Rodríguez y Sánchez, 2016), ahora se sabe que también factores externos ambientales como los entornos físicos- construidos, sociales y naturales tienen mayor influencia en la esperanza de vida, el tiempo de vida e incluso el desarrollo de patologías propias de la edad de acuerdo con Fetter (2012).

Por otra parte, es importante comprender que la persona mayor no solamente envejece y sufre cambios fisiológicos, sino también experimenta la vejez por medio de las experiencias vividas en el lugar en que se desarrolla su contexto físico, social y natural de la vivienda y el barrio (Gutiérrez, 1999; Garving et al., 2012).

México, así como toda América Latina, enfrenta el reto del envejecimiento demográfico dependiente aunado a la necesidad de hacer ciudades amigables para envejecer en el lugar propiciando el análisis de infraestructuras y equipamientos públicos y privados, así como tener mayor conocimiento de las implicaciones de los entornos físicos- construidos (residencias, viviendas) en la calidad de vida de las personas mayores dependientes (Escudero y Passantino, 2003).

Desde hace medio siglo el estudio del envejecimiento ha tenido alcances multidisciplinarios desde las ciencias sociales, de salud y asistenciales planteándose desde la gerontología ambiental, la cual tenía como objetivo entender, explicar y optimizar las interacciones entre la persona mayor y el ambiente, de alguna manera improvisando la vida cotidiana de la población mayor que va incrementándose (Andrews y Phillips, 2005).

Por otra parte, desde el punto de vista de las ciencias sociales, la geografía de la salud y humana y la psicología aportaron la necesidad de entender los entornos físicos y sociales de la experiencia vivida en el lugar, las cuales pueden ser positivas o negativas en esta interacción con el entorno de acuerdo con Lawton (1990) uno de los principales iniciadores que analizó la relación entre las personas y los ambientes que habitan.

Actualmente, los estudios desde el enfoque de la gerontología ambiental sobre entornos de las personas mayores dependientes se encuentran concentrados en países desarrollados, habiendo escasez de investigaciones centradas en el universo de estudio en América Latina y el Caribe, especialmente en México (Agich, 2003; Sánchez-González, 2009; Rowles y Bernard, 2013).

La experiencia de envejecer en estos entornos cambiantes y complejos que construimos y habitamos de acuerdo con Sánchez-González (2009) pueden generar comportamientos y actitudes que determinarán las identidades ambientales y la relación con los entornos cotidianos de la persona mayor (Kaaty et al., 2007).

Los entornos que habitamos podrían definir nuestro envejecimiento en el lugar, para esto es necesario comprender, desde la gerontología ambiental, los elementos que interactúan entre la persona mayor y el ambiente de los entornos próximos, la naturaleza y los efectos de las modificaciones desde las viviendas, equipamientos y el barrio físico espaciales (Whal y Weisman, 2003).

La discusión sobre la importancia de los entornos del envejecimiento cada vez adquiere mayor relevancia en los estudios e investigaciones sobre la geografía del envejecimiento debido a las implicaciones

espaciales y la interacción con su entorno (Rowles, 1978). En el presente capítulo se abordan diversas reflexiones sobre la literatura y estudios de las características ambientales físicas, sociales y naturales en el envejecimiento desde el enfoque de la gerontología ambiental.

El envejecimiento demográfico global y en crisis

El reto de América Latina en el siglo XXI es crear ciudades y entornos amigables y sostenibles para envejecer en el lugar. Sin embargo, su procesos de envejecimiento demográfico se está desarrollando en un contexto de globalización y urbanización en crisis y de cambio climático (OMS, 2007).

El año 2050 es un indicador importante en el tema del envejecimiento demográfico ya que las estimaciones indican que uno de cada cuatro latinoamericanos serán adultos mayores que vivirán en las ciudades (Sánchez-González, 2007). Por otra parte, el crecimiento urbano desmedido traerá consigo problemas ambientales como el incremento de la contaminación o la desaparición de áreas verdes los cuales tendrán efectos sobre la población urbana de 60 años y más que no han sido estudiados (Melé, 2003; Salas-Cárdenas y Sánchez-González, 2014; Adame Rivera, 2020).

Las últimas décadas han sido marcadas por el aumento significativo del envejecimiento demográfico global, en donde América Latina y el Caribe experimentarán el incremento de la población de 60 años y más, motivado por el aumento de esperanza de vida, la caída de la fecundidad y el aumento de la migración (Fernández y Vela, 2005). Esto significa que es un escenario sin precedentes que va a influir en las políticas sociales y sanitarias, demandando atención de múltiples disciplinas como arquitectos, urbanistas, geógrafos, sociólogos, psicólogos en el campo de la gerontología ambiental (Andrews y Phillips, 2005; PAHO, 2012).

Como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento es un proceso evolutivo y gradual y esta relacionado directamente con los cambios por la edad y el entorno en que habite el individuo, que de

acuerdo con la OMS (2015) lo reconoce como un proceso que comienza desde la concepción y que va generando cambios a lo largo de la vida y estos al interactuar con el ambiente pueden generar adaptaciones positivas o negativas.

El proceso de envejecimiento plantea desafíos y consecuencias en el crecimiento de la población globalmente, donde las proyecciones sobre las personas adultas mayores representan el 20% en países desarrollados y el 10% de los países en desarrollo actualmente. Estos números a futuro se incrementarán en un 5 %, sin embargo, esto cambiaría drásticamente para los países en vías de desarrollo en donde el aumento será de un 10%, esto quiere decir, que los países de la región de América Latina se encuentran en el desarrollo temprano de esta transición demográfica (Montes de Oca, 2013).

El impacto para los países en vías de desarrollo se dará a una mayor velocidad estimando que entre los años 2015 y 2050 la cantidad de personas de 60 y más años aumentará el doble de la población de 652 millones a 1700 millones de personas, un incremento del 38%, mientras que para el 2050 el 79% de la población mundial de este grupo de edad vivirá en esta región.

Si bien el envejecimiento es un proceso lleno de cambios fisiológicos por la edad, el contexto ambiental y social del individuo y el entorno que habita, se llega a producir una disminución de las capacidades físicas y psicológicas teniendo como consecuencia el aumento de tiempo en el lugar (vivienda o barrio) es donde adquieren relevancia los entornos estimulantes como elementos y ambientes naturales (equipamientos urbanos públicos y privados, áreas verdes, calles arboladas), lo cual fomentaría las actividades cotidianas de las personas mayores, la recreación y las relaciones sociales (Peace et al., 2005; Sánchez-González y Montalvo- Rivero, 2019).

En los países en vías de desarrollo la transición demográfica se está dando de forma acelerada, la tasa de mortalidad baja y la tasa de natalidad crece lentamente, es evidente que el crecimiento es exponencial (Pizarro, 2010), una “explosión demográfica” que sucedió entre 1950 y 1975 alteró la dinámica demográfica a partir del siglo XX.

De acuerdo con los datos de la ONU (2013) América Latina está pasando por una fase de disminución en los nacimientos después de experimentar cambios en la mortalidad, esto significa que la tasa de crecimiento va disminuyendo, por lo tanto, en los próximos años esta región será una población envejecida (CEPAL, 1993). Por otra parte, otro de los desafíos demográficos es la salud en el envejecimiento, ya que el vivir más tiempo los procesos biológicos y demográficos plantean que se requerirán mayores cuidados por la dependencia que se genera en la vejez, donde las personas requerirán de ayuda para su cuidado y actividades cotidianas (Aranco et al., 2018).

Uno de los principales factores del riesgo de dependencia son la edad, el sexo femenino, el bajo nivel de estudios, padecimiento de enfermedades crónicas, depresión, discapacidad motriz, auditiva, visual y la falta de relaciones sociales, la cual también puede ser evaluada de diferentes formas y entre mayor sea la dependencia las consecuencias serán negativas para la persona, familia y sociedad (Dorantes et al., 2007; Doubova et al., 2010). Todas estas características sociodemográficas en conjunto se están desarrollando en un contexto complejo a nivel global y de cambio climático, el uso de nuevas tecnologías y grandes economías han contribuido a una mayor generación de problemas climáticos sobre todo en América Latina. Por lo tanto, en esta región la población que envejece vive en entornos donde su vulnerabilidad se incrementa y tienen una menor capacidad de adaptación ante estos desafíos (Bankoff, 2003). Asimismo, los entornos físicos y sociales de las personas mayores también influyen en su vulnerabilidad frente a estas problemáticas y por lo tanto se propone el concepto y el conocimiento del envejecimiento en el lugar con el fin de lograr la adaptación a estos retos por medio de la creación de políticas sostenibles y a la adecuación y optimización de los contextos en que viven actualmente y en un futuro las personas mayores (Gamble et al., 2013).

El contexto ambiental en el envejecimiento

Anteriormente se ha abordado el tema del envejecimiento desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, quienes

hacen mención sobre la relación entre el envejecimiento y la urbanización están estrechamente ligados a una tendencia global donde las ciudades crecen y la población de 60 y más años también (OMS, 2007), por medio de una guía para la creación de ciudades amigables que promueven el envejecimiento activo y saludable en el lugar.

En la actualidad las ciudades tienen repercusiones negativas en el bienestar de las personas mayores y es por esto que existe la necesidad de sensibilizar a gobiernos y administraciones de la importancia del envejecimiento saludable en el lugar por medio de la creación de espacios públicos recreativos y entornos naturales para reforzar la identidad de la persona y el empoderamiento por medio de la participación en la vejez (Sánchez-González, 2014).

Asimismo, las ciudades y sus entornos físicos y sociales ambientales han sido el enfoque de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha reconocido el crecimiento de la población y los efectos negativos de la globalización en el proceso del envejecimiento saludable, ya que las personas mayores son quienes tienen mayor vulnerabilidad a las influencias ambientales, por esta razón son necesarias la generación de experiencias en el lugar (An, Lee y Kim et al., 2013).

La percepción sobre los problemas ambientales causados por la deficiente planeación y los procesos propios de la globalización está vinculado al lugar de residencia y sobre los valores ambientales, esto quiere decir, que no solamente los lugares de residencia son parte de las experiencias cotidianas de la persona mayor, sino también los espacios y lugares en los que se desplaza y la forma en como lo hace (Toro Sánchez, 2014).

El contexto ambiental en el que viven las personas mayores se relaciona entre factores económicos, sociales y la subjetividad espacial como las personas cercanas, familiares o el lugar, sin embargo, este bienestar empeora la situación de las personas mayores al estar presentes las presiones ambientales que amenazan los entornos (Adame Rivera, 2020; Sánchez González, 2009).

El barrio y la vivienda, que se han mencionado anteriormente, son importantes para la identidad personal y social de la persona mayor,

las cuales la transforman por medio de la vinculación con las personas para evitar su deterioro (Membrado, 2010).

Es así como estos entornos próximos adquieren relevancia en el envejecimiento en el lugar donde se dan las relaciones sociales entre la comunidad y la familia y están relacionados con el estado físico y psicológico de la persona e incluso las condiciones económicas para determinar su calidad de vida (Osorio et al., 2008). El caso de la vivienda es un claro ejemplo donde el individuo tiende a identificarse hasta convertirlo en un espacio significativo de acuerdo con Lázaro y Gil (2004).

El envejecimiento al ser diverso, puede presentarse de diferentes formas en todos los contextos, si bien se traduce en la disminución de las capacidades físicas y psicológicas, el aumento de estancia en estos entornos son importantes para mantener la actividad cotidiana de una persona mayor (Peace et al., 2006) y es evidente que según las estimaciones demográficas uno de cada cuatro serán personas mayores, entonces es importante generar las acciones necesarias para mitigar los efectos de los problemas ambientales en la salud y calidad de vida (Gueguen y Stefan, 2014).

En este aspecto, los estudios sobre el envejecimiento contemplan en los entornos próximos las dimensiones físicas que habitan las personas mayores donde pueden tener conectividad con otras personas agregando el sentido de pertenencia donde las dimensiones emocionales y psicológicas adquieren relevancia (Lecovich, 2014). Por otra parte, cualquier cambio en el entorno puede beneficiar o afectar el envejecimiento en el lugar y generar cambios positivos como lo planteó Lawton (1998) donde incluso al disminuir estas presiones ambientales se puede mejorar la actitud hacia el entorno.

Por lo tanto, el significado de envejecer en el lugar esta relacionado con la permanencia en el lugar manteniendo autonomía, privacidad y el control sobre el entorno (Dyck et al., 2005). Las ciudades amigables planteadas por la Organización Mundial de la Salud que promueven el bienestar físico y social de las personas mayores para mejorar su calidad de vida de tal forma que en este modelo, se integran los entornos naturales, construidos y sociales de los entornos urbanos, así

como la necesidad de tener los servicios y que la participación sea activa, inclusiva, accesible y asequible en la vivienda y el barrio (González y Morrow, 2009).

Anteriormente se ha mencionado que los entornos físicos construidos y sociales pueden determinar la calidad de vida de las personas que están envejeciendo e influyendo de alguna forma el bienestar físico, mental y emocional, para esto es necesario estudiar como propiciar el envejecimiento en el lugar partiendo de las adaptaciones de la persona (Andrews y Phillips, 2005).

La adaptación de las personas de la tercera edad depende de las motivaciones principalmente de la familia y del entorno que habita, ya que se ha comprobado que si una persona es cambiada de lugar de residencia o el barrio puede convertirse en un proceso complicado donde el estar lejos de sus espacios cotidianos genera efectos negativos en la salud (Caprón y González, 2010).

Incluso se ha planteado que las características personales y sociodemográficas dependen de la relación cotidiana con su vivienda, el barrio y la comunidad, como también las experiencias vividas en la infancia tienen efectos a largo plazo en el envejecimiento. Por otra parte, es necesario plantear que no solamente los entornos físicos-construidos y sociales influyen en el envejecimiento en el lugar, también los entornos naturales tienen efectos terapéuticos por medio de la mejoría de la salud de la persona mayor (Yen et al., 2014).

Las adaptaciones al entorno pueden llegar a definir las capacidades funcionales de la persona, la dependencia, el nivel de discapacidad de los problemas que existen en el entorno, por esta razón es importante las investigaciones desde la gerontología ambiental donde se conoce, analiza, modifican y optimizan las relaciones entre la persona y el entorno y que requiere de un trabajo multidisciplinar (Whal y Weisman, 2003). Por consiguiente, la comprensión de este proceso y de la relación de la persona- ambiente, permitirá prever los escenarios y la generación de políticas asistenciales de salud y del entorno físico- construido, natural y social.

¿Y entonces cómo sucede la identidad ambiental en la persona mayor? De manera evidente las ciudades actualmente suelen ser un

problema para poder lograr el envejecimiento saludable en el lugar, ya que las condiciones de los entornos suelen excluir y generar aislamiento social de acuerdo con Agich (2003).

En últimas décadas se han abordado estudios sobre la identidad ambiental e incluso sobre los paisajes o entornos terapéuticos, son escasos y se han enfocado en analizar los efectos de estos sobre la identidad de las personas mayores (Clayton, 2003; Yen et al., 2014).

La identidad ambiental en el envejecimiento es el sentido de conexión o conectividad que se define en los lugares o ambientes donde la persona mayor desarrolla su vida cotidiana partiendo de las relaciones emocionales, experiencias y pertenencia de cada individuo a determinados entornos (Cuba y Hummon, 1993). Asimismo, se ha demostrado que la interacción, exposición y percepción de los entornos naturales están asociados al reconcomiendo del lugar donde se generaran valores que contribuyen de forma positiva a su estado de ánimo y de manera simbólica a su identidad personal (Stedman, 2002). Por lo tanto, son un conjunto de condiciones del espacio arquitectónico y natural que resuelven las necesidades del ser humano para que desempeñe de mejor manera sus actividades cotidianas.

La identidad ambiental sucede cuando se genera la interacción simbiótica entre el entorno físico y natural y las experiencias espaciales de la persona mayor que contribuye al desarrollo e integración en las comunidades y lo que somos, por ejemplo, en el caso del hogar es considerado como una estructura física que es considerada como el territorio donde existe una identidad del ser (Hayward, 1975). Partiendo de estas relaciones emocionales y de pertenencia a determinados entornos, es la dimensión que delimita la identidad con relación a los entornos por medio de un patrón de ideas consientes e inconscientes, sentimientos, valores, metas, tendencias y comportamientos con un entorno en específico de acuerdo con Proshansky (1978).

Sin embargo, el deterioro social y ambiental de estos entornos cotidianos puede llevar a la estigmatización del lugar, que es un termino en el envejecimiento asociado al distanciamiento social por la existencia de un estigma social a diversos entornos construidos, como el caso

de los asilos, residencias para mayores y hospitales, caracterizados por imágenes y significados negativos que generan problemas de adaptación y afectan la calidad de vida de la persona mayor y su identidad (Sánchez González, 2014).

Las experiencias vividas en el lugar mencionadas anteriormente, se generan desarrollando concepciones y acciones relacionadas al apego al lugar, lo que deriva en sentimientos de pertenencia a un entorno significativo que provee una identidad ambiental aumentando las sensaciones de seguridad en los entornos inmediatos (Gustafson, 2001). Por otra parte, el apego al lugar sucede en entornos específicos donde la persona es propensa a recordar, sentirse cómoda y segura en relación con el lugar (Pretty et al., 2003).

Estrategias de adaptación ambiental en el envejecimiento

El envejecimiento es diverso y se desarrolla en diferentes contextos de la vida cotidiana, donde las presiones ambientales van incrementándose en las zonas urbanas y donde la población aumentara considerablemente para el año 2050 limitando sus capacidades funcionales, cotidianas y relaciones sociales (Lang et al., 2008).

Las discapacidades y dependencias en el envejecimiento ocasionan que las personas mayores sean mas vulnerables a los entornos urbanos, representando un problema de adaptación al incrementarse las presiones ambientales (Adame Rivera, 2020). La pérdida de las capacidades funcionales y cognitivas limita el desarrollo de su cotidianidad, así la importancia de generar un mayor conocimiento para promover estrategias para el envejecimiento en el lugar (Hahn, 1987).

Como se ha descrito anteriormente, los estudios sobre la interacción entre persona y ambiente dieron inicio en la época de los 60, partiendo de los resultados obtenidos donde mencionan que las residencias de cuidado a largo plazo tenían efectos negativos en los adultos mayores. Posteriormente en los años 70, se dio a conocer el interés por los factores ambientales que generaban estos problemas y afectaban los

comportamientos y actitudes de las personas mayores, es cuando se generaron teorías y modelos que explicaban todos estos fenómenos (Izal y Fernández, 1990).

Todo esto puede explicarse por medio de aproximaciones sobre el comportamiento positivo o negativo en el envejecimiento y el impacto que tienen en la persona las condiciones del entorno, una de las teorías más utilizadas para explicar esta relación es el modelo ecológico de la competencia.

Este modelo propuesto por Lawton considera el contexto ambiental donde el envejecimiento ocurre, proponiendo que los comportamientos y actitudes son el resultado de la interacción entre la competencia o capacidad funcional y las presiones ambientales, en donde si esta presente un desequilibrio puede inducir comportamientos desadaptativos negativos (Scharlach, 2017).

El modelo ecológico determina que la conducta es una función de la competencia del individuo y donde las presiones ambientales son la situación a la que se tiene que enfrentar la persona mayor. Entre mayor sea esta exposición al entorno, la persona preferirá no optar por realizar una actividad limitando su movilidad, es así como la demanda ambiental sobrepasa el nivel de competencia de la persona mayor y el resultado serán situaciones de estrés.

El modelo ecológico determina que la conducta es una función de la competencia del individuo y donde las presiones ambientales son la situación a la que se enfrenta, como por ejemplo las barreras arquitectónicas que pueden ocasionar caídas. El nivel de adaptación sobre las competencias se refiere al equilibrio que hay entre los estímulos externos y el grado de percepción, sensibilidad y cognitiva de la persona, esto quiere decir que el individuo se va adaptar a cualquier estimulación del entorno (Figura 1).

Sin embargo, a esta teoría se le incluyo otra hipótesis de docilidad ambiental donde se plantea que a un alto nivel de competencia esta asociado a una independencia de la persona con respecto a las presiones ambientales (Lawton, 1973), esto quiere decir que cuando hay menos competencias personales permite el control de las condiciones

del entorno al comportamiento, así como Rowles (1978) formula que las barreras del entorno son mas significativas si se enfrentan a una disminución del estado de salud físico y mental de la persona mayor.

Por lo tanto, se plantea que los entornos no solo son fuente de presiones ambientales, sino que también ofrecen recursos y oportunidades que promueven la estabilidad y seguridad frente a la disminución de las capacidades físicas, sociales y cognitivas.

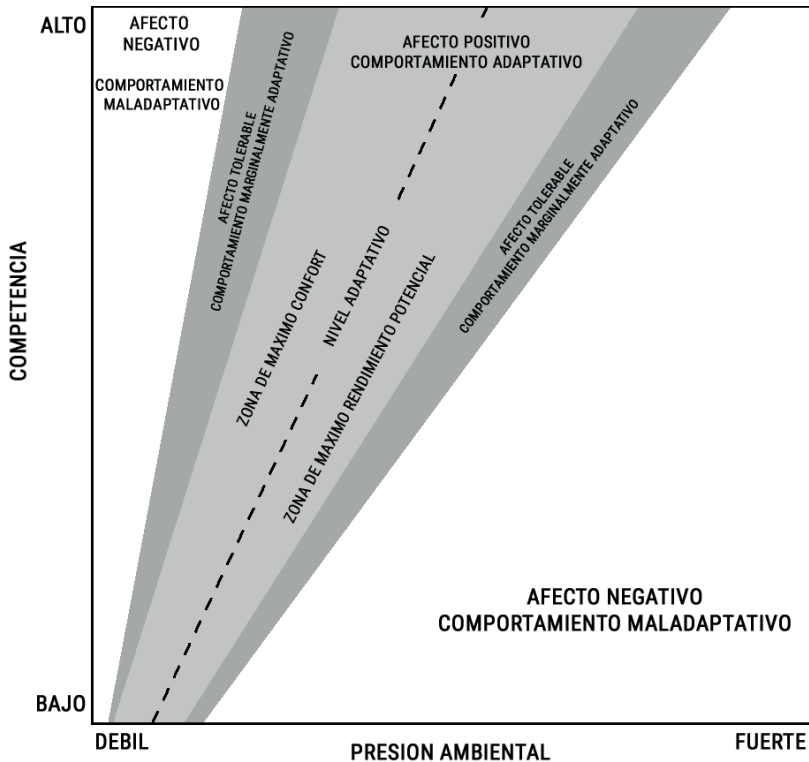


Figura 1. Modelo de competencia de Lawton y Nahemow (1972)

Fuente: Modificado de Aging, Health and the Environment: An ecological model (Maus y Satariano, 2017)

Las aproximaciones teóricas sobre la relación entre la persona y ambiente provén de alguna manera el conocer los procesos de adaptación de los adultos mayores a sus entornos cotidianos, de alguna manera estos proporcionan las herramientas necesarias para estudiar esta interacción entre el individuo y el entorno habitable (García Valdez et al., 2018).

En el caso de las residencias para mayores, se ha demostrado que tienen una relación mas compleja con los entornos físicos y sociales como su identidad ambiental debido al tipo de Vivienda (hogar particular o residencia de cuidados a largo plazo) (Wilson, 2007).

Por esta razón es importante que los entornos próximos a las viviendas o barrios donde habita la persona mayor condicionan su adaptación y se plantea que la ubicación de los mismos, tenga la accesibilidad necesaria a los equipamientos y servicios como espacios públicos (Sánchez González y Chávez, 2019).

La influencia de los entornos naturales en el envejecimiento en el lugar

La vivienda y el barrio son los entornos próximos principales donde realizan sus actividades cotidianas las personas mayores, por esta razón, es importante que en ellos estén presentes los entornos naturales relevante para la adaptación y mantenimiento de las actividades cotidianas de las personas mayores.

Recientes investigaciones señalan la importancia de estos elementos para el envejecimiento saludable en el lugar por medio de los efectos tangibles en la salud, el incremento de valores y sentimiento positivos y de la calidad de vida del individuo (Falk et al., 2012).

Los espacios públicos por ejemplo son importantes para el mantenimiento de la vida cotidiana, la independencia y permanencia en entornos familiares para las personas mayores. También las áreas verdes contribuyen a generar entornos estimulantes y atractivos para envejecer en el lugar y elevar de forma positiva la satisfacción en sus entornos (Kaplan y Kaplan, 1982).

La problemática ambiental anteriormente mencionada, como la urbanización en crisis, la globalización, la erosión de áreas verdes daña la interacción y percepción del colectivo de personas mayores que crece cada vez más generando nuevas identidades, valores y comportamientos desadaptativos con su entorno (Jackson, 2004).

Por lo tanto, la creación y calidad de los paisajes en la vida cotidiana, marcan una diferencia en la calidad de las experiencias vividas por medio de la creación de ambientes atractivos, existiendo la necesidad de generar espacios que ofrezcan un potencial óptimo de vida, ya que la forma en que se viven estos ambientes que cambian son complejos y adquieren importancia en la construcción de la identidad personal y social (Kaati et al., 2007).

Todas las experiencias que se generen en un entorno pueden contribuir al estudio de la conservación de los paisajes naturales, convirtiéndolos en una herramienta para la planificación ya que genera diversos comportamientos de las personas mayores como También los procesos de adaptación de la vida diaria (Rowles, Oswald y Hunter, 2004).

Si bien las contribuciones de la gerontología ambiental han enfatizado la importancia de la relación de la persona con el entorno físico construido y social, es importante agregar a esto la relación con los entornos naturales, ya que son escasas las investigaciones sobre esta interacción y su influencia para afrontar los desafíos de la vida cotidiana en la vejez (Krause, 2004).

El envejecimiento en el lugar tiene como objetivo que no solamente la observación de estos entornos así como la estimulación de los paisajes naturales permitan la autonomía y mantenimiento del estado de salud de las personas, sus relaciones sociales y el apego al lugar, de tal forma que contribuyan terapéuticamente a la vida cotidiana.

La conectividad con la naturaleza, por ejemplo, consiste en la relación de una conexión entre el entorno natural y el individuo, como una experiencia con lazos afectivos con la naturaleza de acuerdo con Olivos (2011), ya que la construcción de la imagen de uno mismo precisamente proviene de la relación que se tiene con el entorno (Clayton y Opatow, 2003).

Asimismo, la conexión con la naturaleza es una representación en que una persona trata el nivel de emocional de la conectividad con el entorno natural y lo hace de forma directa e indirectamente por medio de la recuperación de la salud, el ánimo de realizar ejercicio, el contacto social y la provisión de oportunidades por medio de la experimentación en entornos naturales (Cervinka et al., 2011).

Otra de las ventajas del contacto con la naturaleza, es que pueden causar efectos positivos en la salud por medio de estímulos en el individuo reduciendo los niveles de estrés y generando un estado positivo ante la vida y mejorando su recuperación (Ulrich, 2013).

Incluso un dato interesante, es que Braubach (2017) menciona que hay una asociación de peligro hacia los entornos naturales verdes, debido a la exposición de alergias, infecciones por insectos, riesgos de lesiones, sin embargo, esto puede ser tratado mediante un diseño correcto del espacio y los estímulos podrían seguir siendo negativos si no se plantean los entornos físicos construidos y naturales que permitan llevar la vida cotidiana.

Por otra parte, citando a Tuan (1979), los paisajes son algo profundo en la identidad y pertenencia sobre el eje del apego humano al paisaje por medio de la identidad del paisaje y lugar, ya que no solo es lo que vemos sino la forma en la que lo vemos e interpretamos con la mente, el paisaje es un constructo de la mente y el sentimiento, los humanos podemos responder automáticamente y subconscientemente, las vidas están afectadas por lugares particulares que habitamos ligándonos espiritualmente a un mundo más amplio.

Appleton en 1975, argumenta que existe una relación entre la persona y el ambiente natural y es evolutivo, ya que los sentimientos individuales y cognitivos del individuo están relacionados a las preferencias en el ambiente desde la perspectiva estética hasta la protección contra las amenazas y estos surgen de la respuesta a los estímulos y como se promueve el funcionamiento de las respuestas a los paisajes, las cuales están relacionadas con las emociones y el estado de ánimo (Milligan, 2004).

Esta combinación entre los entornos físicos construidos y naturales han sido esenciales en el tiempo por beneficios que se pueden

obtener en la salud por medio de la naturaleza. El apego a los paisajes naturales es natural y propio del individuo por el sentido de supervivencia de los procesos evolutivos, sin embargo, no dejan de ser una elección cultural, sino que también trae consigo efectos benéficos en la salud, que hasta el momento es desconocida la profundidad de sus repercusiones en la desaparición de los paisajes naturales sobre la identidad ambiental.

El diseño de estos entornos físicos y naturales son reconocidos como una ayuda importante para las personas con algún grado de dependencia o discapacidad como Alzheimer y otro tipo de demencias. Las recomendaciones que se plantean en el diseño están organizadas por escala, planeación y atributos generales en la construcción de lugares y espacios para la actividad cotidiana.

La exposición a los paisajes naturales cotidianos puede incrementar el afecto hacia el entorno por medio de comportamientos ecológicos asociados con la salud física y psicológica (Zhang et al., 2014) de tal forma que el paisaje natural contribuye de forma terapéutica a la vida cotidiana del adulto mayor favoreciendo su seguridad, identidad y conectividad con la naturaleza y la comunidad.

Los atributos el ambiente de un entorno natural como la vegetación del lugar o la frecuencia, proximidad pueden generar la presencia de recuerdos y vivencias que permite crear una identidad ambiental y aumentando las actividades y relación con la comunidad, de alguna manera el apego y la identidad que tienen a los paisajes naturales protege de efectos negativos que se puedan generar el le lugar (Rubbinstein y Parmalee, 1992).

Discusion

Es evidente que el crecimiento de la población adulta mayor tendrá grandes impactos demográficamente como también en las implicaciones de la planificación urbana, sobre todo porque esta sucediendo en un contexto de globalización, urbanización en crisis y cambio climático que ya ha tenido repercusiones negativas sobre el envejecimiento en el lugar.

Las previsiones indican que aumentarán los efectos del cambio climático como también la cantidad de personas mayores en las ciudades haciendo énfasis en la problemática de la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación en el envejecimiento a los cambios y desafíos (Bankoff, 2003). Se plantea también la importancia tanto de los entornos físicos construidos, sociales y naturales como componentes principales en el envejecimiento saludable y activo en el lugar por medio de los efectos que tienen sobre la salud, y la necesidad de incrementar los valores y sentimientos positivos para fomentar las actividades cotidianas (Falk et al., 2012).

Asimismo, se ha demostrado que la presencia de memorias y recuerdos permiten que exista una preferencia por el entorno natural, donde las personas mayores perciben más generando un sentido de seguridad y protección contra las amenazas. Por otra parte, Lee y Tai Kim (2013), la existencia de las áreas verdes en los entornos próximos promueve las actividades al aire libre y tienen efectos positivos en la salud de las personas mayores, sin embargo, al existir presiones ambientales como la falta de infraestructura o deficiencia, condiciona el uso de los espacios. Por lo tanto, es necesario la creación de estrategias proactivas para que los entornos sean usables.

Es claro que la interacción directa con los entornos puede estimular a la persona que de acuerdo con Kaplan la sobre estimulación de estos puede ocasionar efectos negativos como la fatiga y es entonces necesaria una estimulación pasiva que se puede lograr mediante la exposición para facilitar la recuperación.

La generación de estrategias de forma proactiva (proactividad ambiental) permite de alguna manera realizar modificaciones al entorno en relación con las capacidades y percepción es de la persona mayor consiguiendo equilibrar las presiones y lograr una mejor adaptación, comportamientos y actitudes de la persona hacia el entorno y la comunidad.

Es importante incrementar los estudios y el conocimiento sobre las implicaciones de los entornos para generar de forma activa y pasiva para el bienestar en la vejez, por ejemplo, la conectividad con res-

pecto a la participación de las personas mayores puede profundizar en comprender esta interacción con el envejecimiento saludable en el lugar.

Cabe agregar que la generación de políticas públicas sociales y de salud como también de planeación urbana, permitan el desarrollo del envejecimiento saludable en el lugar potenciando los espacios que pueden favorecer a la autonomía de la persona (Williams, 1999).

Desde la perspectiva de la gerontología ambiental, esta presente la necesidad de incrementar la investigación sobre entornos naturales y las implicaciones socio espaciales en el envejecimiento en el lugar, ya que estos pueden contribuir simbólicamente y terapéuticamente a reforzar la identidad ambiental.

El reto de todas las ciudades y comunidades amigables con el envejecimiento en el lugar promueve los entornos naturales y equipamientos con áreas verdes, muchos de ellos amenazados por la urbanización, esto mediante la participación y concienciación sobre la importancia de estos espacios en la vida cotidiana y el bienestar de la población.

Bibliografía

- Adame Rivera, L.M (2020). Entornos naturales y envejecimiento activo y saludable en personas institucionalizadas y no institucionalizadas del área metropolitana de Monterrey, México. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L., México.
- Agich, G (2003). Dependence and autonomy in old age. An ethical framework for long-term care. New York. Cambridge University Press.
- An, S., Lee, Y., & Kim, J. T. (2013). The Effect of the Public Exercise Environment on the Physical Activity for the Active Ageing of the Elderly. *Indoor and Built Environment*, 22(1), 319–331.
- Andrews, G.J. & Phillips, D.R. (2005), *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice*. Routledge. London.
- Appleton, J. (1975). *The Experience of Landscape*. London, U.K.. Wiley & Sons.
- Aranco, N, Stampini, M, Ibararán, P. & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Bankoff, G. (2003). Constructing vulnerability: the historical, natural and social generation of flooding in Metropolitan Manila". *Disasters*, 27(3), 95-109.
- Braubach M., Egorov A., Mudu P., Wolf T., Ward Thompson C. & Martuzzi M. (2017). Effects of Urban Green Space on Environmental Health, Equity and Resilience. En: N. Kabisch, H. Korn, J. Stadler & A. Bonn (Eds.). *Nature-Based Solutions to Climate Change Adaptation in Urban Areas*. (pp. 187-205). Switzerland. Springer.
- Capron, G. & González, S. (2010). Movilidad residencial de los adultos mayores y trayectorias de vida familiares en la ZMVM. *Alteridades*, 20(39), 67-78.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993). *Población, equidad y transformación productiva*. Santiago de Chile. CEPAL.
- Cervinka, R., Roderer, K., & Hefler, E. (2012). Are nature lovers happy? On various indicators of well-being and connectedness with nature. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 379-388.
- Clayton, S. & Opatow, S. (Eds.) (2003). *Identity and the natural environment. The psychological significance of nature*. Cambridge, MA: MIT Press.
- CONAPO (2006). *Proyecciones de la población en México 2005- 2050*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf.
- Cuba, L. & Hummon, M. (1993): A place to call home: Identification with dwelling, community and Region. *The sociological quarterly*, 34(2), 111-131.
- Di Veroli, D. (2008). *Arquitectura y envejecimiento*. Buenos Aires, Ed. Nobuko.
- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J.A., Mejía-Arango, S. & Gutiérrez-Robledo, L.M. (2007). Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico, 2001. *Rev Panam Salud Publica*, 22, 1-11.
- Doubova, S.V., Pérez-Cuevas, R., Espinosa-Alarcón, P. & Flores-Hernández, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC public health*, 10, 104. doi:10.1186/1471-2458-10-104.
- Dyck, I., Kontos, P., Angus, J. & McKeever, P. (2005). The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. *Health & Place*, 11(2), 173-185.

- Escudero, J & Passantino, L. et al. (2003). Los viejos en su casa, en su ciudad. *Scripta Nova-Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 7(146). Recuperado de [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(103\).htm#_edn1](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(103).htm#_edn1)
- Falk, H., Wijk, H. & Pearsson, L. (2012). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Cargin Sciences*, 4(27), 999-1009.
- Fernández, D. & Vela, F. (2005). Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970- 2000. *Papeles de población*, 11(45), 107-141.
- Fetter, I., Olivos, L., Gutiérrez, G. & Michán, S. (2012). Regulación Epigenética del envejecimiento. En: E. López Muñoz, E. & N.M. Torres (Coords.). *Aspectos moleculares del envejecimiento*. (pp. 61-69). México. Instituto de Geriatria.
- García-Valdez, M.T., Sánchez-González, D. & Román-Pérez, R. (2018). Procesos de desadaptación de las personas mayores con problemas de discapacidad a los espacios públicos de la ciudad de Hermosillo, México. En: F. Cebrián-Abellán, F.J. Jover & R.C. Lois (Coords.). *América Latina en las últimas décadas: procesos y retos*. (pp. 715-727). Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha- Asociación de Geógrafos Españoles.
- Garving, T., Nykiforuk, C.I.J. & Johnson, S. (2012). Can we get old here? Seniors perception of seasonal constraints of neighbourhood built environment in a northern winter city. *Geografiska Annaler: Series B*, 94(4), 369–389.
- González, E. & Morrow-Howell, N. (2009). Productive engagement in aging friendly communities. *Journal on American Society on Aging*, 33(2), 51-58.
- Gueguen, N. & Stefan, J. (2014). Green Altruism: Short Immersion in Natural Green Environments and Helping Behavior. *Environment and behavior*, July, 1-19. doi: 10.1177/0013916514536576.
- Gustafson, P. (2001). Meanings of place: Everyday experience and theoretical conceptualizations . *Journal of Environmental Psychology*, 21(1), 5-16.
- Gutierrez, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de población*, 5(19), 125- 147.
- Gutiérrez, L.M. (2010). México y la revolución de la longevidad. En: L.M. Gutiérrez & J.H. Gutiérrez (Coords.). *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. (pp. 21-36). México. Instituto de Geriatria.

- Hayward, G. (1975). Home as an environmental and psychological concept. *Landscape*, 20, 2-9.
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20, 21-32.
- Izal, M., & Fernández- Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6 (2), 181-198.
- Jackson, T. (2004). *Motivating Sustainable Consumption: A Review of Evidence on Consumer Behaviour and Behavioural Change*. Report to the Sustainable United Kingdom. Development Research Network, Centre for Environmental Strategy, University of Surrey.
- Kaaty, G., Byrge, L.O., Pembrey, M. & Sjöström M. (2007). Transgenerational response to nutrition, early life circumstance and longevity. *European Journal of Human Genetics*, 15(7), 784-790.
- Kaplan, S. & Kaplan, R. (1982). *Cognition and Environment: Functioning in an Uncertain World*. New York. Praeger.
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The Gerontologist*, 44(5), 615-623.
- Lang, I.A., Llewellyn, D. J., Langa, K. M., Wallace, R. B. & Melzer, D. (2008). Neighborhood deprivation and incident mobility disability in older adults. *Age and Ageing*, 37(4), 403-410.
- Lawton, M. P. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.). *The psychology of adult development* (pp. 619-674). Washington. American Psychological Association.
- Lawton, M.P. (1990). An environmental psychologist ages. En: I. Altman, I. & K. Christense, K. (Eds.). *Environmental and behavior studies: Emergence of intellectual traditions*. (pp. 339-363). New York. Plenum Press.
- Lawton, M.P. (1998). Environment and aging: Theory revisited. En: R. J. Scheidt & P. G. Windley (Eds.). *Environment and aging theory: A focus on housing*. (pp. 1-31). New York. Springer.
- Lázaro Ruiz, V. & Gil López, A. (2004). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la industrialización. *Intervención psicosocial*, 14(1), 24-40.
- Melé, P. (2003). Conflits urbains por la protection de la nature dans une metropole mexicaine En : P. Melé, C. Larrue, & M. Rosemberg, M. (Eds.). *Conflicts et territoires*. (pp. 103-117). Tours. Presses Universitaires François-Rabelais.

- Membrano, M., (2010). Experiencias de envejecer y experiencias urbanas: un estudio en el suroeste francés. *Alteridades*, 20(39), 57-65.
- Milligan, C., Gatrell, A. & Bingley, A. (2004). Cultivating health: therapeutic landscapes and older people in northern England. *Journal of Social Science and Medicine*, 58, 1781-1793.
- Montes de Oca, V., García, S.J. & Sáenz, R. (2013). Transnational aging: Disparities among elderly Mexican immigrants. *Transnational Social Review. A Social Work Journal* 3(1), 65–82.
- OMS (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva. World Health Organization.
- OMS (2015). Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=67899299EA5DAF6E77813FACBE3209B0?sequence=1
- Osorio, P., Torrejón M.J. & Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas. *Revista de Psicología*, 17(1), 101-108.
- Pan American Health Organization (PAHO) (2012). *Guide lines for Mainstreaming the Needs of Older Persons in Disaster Situations*. Washington, DC., PAHO.
- Peace, S., Holland, C. & Kellaher, L. (2006): *Environment and Identity in Later Life*. Maidenhead. Open University Press.
- Pizarro Alcalde, F. (2010). La teodría de la transición demografía: recursos didácticos. *Revista de Enseñanza de las Ciencias Sociales*, 9, 129-137.
- Pretty, G.H., Cchiupper, R.H.M. & Bramston, P. (2003). Sense of place amongst adolescents and adults in two rural Australian towns: The discriminating features of place attachment, sense of community and place dependence in relation to place identity. *Journal of Environmental Psychology*, 23(3), 273-287.
- Proshansky, H.M. (1978). The city and self-identity. *Environment and Behavior*, 10, 147–169.
- Rodriguez-Rodriguez, V. & Sánchez-González, D. (2016). Approaches to Environmental Gerontology in the Mediterranean Europe and Latin America: Policy and practice on ageing and place. En: D. Sánchez-González & D. Rodríguez-Rodríguez, D. (Eds.), *Environmental Gerontology in Latin America and Europe. Policies and perspectives on environment and aging*. (pp. 11-44). New York. Springer Publishing Company.

- Rowles, G. D. & Bernard, M. (Eds.) (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. Nueva York: Springer.
- Rowles, G.D. (1978). *Prisoners of space? Exploring the geographical experience of older people*. Boulder: Westview Press.
- Rowles, G.D., Oswald, F. & Hunter, E.G. (2004). Interior living environments in old age. En: H.W. Wahl, R. Scheidt & P.G. Windley (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*. (pp. 167-193). New York, NY: Springer.
- Rubinstein R. & Parmalee P. (1992). Attachment to place and the representation of the life course by the elderly. En: I. Altman I. & S.M. Low (Eds.). *Place Attachment*, (pp. 139-161). New York. Plenum Press.
- Salas-Cárdenas, S.M. & Sánchez-González, D. (2014) Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. *Retos del Urbanismo gerontológico*. *Contexto*, 8(9), 31-49.
- Sánchez-González, D. & Adame-Rivera, L.M. (2014). Identidad ambiental y envejecimiento en el lugar ante los retos del cambio climático. El caso de Monterrey, México. En: J. Carpio, F. Cebrián, F., M.C. Mínguez & O. González (Coords.), *Revisando paradigmas, creando alianzas*. (pp. 69-91). Madrid. Asociación de Geógrafos Españoles-Universidad Complutense de Madrid.
- Sánchez-González, D. & Montalvo-Rivero, E.A. (2019). Vivienda y envejecimiento desde la gerontológica ambiental. En: E. Sousa-González, A. Palacios-Barra, D. Sánchez-González & M.T. Ledezma-Elizondo (Coords.), *El espacio interior de la ciudad metropolitana: retos y posibilidades*. (pp. 139-164). México. Editorial Colofón.
- Sánchez-González, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México. *Retos de la planeación gerontológica*. *Revista de geografía Norte Grande*, 38, 45-61.
- Sánchez-González, D. (2009). Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: El caso de Granada. *Papeles de Población*, 15(60), 175-213.
- Sánchez-González, D. (2011). Precipitaciones extremas y sus implicaciones en procesos de remoción en masa en la planificación urbana de Tampico, México. *Cuadernos Geográficos*, 48, 135-159.
- Sánchez-González, D. (2018). Natural Landscape and Environmental Gerontology. *Environmental Analysis and Ecology Studies*, 1(5), 1-3.
- Scharlach, A. (2017). Aging in context: Individual and Environmental Pathways to Aging- Firendly Communities- The 2015 Matthew A. Pollock Award Lecture *The Gerontologist*, 57(4), 606-618.

- Stafford, P. (2009). *Elderburbia: Aging with a sense of place in America*. California, Praeger Press.
- Stedman, R.S. (2002). Toward a social psychology of place. Predicting behavior from place-based cognitions, attitude and identity. *Environment & Behavior*, 34(5), 561-581.
- Toro Sánchez, F.J. (2014). La construcción de la identidad ambiental a partir del urbanismo ecológico. En: D. Sánchez González & L.A. Domínguez (Coords.). *Identidad y Espacio Público. Ampliando ámbitos y prácticas*. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Tuan, Y. (1979). Thought and landscape. En: D. W. Meinig (Ed.). *Interpretation of ordinary landscapes* (pp. 89–102). Oxford. Oxford University Press
- Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., Fiorito, E., Miles, M.A. & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal Environmental Psychology*, 11, 201–230.
- United Nations (2013). *World Population Ageing 2013*. Report. New York. Department of Economic and Social Affairs Population Division, UN.
- Wahl, H.W. & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new Millennium: Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43, 616–627.
- Wilson, K. B. (2007). Historical evolution of assisted living in the United States, 1979 to the present. *The Gerontologist*, 47(s3), 8-22.
- Yen, I., Fandel, J., Thompson, H., Anderson, L. & Wong, G. (2014). How Design of Places Promotes or Inhibits Mobility of Older Adults: Realist Synthesis of 20 Years of Research. *Journal of Aging Health*, 30, 1-33.



ADULTO MAYOR Y ENVEJECIMIENTO de Pedro César Cantú-Martínez, se terminó de imprimirse en mayo de 2022, en los talleres de SEPRIM. En su composición se utilizaron los tipos Minion Pro 8, 9, 10, 12, 14, 16 y 24. El cuidado de la edición estuvo a cargo del autor. Diseño de portad de Claudio Tamez.



TENDENCIAS

Adulto mayor y envejecimiento

Pedro César Cantú Martínez

El objetivo primordial del libro *Adulto mayor y envejecimiento* es mostrar una perspectiva de la importancia que involucra conocer los aspectos que rodean a las personas en esta etapa del desarrollo y la responsabilidad que atañe a la sociedad de proveer los elementos para un envejecimiento adecuado. Esto toma gran relevancia ya que en la actualidad nos enfrentamos a una realidad de carácter demográfico que demanda actuaciones en el ámbito de la convivencia social, integración, bienestar y salud de las personas mayores en su proceso de envejecimiento. El libro está constituido por cinco partes y 13 capítulos con temas que abordan situaciones concretas que refieren al progreso del envejecimiento y al impacto social que sobreviene, donde el resto de la sociedad tiene que ocuparse con la finalidad de otorgar una respuesta apropiada a las necesidades de los adultos mayores.

ISBN 978-607-27-1718-3



9 786072 717183



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



CASA UNIVERSITARIA DEL LIBRO

EDITORIAL UNIVERSITARIA UANL