



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL

NEZAHUALCÓYOTL

**“EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN
TEÓRICA PARA EL CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA CALIDAD DE VIDA
EN EL ADULTO MAYOR”**

TESINA

Que para obtener el título de Licenciado en Educación para la Salud

PRESENTA:

Mora González Paulina Monserrat

ASESOR:

Dr. Ibarra Espinosa Manuel Leonardo

Cd. Nezahualcóyotl Estado de México Marzo de 2016



INDICE

Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Importancia.....	8
Planteamiento del problema.....	12
Pregunta de investigación	17
Métodos y técnicas de investigación empleadas	18
Cita alusiva a la Tercera Edad.....	20
Marco teórico	
Capítulo I Vejez	
Revisión teórica del concepto vejez a lo largo de la historia.....	21
Capítulo II Calidad de Vida.....	31
2.1 Calidad de Vida Subjetiva.....	37
2.2 Calidad de Vida Objetiva.....	42

Capítulo III Las dos palabras claves a través de la Calidad de Vida

3.1 Autoestima.....45

3.2 Autocuidado.....49

Capítulo IV. Promoción y Educación

para la Salud en el Adulto Mayor.....52

4.1 Entornos amigables para el Adulto Mayor.....55

4.2 Estrategias de implementación.....58

Capítulo V. Propuestas.....67

Capítulo VI. Conclusiones.....76

Bibliografía.....77

DEDICATORIA

A mis papás Soledad y Armando, no hay palabras que expresen el agradecimiento que tengo por todo su apoyo y esfuerzo recibido; tanto en mi vida personal como mi trayectoria académica que hoy llega a su fin. Gracias a ustedes tengo la mejor herencia, los valores y la educación que me brindaron con la cual me forme desde el kínder hasta la universidad.

A Eliud, mi hermano mayor un exitoso profesionista y sin duda un gran ejemplo a seguir.

A Héctor, mi hermano menor y al cual espero servir como una motivación más en su preparación profesional.

La alma máter por permitirme formar parte de sus filas, al igual que a mis maestr@s que se encargaron de brindarme su conocimiento y experiencia dentro del aula. Y muy especialmente al Dr. Leonardo Ibarra que sin su guía no habría sido posible la conclusión de mi trabajo.

Gracias a todos que de alguna forma u otra han colaborado en mi formación personal y escolar; y para la realización de este trabajo con el que doy como concluida una de las etapas más importante de mi vida.

RESUMEN



Foto por Paulina Monserrat Mora González

En México, el número de personas de más de 65 años ha crecido dentro de la pirámide poblacional debido a un descenso de natalidad, lo que ha ocasionado un envejecimiento demográfico acelerado. Por tanto la vejez se concibe desde un enfoque multidimensional, por ello la importancia del trabajo de los Educadores para la Salud en el mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor; para ello es significativo desarrollar y proponer alternativas de solución orientadas hacia la mejora de la Calidad de Vida, Autoestima y Auto cuidado, con el propósito de generar y promover la participación activa de los adultos mayores, y así hacerlos partícipes dentro de la sociedad actual.

¡Darle vida a la salud! es el objetivo primordial del Educador para la Salud en la vida de los Adultos Mayores! para ello es importante sensibilizar a toda la población y ofrecer una orientación adecuada a este grupo vulnerable involucrando a la familia y comunidad para que vivan una vejez saludable y satisfactoria; disminuyendo la incidencia de factores de riesgo.

El presente trabajo nos habla sobre Educación para la Salud en el Adulto Mayor: Una revisión teórica para el conocimiento integral de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor, debido a que representan un sector muy vulnerable dentro de nuestra sociedad Mexicana por consiguiente se pierden fácilmente oportunidades laborales y una participación activa dentro de la comunidad.

La vejez se concibe desde un enfoque multidimensional que engloba aspectos: biológicos, físicos, sociales y psicológicos.

La Calidad de Vida en la vejez debiera ser estudiada desde los componentes de competencia conductual, como de salud, así como el funcionamiento a la inclusión social y el bienestar subjetivo de la Calidad de Vida, la satisfacción vital y finalmente los factores ambientales. (Iglesias - Souto y Dosil, 2005).

Con relación a los capítulos, en el primero se aborda una revisión histórica del concepto de vejez y cómo es que ha sido vista en diferentes épocas y bajo diferentes entornos sociales y culturales.

En nuestro segundo capítulo se habla sobre la Calidad de Vida de una forma subjetiva y objetiva; resaltando desde los inicios de dicho concepto, posteriormente se da paso con la definición del concepto bajo el enfoque de distintos autores (OMS, Reig, Yasuko, entre otros) retomando lo más importante de cada una de los 2 tipos de calidad de vida mencionados , además se destacaran también factores que se consideran como determinantes de la calidad de vida (factores psicológicos, familiares y sociales).

El tercer capítulo nos habla de lo que considero una parte fundamental para la comprensión de la Calidad de Vida en la tercera edad, y es el hablar del Autoestima y Auto cuidado desde la perspectiva de diversos autores analizando de qué manera los conceptos se pueden relacionar y/o condicionar ya sea de una forma positiva o negativa en esta etapa de la vida humana y dentro de la sociedad que nos rodea.

Para el cuarto capítulo se toca el tema de la Promoción y Educación para la Salud en el adulto mayor, dando un aporte de acciones que son viables para una mejor integración de las personas mayores, en las cuales pueden intervenir y colaborar los familiares y los Licenciados en Educación para la Salud; y de esta forma concebir una aceptación de los estereotipos impuestos por la misma sociedad.

El capítulo quinto está dedicado a las propuestas desde el enfoque de Licenciado en Educación para la Salud, orientadas a generar personal capacitado para lograr una concientización social y a su vez llegar a una mejoría en la calidad de vida de los adultos mayores.

En el capítulo seis se presentan las conclusiones del presente trabajo documental y analítico.

Y por último hago mención que dentro del trabajo se muestra una serie de fotografías en las cuales se puede apreciar a personas de la tercera edad dentro de entornos que favorecen su autoestima y por lo tanto la forma en la que ellos se ven dentro de su comunidad; buscando en estas imágenes generar una conciencia social de cómo deberían ser vistos los adultos mayores.

Haciendo de su conocimiento que dichas fotografías fueron captadas mientras realizaba la investigación del presente trabajo y que a su vez forman parte de mi formación como fotógrafa. Se puede apreciar que cada imagen cuenta con un nombre en ella que corresponde a mi firma.

IMPORTANCIA

Hoy en día, llegar a la vejez ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo muchas personas no logran envejecer con una buena Calidad de Vida; he ahí la

importancia de intervención de la Educación para la Salud, desde un estudio multidimensional, permitiéndole identificar las necesidades, características del entorno de los adultos mayores, y posteriormente intervenir en la elaboración de programas y proyectos de intervención comunitaria para la prevención y el desarrollo de estrategias de estilos de vida saludables



dirigidos al adulto mayor, conllevados hacia una mejor Calidad de Vida.

Foto por Paulina Monserrat Mora González

En México se cuenta con programas de apoyo a este sector vulnerable de la sociedad, que van desde la inclusión de actividades recreativas, y de desenvolvimiento social y cultural; sin embargo el problema radica en la mala elaboración y focalización de dichos programas, permitiendo así que este grupo vulnerable no logre un envejecimiento pleno. (Ham Roberto, 1993). Y por otro lado no existe el personal capacitado para llevar a cabo los programas a buenos términos.

Un ejemplo es el caso del ahora INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) antes conocido como el Instituto de la Senectud (INSEN) creado el 22 de Agosto de 1979 por el Presidente de la República Lic. José López Portillo, cuyo objetivo fue que la colectividad se enterara de la existencia de dicho organismo, pues la responsabilidad por los adultos mayores no sólo es del gobierno, sino de toda la sociedad, empezando por el hogar.

Y siguiendo con los planes enfocados a los adultos mayores, en el año de 1982 se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la cual elaboró el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; dicho plan fue adoptado como propio por las Naciones Unidas el mismo año. Y se decretó en 1990 por las Naciones Unidas el 1° de Octubre como "Día Internacional de las Personas de Edad".

En base a lo expuesto por la Asamblea, el Educador para la Salud, retoma su participación activa, en la problemática que está representa hasta nuestros días, dicho suceso es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que complican la aparición de patologías que contribuyen en gran medida a la pérdida de capacidades vitales que deterioran el bienestar del adulto mayor. (Manrique de Lara Guillermo, 1992)

Como resultado de los grandes cambios sociales experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población sufre un

incremento relativo de la urbe en edades avanzadas. Ello representa en muchos casos una carga social y económica para quienes los rodean, sobre todo en unidades familiares donde se ha perdido la dimensión del rol tradicional del adulto mayor como consejero y poseedor de experiencia.

En nuestros días el adulto mayor es considerado como una carga social y familiar, desde el simple hecho de no pertenecer a la productividad, y al no aportar un sustento económico dentro del núcleo familiar y sabemos que la mayoría de estas personas nunca tuvieron un trabajo digno o estable, o sino fueron despedidas antes de cumplir tantos años de trabajo, limitando su derechos a tener una seguridad social, generando a partir de manera los estereotipos actuales de cómo ve las personas jóvenes a las de tercera edad.

Se percibe en nuestro país, que la mayoría de las personas adultas no cuenta con una seguridad social, tal ejemplo es de aquellos adultos que se encuentran en las zonas rurales o marginadas que viven sin alguna ayuda económica, y que las condiciones de vida son precarias, delimitando así su desarrollo social, generando en ellos una inactividad en las relaciones sociales, repercutiendo negativamente en su salud física, mental y social.

Ante la falta de apoyo económico del gobierno federal, de la delimitación de las fuentes de trabajo y las condiciones precarias en las que viven nuestros adultos mayores, dan pauta al desarrollo de diversas patologías como: enfermedades crónico degenerativas, cognitivas y físicas, que limitan su capacidad para laborar y realizar sus actividades diarias, lo cual formará en ellos una codependencia hacia su entorno familiar y social.

Por ello resulta pertinente la intervención del Educador para la Salud a través de estrategias lúdicas y dinámicas en busca de óptimos estilos de vida saludables que conlleven al adulto mayor a gozar de un envejecimiento adecuado, desarrollando en ellos actividades recreativas, culturales y sociales, lo que les

permitirá ampliar sus habilidades y capacidades en la toma de decisiones económicas, emocionales y físicas garantizando en ellos la prevención de padecimientos que degeneren su estado de salud.

La convicción del Educador para la Salud en este cambio de actitud de la sociedad hacia las personas de la tercera edad, percibido desde el punto de vista de la educación, es que cambie su visión de este acontecimiento social que representan los adultos mayores.

En este sentido deberán tomarse en cuenta las dimensiones personales y comunitarias en el proceso del desarrollo de una nueva conciencia social que dará paso a cambiar la realidad, y dejando de lado las inquietudes y angustias de parte de la mayoría de adultos mayores en cuanto a la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, el envejecimiento poblacional se ha relacionado con el número de personas de más de 65 años en comparación con los de menor edad.

A lo largo de la etapa de la vejez, quienes logran llevar una vida deben de enfrentar al final de su existencia el envejecimiento, no solo en términos sociales y biológicos; ya que en la actualidad se han construido concepciones sociales de la vejez denominando que al llegar a la última etapa de la línea de vida es entrar a un proceso de declive, pérdidas y cercanía a la muerte; como consecuencia dichas imágenes permean en la existencia de niños, jóvenes y adultos.

Hay información que permiten reflexionar sobre la manera en que las creencias de la sociedad son entendidas por la población en general, haciendo referencia a las arrugas, el pelo blanco, verrugas, muchos lunares, caminar despacio, ojeras, su fragilidad, etc.; cabe mencionar que estos estereotipos son impuestos por las nuevas generaciones concibiéndolos como decadentes. La presencia de estos marcadores sociales conduce a valorar al adulto mayor como un sujeto dependiente, excluido, discriminado, marginado y con prejuicios por las denominaciones que ha sufrido.

Es relevante mencionar que en México, este grupo de edad ha estado creciendo dentro de la pirámide poblacional debido a que existe un descenso de natalidad, que ocasiona menores volúmenes de población infantil y adolescente, incrementando así la participación porcentual de las personas mayores y el envejecimiento demográfico acelerado. (INAPAM, 2014).

Sin embargo, no es sino hasta ahora que se le está dando mayor atención debido a la magnitud y rapidez con las que se presenta y las consecuencias que trae consigo, marcando el sector de la población envejecida como un grupo vulnerable.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

Entre una menor población joven y una mayor población adulta envejecida, dará pauta a nuevas problemáticas sociales y culturales acerca de los diferentes segmentos de la población y su funcionamiento. Existirán cambios en las formas de trabajo y producción, los patrones de demanda se elevarán y habrá un mayor consumo de servicios médicos, seguridad social, la forma de las relaciones familiares, la conformación de redes de apoyo, las transferencias de recursos y una mayor labor de los sistemas políticos.

Las condiciones de vida en los adultos mayores son más vulnerables, ya que se van perdiendo fácilmente oportunidades laborales, una participación activa dentro de la sociedad mexicana; y así auto percibiéndose fuera de su entorno, por el simple hecho de no ser personas productivas e independientes.

El Consejo Nacional de Población en sus Proyecciones de la Población, 1990-2050 estimó que para principios de la décadas del siglo XXI habrá una evolución estadística en la población a partir de los 60 ó 65 años en adelante, estableciendo

la etapa de la vejez. Posteriormente se comparó de manera porcentual el proceso de envejecimiento en México del año de 1950, 1990, 2000, 2030 y 2050; para el primer año las personas en edad avanzada representaban el 3.1% de la población total, en 1990 se llegó al 3.7%; para el 2000 se obtuvo una diferencia porcentual del 1.1% lo que indica la aceleración del envejecimiento conforme avanzan los años; ya que entre los años 30's y 2050 se espera una diferencia de 5.7 puntos, bajo estos valores para la mitad del próximo siglo la cuarta parte de la población Mexicana tendría 65 y más años de edad. (CONAPO, 1998)

El contexto actual en México, al igual que el de muchos países en el mundo, se ha visto influenciado por diversos factores como la globalización, la industrialización, la urbanización y la modernización que han modificado la estructura de la sociedad en todos sus ámbitos, desde lo económico, político, social y hasta lo familiar. Dentro de las transformaciones ocurridas en México se observa la transición demográfica, caracterizada por la presencia de un mayor número de adultos mayores.

La transición demográfica se caracterizó inicialmente por un descenso progresivo en la tasa de mortalidad, y posteriormente con la declinación de la fecundidad. Por lo que se redujo el peso relativo en las franjas inferiores de la pirámide poblacional, así como un incremento de las franjas superiores de dicha pirámide; estos cambios han implicado profundas transformaciones en la distribución de las edades de la sociedad Mexicana, al disminuir la mortalidad y la fecundidad; la pirámide de la población se transforma, estrechando su base y ampliando su cúspide (Tuirán, 1999).

La vejez se concibe desde un enfoque multidimensional que engloba aspectos: biopsicosociales, dando pauta a un estudio exploratorio de cómo se está desarrollando el envejecimiento acelerado.

Desde esta perspectiva se da pauta a estudiar la importancia de la Calidad de Vida y Educación para la Salud en el adulto mayor para disminuir el envejecimiento acelerado, avalando estilos de vida saludables, y al mismo tiempo evitando incapacidad y/o enfermedades.

Actualmente, uno de los problemas que afectan a los adultos mayores en nuestro país es la falta de participación activa dentro de la sociedad y sus efectos son factores que inciden de manera negativa en la Calidad de Vida y en el bienestar de la población. Esta situación genera oportunidades de vida distintas, manifestando la falta de intervención para la toma de decisiones que afectan su vida cotidiana, la falta de protección, la ausencia de participación política y social.

Los adultos mayores al no participar y vivir aisladamente se encuentran limitados para decidir sobre asuntos prioritarios que les concierne como un grupo social, también se limita su participación, intercambio de ideas y una protección hacia su Calidad de Vida, como consecuencia de ello no concurre en un envejecimiento activo.

Se determina la Calidad de Vida como parte del estudio multidimensional de la vejez, comprendiendo diversos componentes tanto objetivos como subjetivos, incluyendo ámbitos de la vida, normas culturales de bienestar y aspectos sociales, físicos y psicológicos, otorgando un peso diferente de acuerdo a la percepción de la persona, considerando para algunas personas más importantes estos aspectos que para otras. (Yaguas 2006).

Según Iglesias - Souto y Dosil (2005), la noción de Calidad de Vida en la vejez debiera ser estudiada desde los componentes de competencia conductual, como de salud, así como el funcionamiento a la inclusión social y el bienestar subjetivo de la Calidad de Vida, la satisfacción vital y finalmente los factores ambientales. Desde este enfoque, Birren y Schaie (2001) y Belsky (2001) establecen que la Calidad de Vida está relacionada con la Salud, por lo cual debería investigarse el

funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo de las personas mayores, permitiendo comprender la magnitud del problema.

Así mismo, la calidad de vida del adulto mayor, es la resultante de diversas características del individuo tales como: vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas, cada uno de estos aspectos contribuye de manera diferente para permitir un estado de bienestar, considerando el proceso evolutivo del envejecimiento y las adaptaciones del individuo a su medio biológico, social y psicosocial.

En ese sentido, es importante analizar alternativas de solución implementadas en nuestro entorno, orientadas a la promoción de la participación activa y hacia un avance óptimo en la mejora de la calidad de vida, con el propósito de generar y promover la participación de los adultos mayores en sociedad, para que les permita obtener un reconocimiento, respeto, y participación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Dónde es necesaria la intervención del Educador para la Salud en de la calidad de vida del adulto mayor?

OBJETIVO GENERAL

- Proponer desde la Educación para la Salud estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los factores sociales que afectan a la calidad de vida del adulto mayor.
- Proponer estrategias de educación para la salud encaminadas a un envejecimiento óptimo.

MÉTODO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADAS

Por ser un trabajo de tipo documental y analítico la metodología llevada a cabo fue mediante la consulta de libros en físico de áreas referentes a las ciencias de la salud, de educación, nutrición, religión, prevención de accidentes, con temas propios de la tercera edad. Algunos del área de historia, filosofía.

Se examinaron a su vez manuales que están en internet y consulte en la misma vía diferentes artículos en plataformas como redalyc.

Realice una selección y lectura de los documentos rescatando lo más importante y sobresaliente de los temas a buscar como concepto de vejez, viejo, anciano, calidad de vida tanto objetiva como subjetiva, historia de la vejez a lo largo de distintas épocas, autocuidado, autoestima, etc.

Se visitó las oficinas del INAPAM en el Distrito Federal, en el cual me proporcionaron artículos que tratan de diferentes temas que tiene que ver con la tercera edad; en esta institución solo fue posible fotocopiar algunos materiales que me fueron prestados para consulta.

Acudí a eventos en los cuales se daban cita en su mayoría personas de la tercera edad, para obtener imágenes que mostraran el medio que los rodea y la forma en cómo perciben como grupo y como individuos esta etapa de sus vidas.

De igual forma los días que conviví con los grupos que se reúnen una vez a la semana, sostuve en dichas convivencias pláticas con las personas de manera individual y grupal en las cuales pude observar cuales son sus preocupaciones en su vida y también que tipo de actividades son las que les gusta llevar a cabo para mantenerse ocupados y sentirse parte de un entorno.

Además de a ver visitado la Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, para la consulta de libros de manera física. La biblioteca de Universidad Autónoma de México campus Xochimilco y por último la biblioteca de la Universidad Autónoma del Estado de México Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, revisión de los libros.

Y por último de manera personal pude adquirir 9 libros que tratan sobre la temática los cuales me fueron de gran utilidad para la elaboración del trabajo.

“No me gusta que las historias se acaben; ni en el cine, ni en la literatura, ni en la vida. Siempre tiene que haber más posibilidades, más caminos, más respuestas”.

Vicente Leñero

1933-2014

CAPÍTULO I: VEJEZ

La condición del anciano dependerá del contexto social, y si bien hay un destino biológico que lo convierte en improductivo, el rechazo de la comunidad será más precipitado según la cantidad de recursos que éste posea, en algunas la decrepitud del individuo comienza a los 40 y en otras a los 80 años. (Simone de Beauvoir, 1970).



Cabe hacer una diferenciación en cuanto a los términos de viejo, vejez y envejecimiento que se presentan en este capítulo para que no haya una confusión y se pueda comprender de esta forma a lo que se refieren los autores respecto a esta etapa y ver así cuál era su principal preocupación o la base de su argumento dentro de la sociedad de la que se esté hablando.

La palabra Viejo es referida al individuo como tal es decir, nombre con el que son reconocidos dentro de la sociedad y que además cuenta con 60 años o más.

La Vejez por tanto es considerada la etapa en el ciclo de la vida en la cual se pasa por una serie de cambios en algunos casos positivos y en otros negativos; y aquí encontramos también cambios físicos y emocionales. Formando así parte de un proceso histórico, dinámico, gradual e inevitable

Y por último tenemos la palabra Envejecimiento entendido como un proceso en constante evolución y en el que cada persona envejece en función de cómo haya vivido y es manifestada de una forma compleja por múltiples facetas (fisiológicas, emocionales, cognitivas, sociológicas, económicas e interpersonales) y que a su vez van a influir en el funcionamiento y bienestar social.

La vejez estará marcada según el contexto histórico social que se esté presenciando generando una imagen y un rol de las personas mayores de manera distinta.

El texto más antiguo conocido de un viejo autoanalizándose, es el de un escriba egipcio, Ptah-Hotep, visir del faraón Tzezi de la dinastía V, por tanto redactado hacia el año 2450 a.C. el cual nos dice: "¡Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina, su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer; todos los huesos están doloridos; las ocupaciones a las que se dedicaba no hace mucho con placer, hoy sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece, es por eso que la vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre".

En el Antiguo Testamento la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las

personas mayores junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados. De esta manera, las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza.

Después, en las culturas primitivas su longevidad era motivo de orgullo para el clan, por ser los poseedores del saber, y por la memoria que los contactaba con los antepasados, por estos motivos muchos de ellos se consideraban verdaderos intermediarios del presente y el más allá. En esas sociedades la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

La concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a las personas mayores. Platón adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores. Elogia la vejez como etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y las ofrece en la comunidad funciones de gran divinidad y

responsabilidad, directivas, administrativas y jurisdiccionales y superiores en estima social. Hace resaltar, los agentes individuales del envejecimiento, considera que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez, y explica cómo habría que prepararse para la vejez.

Por el contrario, Aristóteles presenta una imagen más negativa de la persona mayor. En su Retórica destaca el afán de disputa en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. La "senectud", que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente. Además, las personas mayores son caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. En su escrito *De generatione animalium* asocia la vejez con la enfermedad.

Por otra parte en las sociedades antiguas los griegos y los romanos a la vejez le atribuían la sabiduría, por lo cual tenían un lugar honorífico. Con el paso del tiempo se comienza a presentar la oligarquía, en donde los ancianos impedían a los jóvenes el acceso a puestos importantes, tratando a toda costa de mantener el orden establecido; la vejez era símbolo de calificación, no necesariamente era símbolo de amor o respeto y la condición de anciano se encontraba íntimamente ligada a la de propietario, por tanto era respetado, y como la riqueza aumentaba a través de los años, eran por consecuencia las personas que poseían el nivel social más elevado; después cuando se establece la democracia se hace un cambio de poder, y aunque se presentó un conflicto de generaciones, los ancianos lograron conservar algo del poder que disfrutaban y alcanzaron un nivel de civilización increíble, al menos del siglo VII a.C en adelante.

Mientras tanto China ofrecía un ejemplo de civilización estática durante siglos, y para su población lo relevante no era evolucionar, sino sobrevivir, siendo así que en los puestos más elevados se encontraban los ancianos. Dentro de la familia

debían obediencia al hombre más anciano, pues la cultura reclamaba más experiencia que fortaleza.

Durante la Edad media los ancianos ricos eran venerados y se sentían orgullosos de su vejez, muchos se encuentran representados en pinturas, y algunos otros son ridiculizados por los pintores de la época, sin embargo, podemos mencionar que las personas accedían a puestos de responsabilidad a una edad, que en nuestra sociedad moderna se considera como próxima a la jubilación, y para ciertas profesiones, como la escritura y la historia, la edad oscilaba entre los 60 y 80 años, por lo que la mayor parte de las crónicas y de las obras históricas de los últimos siglos de la edad media fueron escritas por personas de edad muy avanzada.

También otro punto de gran relevancia es que aumenta la esperanza de vida, debido a una mejor higiene y a la mejora de las condiciones materiales, por lo que la población se incrementa y rejuvenece; el niño empieza a jugar un papel importante dentro de la familia, y los ancianos toman una importancia particular porque simbolizan la unidad y la permanencia de esta unidad, sobre todo, por la herencia de las riquezas, cuya acumulación es la base del capitalismo. Y al envejecer, el jefe de la familia continúa poseyendo sus propiedades y un prestigio económico, es la época de los tratados de la humanidad; es decir, se inclina el siglo a favorecer a los débiles, a los ancianos, al infante; es el tiempo del altruismo.

En el Renacimiento, los valores que conlleva la juventud son exaltados, por lo que la vejez presagio de decadencia y muerte fue atacada con violencia sin precedentes. Los hombres del renacimiento intentaron prolongar la juventud y a través de la medicina, magia, alquimia, religión y filosofía se unieron esfuerzos para resolver el enigma de la vejez y ponerle fin.

Para los representantes del Humanismo su opinión respecto a la vejez fue negativa, perviviendo la valoración social impuesta a lo largo de la Edad media en la sociedad occidental, a pesar de que la sabiduría y la erudición cualidades que priman en el ambiente de los humanistas, son tradicionalmente aplicadas a los ancianos. La mujer símbolo de belleza, al envejecer se convertía en el símbolo máximo de fealdad.

Al llegar al siglo XVII las críticas en la literatura bajan de tono y se concede al viejo mayor valor que en siglos precedentes. Entre la burguesía en auge, enriquecida por el comercio, se reconoció la autoridad de las personas de edad más avanzada en las que se respetaba al hombre rico y no al de edad como tal, aunque a partir de los 50 años era difícil mantener su puesto en la sociedad.

A finales del siglo XVIII y mediados del XIX en Europa se produjeron una serie de cambios que redujeron una profunda transformación en la sociedad. A esta transformación demográfica van unidos cambios sociales, económicos y políticos.

La clase dominante, formada por la aristocracia y el clero, que basaban su poder absoluto en la propiedad de la tierra. Se produjo el paso de una sociedad de estructura agrícola y mercantil a otra de carácter industrial y financiero y esta primera revolución industrial constituyó el inicio del proceso capitalista. Junto a estos cambios se provocó una revolución intelectual en el que se apoyó ideológicamente el despotismo ilustrado que influyó en todo el pensamiento europeo.

La asistencia pública fue reformada estimulando la beneficencia, y se atenuó la miseria de algunos ancianos. A pesar de todos estos cambios, el ideario respecto al papel del anciano no se modificó en general.

En las clases privilegiadas, los ancianos se beneficiaron del suavizamiento de las costumbres, donde una vida social más compleja exigía cualidades de

experiencia, de inteligencia y menos esfuerzo físico. El tiempo de la vida activa se alargó y los sexagenarios intervenían en la vida social. Las empresas eran familiares y el jefe el miembro de mayor edad. La burguesía en ascenso creó una ideología que valorizó la vejez, porque el anciano simboliza la unidad y la permanencia de la familia, permitiendo a través de ella la transmisión de las



riquezas y su acumulación, que es la base del capitalismo y el individualismo burgués. El jefe de familia envejecido gozó de prestigio conservando sus propiedades.

Estos cambios se manifestaron claramente en la literatura de la época. En el teatro del siglo XVIII se inició una evolución de la figura del viejo, desempeñando papeles donde se les muestra majestuosos y conmovedores.

Foto por Paulina Monserrat Mora González

También los viejos pobres ingresan tímidamente de la mano del "viejo servidor abnegado", aunque su figura solo interesa en relación a su amo.

En México para los aztecas, se respetaba a los ancianos, de hecho el padre de todos los dioses era llamado Huehuetéotl (huehue: viejo, teotl: dios); estaban organizados en calpullis (porción de territorio) formados por grupos de familias que estaban emparentadas entre sí por lazos consanguíneos, con autoridades que gobernaban en forma democrática, existiendo el llamado consejo que podía estar integrado por los huehuetèques o ancianos; existía también el tecuhtli o abuelo que era una designación honorífica, eran nombradas de esta forma, personas que se distinguían por su valentía o por cumplimiento de sus deberes religiosos y por ello los maestros de ceremonias sublimes eran siempre ancianos.

Los calpulli tenían como autoridades el consejo de ancianos y el número variaba según la población de cada calpulli; esta junta de ancianos estaba provista de jurisdicción civil y criminal, así como de la toma de decisiones de las cuestiones clave que afectaban a la comunidad; suponiendo que también tenían funciones de carácter administrativo, legislativo y judicial.

La presencia de la Revolución Industrial trajo consigo una serie de transformaciones y los cambios que se producen tienen repercusión en la condición de los ancianos y de la idea que sobre éstos se forma dentro de la sociedad. Se mostró notablemente el incremento de demográfico.

Y para ciertas clases de la sociedad la cantidad de ancianos aumenta, este incremento aunado al progreso científico, conduce a remplazar los mitos del envejecimiento por el verdadero conocimiento, y este conocimiento permite a la medicina sanar y curar a las personas ancianas.

Sin embargo, las transformaciones fueron en general negativas para los ancianos, cuya condición fue sumamente cruel sobre todo en la segunda mitad del siglo,

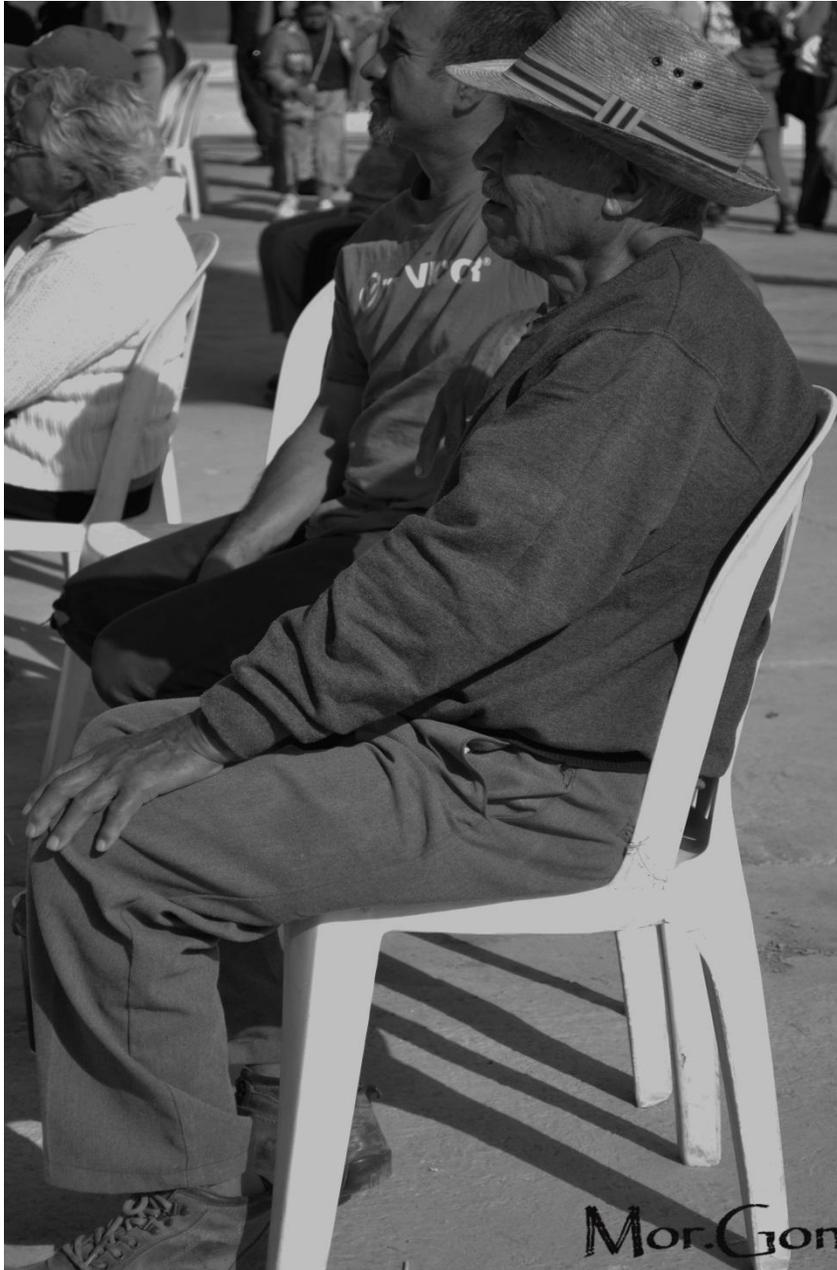
debido a que el trabajo no se encontraba protegido, el tratamiento del viejo en el campo era poco más o menos igual, debido a que la agricultura no progresa de la misma manera que la industria, los rendimientos eran escasos permitiendo a los campesinos apenas subsistir, por lo que los ancianos al no tener la fuerza para continuar cultivando la tierra, y sin haber ahorrado para el pago de agricultores, se encontraban a merced de la voluntad de los hijos, éstos, que vivían al borde de la miseria, no podían mantener gente inútil, por lo que normalmente los abandonaban en los asilos.

Después de la Revolución Industrial se da paso a la época actual, donde la modernización de la sociedad trae consigo la desaparición de la familia patriarcal y el continuo envejecimiento de la población ocasiona que la sociedad cree nuevas formas para su mantenimiento.

Con la Revolución Francesa se liberó a los viejos del estigma clásico y propicio una acción liberadora. Se proclamó el derecho de los viejos como ciudadanos y se les ofreció un espacio social, se le denominó a este como periodo de oro y con ello surgió la imagen del “pater familias” (imagen patriarcal del siglo de las luces) que perduró hasta el siglo XX.

En el México actual existe aún la llamada familia tradicional, y a pesar de que si bien la movilidad ha dificultado la coexistencia de tres o cuatro generaciones, las familias se mantienen unidas, y son ellas las que se ocupan de los que envejecen, siendo pocas las que internan a sus viejos en asilos o casas de asistencia.

Para el siglo XXI el concepto vejez se percibe desde la cualidad de viejo, como personas que tienen una edad senil, senectud, se le asocia también a los achaques, manías, actitudes de la edad de los viejos, o como un dicho o narración de algo muy sabido o vulgar, por eso la sociedad actual define la vejez en términos de edad cronológica, fundamentalmente por conveniencias estadísticas, es decir, se utiliza la edad para etiquetar distintas etapas de la vida.



Los cambios que se han dado en el mundo moderno han generado en el anciano una condición de encuentro entre dos mundos: el muy particular mundo de la persona anciana y el de la comunidad que le rodea.

Foto por Paulina Monserrat Mora González

CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA

La inquietud por la promoción de una buena vida es tan antigua como la propia civilización; lo mismo se puede decir de la calidad de vida en la vejez.

La investigación relativa a esta cuestión se incrementó a medida que en los países desarrollados se hizo cada vez más evidente el proceso de envejecimiento de población.

Se comenzó a hablar de calidad de vida tras la Segunda Guerra Mundial, misma que a su vez coincidió con el progreso de técnicas y procedimientos



la

Foto por Paulina Monserrat Mora González

destinados al mantenimiento de la vida de los enfermos crónicos, terminales y lactantes prematuros en riesgo de muerte; generando así discusiones sobre aspectos de rentabilidad económica considerando el bienestar de los individuos y los intereses de la sociedad.

Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”.

Para el año de 1960 y debido al interés de la promoción del bienestar social, se aceptó el concepto de calidad de vida como el desarrollo adecuado de las personas y los países, así como el bienestar material, vienen determinados por el progreso económico traducido en la mejora de condiciones materiales de subsistencia, en la posibilidad de adquisición de bienes, en el acceso a las oportunidades de educación, salud, vivienda, ocio y trabajo, y en el desarrollo personal.

En los 70's se utilizó el término de calidad de vida como reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida.

Se puede concebir la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial en la que se desarrollan formas de medida objetivas a través de indicadores y en los cuales tienen un peso específico la vivencia que el sujeto tiene de sí mismo.

La satisfacción de las necesidades humanas es lo que condiciona la calidad de vida, siendo a su vez el fundamento concreto de bienestar social. (San Martín y Pastor 1990).

La calidad de vida es vista como el criterio por el que se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias. (Dorsch, 1985).

Percepción personal de un individuo que tiene acerca de su situación en la vida, dentro de un contexto cultural y con los valores que lleva a cabo en su vida, estos encaminados a sus objetivos, expectativas e intereses personales. (OMS, 1994)

La calidad de vida se ve determinada según la personalidad de cada individuo, abarca desde su bienestar y la satisfacción por la vida que se tiene, que se ve relacionado con su salud, su comunidad y el ambiente que les rodea.

Velandia (1994) ve a la calidad de vida como una interacción de la vivienda, educación, alimentación, vestido y libertades humanas; ya que estos aspectos hacen una contribución para tener un óptimo bienestar en la evolución del envejecimiento. El medio biológico y psicosocial individual influye de manera negativa en la salud física de las personas generando estados de dependencia, temor, pérdida de la memoria, la muerte o el abandono.

Considero que los siguientes factores se ven relacionados en la calidad de vida de los adultos mayores y son de suma importancia para poder entender las problemáticas que se suscitan a lo largo de esta etapa de la vida

❖ Factor Psicológico de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Se ve afectado por el tipo de personalidad, es decir, la forma de ser frente al autocuidado; desde una perspectiva biológica establece una relación entre procesos neurofisiológicos y pautas de conducta y por el otro lado las teorías psicosociales que determinarán las formas de aprendizaje social e imitación.

Los problemas emocionales del adulto mayor incluyen la depresión siendo la enfermedad mental más común en este sector, perdiendo un interés por cosas que habitualmente le generaban vitalidad.

Otro factor es el maltrato entendido como la acción repetida o falta de respuesta apropiada, que se presenta dentro de relaciones donde existe una expectativa de confianza y la cual produce daño o angustias a los adultos mayores; dicho maltrato es generado por miembros de su familia.

❖ Factor Social de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Resultado de las diversas interacciones que se lleva a cabo con las personas que les rodean.

El contexto social de las relaciones familiares y personales define funciones y responsabilidades de cada cual. El aspecto social reduce el nivel de estrés, las redes familiares y de amigos favorecen a que el adulto mayor mantenga identidad social al tiempo que proporciona apoyo del tipo emocional, material, servicios e información.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

La salud de la población adulta depende menos del sistema sanitario que de la calidad de vida cotidiana de los miembros de la sociedad. Esta calidad de vida se ve incrementada por las redes sociales que, en consecuencia, tienen un efecto óptimo en la salud. Los expertos aseguran que, aunque a nivel general es necesario un sistema sanitario efectivo, hay que considerar otros factores que aseguren el bienestar de los ciudadanos, y tomar medidas complementarias

En este también incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Cuando la familia un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden y tienen un rol sencillo.

❖ Factor Familiar de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor

La familia es la esfera primordial a la que pertenecen los adultos mayores ya que en sus manos se halla que tengan un envejecimiento satisfactorio. El desarraigo que viven los adultos mayores al interior de su familia es la resultante de la percepción diferente de los valores de responsabilidad y compromiso entre los integrantes, ya que los hijos se desligan del núcleo original formando los suyos, los ancianos creen en los valores tradicionales que dicen que los hijos se deben de hacer cargo de los padres como muestra de reconocimiento y agradecimiento por la educación, alimentación, etc. que se les brindo.

Van desde la perdida de seres queridos ya sea por causas naturales o accidentales. La viudez principalmente el primer año después de la pérdida que puede generar consecuencias tales como la autodestrucción que desencadenara la depresión.

La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. Además, la familia en la edad avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino.

La familia ofrece un marco como estructura estable de sostén y vínculos con otros. El afecto, permanencia, refugio hacia dentro, en el mundo privado, son propios de la familia. (Barg Liliana, 2004).

Es el contexto natural para creer y recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que rige el funcionamiento de los miembros y a su vez define las conductas y facilita la interacción. (Eroles, 2001).

Hasta nuestros días no ha existido ninguna otra institución humana o social que supla el funcionamiento de la familia, más hablando de la satisfacción de las necesidades afectivas.

Las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben señales de amparo de sus seres más allegados que las hagan sentir valiosas y seguras.

Las relaciones con la familia de procreación (es decir esposa, esposo, hijos) son de las más vitales y esenciales. Ya que a mayor edad se torna más vital dichas relaciones, posteriormente siguen las relaciones con los hijos (as).

Por otro lado la Calidad de Vida puede abordarse desde 2 aproximaciones: la objetiva que está determinada por componentes económicos y por las corrientes de desarrollo; y desde la subjetiva que se refiere al grado de satisfacción insatisfacción que un individuo percibe en su vida (bienestar), mismo que es a su vez causado por los logros en relación a las aspiraciones, deseos y expectativas que él haya trazado a lo largo de su vida (García y González 2000, citado en Torres 2005) la satisfacción es a su vez una experiencia positiva de las personas.

2.1 CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA

La calidad de vida es un concepto que requiere parámetros subjetivos para su conformación, por lo que es necesario retomar aspectos contextuales inherentes a la salud, que evalúe el contexto de salud médica y a su vez el ámbito económico y político.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

Se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.

Desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

El bienestar subjetivo inicia a partir de la percepción del individuo sobre si alcanza sus metas en relación con sus valores, creencias y culturas. (Scaclon 1993)

Existen ocho áreas para determinar la calidad de vida en el adulto mayor (Reig, 1994):

1. Vida intelectual: Tenemos la capacidad de pensar, formular conceptos y juicios a través del lenguaje.
2. Vida emocional: Estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos. (Orbis, 1985)
3. Vida física: Considerando la alimentación, el ejercicio, el descanso y evitar el estrés.
4. Vida familiar: Considerada completa por el padre, la madre y los hijos y a su vez son parte esencial para la calidad de vida.
5. Vida social: Interacciones que se tiene con otros seres humanos.
6. Vida económica
7. Vida laboral: Puede ser limitado.

Foto por Paulina Monserrat Mora González Los mayores es buscarse a sí mismos, buscar el sentido a la vida.

La calidad incluye componentes de mérito como el valor. Aspecto que queda a la subjetividad de quién lo juzga; ciertos individuos o grupos sociales percibirán algo como de calidad siempre y cuando respondan a sus necesidades o expectativas. (Romay, 1994)

La calidad de vida es una experiencia subjetiva constituida por factores cognitivos y afectivos, y como tal es una evaluación subjetiva de la vida misma. (Torres, 1998)

Calidad de vida desde este nivel subjetivo tiene que ver con la percepción que se tiene del entorno y del bienestar emocional, el cual se conceptualiza como sostiene Palomar (1998). Como: “la felicidad que produce la satisfacción en las áreas de la vida”. Además de ese bienestar. La diversión, felicidad, infelicidad, autoestima, relaciones interpersonales y el trato en la familia, son parte elemental de la experiencia subjetiva.

“La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”. (Cabrera, Agostini, López y Victoria, 1998)

Es necesario tener en cuenta la actitud subjetiva del hombre hacia su modo de vida, porque la satisfacción o la insatisfacción son los inspiradores más importantes de su modificación (Victoria, 2000).

Quien reconoce que para apreciar la calidad de vida se requiere una doble evaluación, por un lado: “qué calidad de vida tenemos al compararnos con otras personas o grupos con los que se coexiste y, segundo cuál es la velocidad y orientación que determinarán la calidad de vida a futuro”. Por lo tanto la calidad de vida es un fenómeno dinámico no lineal que articula lo cuantitativo y lo cualitativo. (Abreu 2000).

Para Rocío Fernández Ballesteros, la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales. Por ello “la

evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones “.

Desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

La satisfacción y la felicidad son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias. (Yasuko 2005)

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

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

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

2.2 CALIDAD DE VIDA OBJETIVA

Según Daltabuit (1997), en la actualidad el concepto de calidad de vida define el nivel objetivo como las necesidades básicas de vivienda, servicios, salud y empleo.

Por su parte Enrique Leff (2000) coincide en los elementos del nivel objetivo, mismos que refiere como necesidades básicas de vivienda, vestido, salud y empleo.

Entre los factores objetivos se encuentran los relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

De acuerdo a Veenhoven (2000) calidad de vida objetiva se refiere a un grado de vida que alcanza estándares explícitos de la buena vida, evaluados por una persona externa imparcial.

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos.

El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

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

El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico).

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

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

Por otro lado la calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el “espacio vital” de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término, de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en el valor subjetivo. (Blanco, A. 1985)

El concepto de calidad de vida ha estado vinculado a la satisfacción, bienestar y felicidad, en las cuales las cuestiones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre.

CAPÍTULO III. LAS DOS PALABRAS CLAVES A TRAVÉS DE LA CALIDAD DE VIDA: AUTOESTIMA Y AUTOCUIDADO

Las dos vertientes de consideración del Educador para la Salud en el fomento a la mejora de la Calidad de vida del Adulto Mayor son Autoestima y Autocuidado.



3.1 AUTOESTIMA

Cuando hablamos de Adulto Mayor la autoestima es un término de relevancia tanto en el desarrollo como en la calidad de vida de las personas, considerándose así una necesidad humana fundamental que funciona en el interior con o sin nuestro conocimiento.

La contribución de las teorías humanistas sobre el concepto de uno

mismo juega un rol fundamental en la determinación de la conducta, y como afecta directamente en el comportamiento la manera en que las personas se ven y evalúan así mismas.

La integridad significa un estado de culminación de totalidad, una tendencia a mantener las cosas unidas; el uso de este término para designar la tarea de desarrollo de la vejez sugiere, que a pesar de declive inevitable que asalta a la persona de esa edad, ella no deja de ser ella misma. La expresión “logro de la integridad” significa que en la tercera edad es cuando el ser humano completa su devenir, es la edad en que llega a ser él mismo. (Erikson 1985).

La autoestima es considerada como parte del auto concepto, el cual constituye un sistema complejo de relaciones y a su vez es multidimensional ya que el individuo de auto valora e las diversas extensiones que posee y según los niveles y capacidades que percibe como propias para enfrentarse al medio.

Se ofrecen cuatro modelos de percepción de desarrollo histórico en nuestro ámbito cultural respecto a la comprensión y actitud hacia el tema:

- Primer estadio denominado del rechazo, actitudes negativas que sobre el envejecimiento aún se practican en nuestra sociedad.
- Segundo estadio es una forma de percepción relacionado con los servicios sociales. Se trata de una forma de entretener y mantener ocupados a los ancianos a través de la actividad.
- Tercer estadio la participación, hacer capaces a los sujetos para vivir en contacto con la tendencia general de la sociedad y para llevar una vida normal en tal sociedad.

- Cuarto estadio la autorrealización, características propias de este momento de la vida propician proyectos, actividades que hasta el momento no han podido ser realizadas por los motivos que fueren, y comienzan a ser posibles. La satisfacción personal, el crecimiento y los cambios psicológicos, adquieren aquí una gran relevancia. Estos años son considerados como momentos de creatividad y conocimiento. (Moody 1976).

Resulta ser que la autoestima es determinante en la supervivencia, la adaptación y realización del ser humano, independientemente de la edad y el sexo. Representa una variable con potencial para influir en conductas saludables y por tanto en el auto cuidado.

La experiencia de ser aptos para los requerimientos de la vida, es decir, la capacidad de enfrentarnos a los desafíos que se presenten durante la existencia; en el derecho de triunfar y ser creativos, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del futuro de nuestro esfuerzo. (Branden 1994).

Dr. B. Maslow (1992) define la autoestima como una necesidad básica de la personalidad con elementos fundamentales altruista de respeto, aprobación, capacidad real, logros, éxitos, la actuación conforme a la propia naturaleza interna y su aceptación.

Una autoestima alta se asocia con racionalidad, realismo, intuición, creatividad, independencia, capacidad para admitir y aceptar los errores, perseverancia de metas, alcanzando una gran satisfacción personal. Y en cambio una autoestima baja se relaciona con irracionalidad, negación de la realidad, rigidez, miedo a lo nuevo y desconocido, rebeldía, defensividad, sumisión, llevando a la persona hacia lo negativo.

Actitud, sentimiento, imagen para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad y como el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor. (Abud y Bojórquez, 1997).

La autoestima sufre cambios a través del ciclo vital y se considera que es el resultado de una autoevaluación sobre la competencia y aceptación social, desarrollándose desde la infancia.

A los adultos mayores afecta la concepción que tiene la persona de sí mismo, es decir la auto percepción sobre el grado de vida como adulto maduro.

Si su percepción es de acorde a los estereotipos asociados a la vejez como algo falta de valor, insensible o pasivo va a influir en su imagen y autoestima comenzando a considerarse así mismas como una carga, inútiles, imposibles de ser valorados , respetados y queridos. (Buendía, J y Riquelme, A. 1994)

La autoestima es un elemento decisivo en la propia imagen, y en la relación que mantenemos en la forma de pensar, en las emociones, deseos, valores y objetivos. (Buendía, 1994).

En el buen envejecer la autoestima cuando las personas creen que están viviendo de la misma forma que solían hacerlo, por el contrario cuando la persona siente que su nivel de vida es menor al que tenía antes la autoestima tenderá a ser más baja. Sin embargo, en la medida que esta es modificable, tenemos la posibilidad de evaluarnos objetivamente de acuerdo a la realidad y como consecuencia incrementarla. (Buendía y Riquelme, 1994)

3.2 AUTOCAIDADO

El autocuidado es el medio que fomenta al máximo que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar.

En este sentido, el Educador para la Salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, logrando que la persona tome conciencia de la importancia del cuidado de la salud. Para reconocer y comprender la importancia del autocuidado como estrategia orientada al desarrollo de aptitudes personales y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas que promuevan un envejecimiento saludable, tomando en cuenta las individualidades, necesidades y potencialidades de las personas adultas mayores.

Se reconoce como componente básico del autocuidado a la autoestima que es la valoración que tiene la persona de sí misma. Siendo necesario para un autocuidado adecuado que la persona tenga una autovaloración positiva, auto concepto respecto de sí mismo, en base al auto observación o autoconocimiento de sus componentes orgánico, psicológico, social y espiritual.

Es importante, por ello, que la persona tenga un auto concepto positivo para favorecer su autocuidado y una autodeterminación que es la toma de decisiones a nivel personal en todos los aspectos de la vida, abarcando el cumplimiento de metas en las múltiples esferas del ser humano partiendo del autoanálisis, autoafirmación, transformación y desarrollo personal a partir del disfrute de su condición humana.

El autocuidado contribuye a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, mantiene la auto valencia, fomenta el ejercicio y la adopción de estilos de vida saludables.



Foto por Paulina Monserrat Mora González

Autocuidado implica asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud.

Comprende las acciones y decisiones que toma una persona en caminadas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad. (Coppard).

En la teoría de enfermería es visto como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, salud y bienestar, afirmando que es una conducta que surge y se aprende de experiencias cognitivas y sociales. (Orem).

Se deben considerar actividades como promoción y fomento a la salud por medio de la práctica de estilos saludables, una prevención de enfermedades por medio del control y disminución de factores de riesgo, un adecuado mantenimiento,

recuperación y rehabilitación de la salud y por último incluir conductas afectivas, psicológicas que satisfagan las necesidades tanto de hombres como mujeres.

Se reconocen como componentes básicos la autoestima valoración que se tiene de sí mismo siendo necesario para una autovaloración positiva, auto concepto pensamientos, ideas u opiniones respecto de nosotros en base a la auto observación en componentes psicológicos, sociales y espirituales; y autodeterminación toma de decisiones a nivel personal en todos los aspectos de la vida personal abarcando el cumplimiento de metas.

La importancia del autocuidado en los adultos mayores ha beneficiado a mantener la capacidad funcional y prevenir enfermedades, hacer menos grave la enfermedad o discapacidad y mejorar la interacción entre personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud.

Se reconoce al autocuidado como el elemento principal que promueve el desarrollo humano integral.

CAPÍTULO IV. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR



Foto por Paulina Monserrat Mora González

El aumento de la esperanza de vida de las personas es un hecho, pero nuestra nueva meta es que estos años sean lo mejor funcional posible. Si bien, el envejecimiento de la población ha incrementado la esperanza de vida trayendo consigo una legión de personas con enfermedades crónicas degenerativas, frente a los cuales nuestros sistemas sanitarios y sus profesionales de salud requieren una mayor preparación para abordarlos.

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud como: Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud.

Combinando actividades de enseñanza e información que conlleven a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar su salud de manera individual y colectiva y poder así mantenerla.

En el año de 1954 dentro de los objetivos de la Educación para la Salud según la OMS estaba conseguir que la salud se insertara en los valores reconocidos por la comunidad, aportar a la comunidad conocimientos y capacidades suficientes para resolver problemas de salud y por último favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios.

Las conductas que nos permitirán mejorar la salud son la promoción entendida como el proceso que permite a las personas adquirir control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla, y la prevención de los problemas de salud.

De la Educación para la Salud surge la Promoción de la Salud ya que los educadores comprenden la necesidad de aplicar enfoques positivos a la promoción de la salud, incrementando y creando potenciales nuevos para la salud en lugar de centrarse en la prevención de las enfermedades.

Por tanto la Educación para la Salud genera acciones de promoción para la salud. Ubicando a la promoción en el terreno de generar oportunidades (políticas públicas) para que el individuo ejerza control sobre su proceso vital desarrollando capacidades para tomar decisiones saludables y así poder disfrutar una mejor calidad de vida.

Y así la educación para la salud da a la población los medios necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud, aportando conocimientos.

La Educación para la Salud está involucrada en la vida cotidiana de las personas, considerando una multiplicidad de aspectos: desde aquellos relacionados a los cuidados con el cuerpo y la mente hasta la percepción de los bienes colectivos.

Y aborda no solamente la transmisión de información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales (sociales, afectivas y cognitivas) y la valoración por sí mismo y por los demás.

Así mismo deberá ajustarse a las necesidades de la comunidad, familia y los individuos, de acuerdo con el procedimiento que se siga.

Siempre tendrá validez establecer prioridades en función de los principales problemas de salud que se presentan en la conducta de la población al respecto y en los recursos disponibles.

Una persona cambiará su conducta si comprende bien lo que debe hacer y si está convencida que el hacerlo se beneficia de alguna manera para alcanzar un fin deseado.

Por lo tanto darle vida a la salud es el objetivo primordial del educador para la salud en la vida de los adultos mayores, para ello es importante sensibilizar a toda la población dando los conocimientos necesarios para que adopte comportamientos más favorables para su salud.

El aumento de la esperanza de vida de las personas es un hecho, pero nuestra nueva meta es que estos años ganados sean con la mayor capacidad funcional posible.

Si bien, el envejecimiento de la población es un tributo al éxito de los sistemas de salud, a la vez que hemos aumentado la esperanza de vida se ha creado un sector de personas con enfermedades crónicas, dependientes y dementes, frente a los cuales nuestros sistemas sanitarios y sus profesionales de salud requieren una mayor preparación para abordarlos”

4.1 ENTORNOS AMIGABLES PARA EL ADULTO MAYOR

Para el año 2006 la OMS reunió a 33 ciudades de 22 países en un proyecto que identificará los elementos claves del entorno urbano que apoyen el envejecimiento activo y saludable.

El Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores: una Guía es un proyecto internacional generado para ayudar a las ciudades a prepararse para dos tendencias demográficas mundiales: el envejecimiento rápido de la población y la urbanización creciente. El programa va dirigido principalmente a los factores medioambientales, sociales y económicos que influyen en la salud y el bienestar de las personas mayores.

En dicha reunión se definió que una “ciudad amigable” con las personas mayores era aquella urbe en la que las políticas, servicios y estructuras (además del entorno físico y social) se diseñan para que los mayores se mantengan activos, con salud, seguridad y así vivan un envejecimiento pleno y positivo.

En la guía se identifican ocho dominios de la vida urbana que pueden influir en la salud y la calidad de vida de las personas mayores:

1. Espacios al aire libre y edificios: Haciendo referencia al entorno exterior y edificios públicos que tienen un impacto importante sobre la movilidad, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores; afectando así su capacidad para “envejecer en casa”. Sin dejar de lado entornos agradables y limpios, la existencia de espacios verdes, áreas para detenerse a descansar, aceras en buen estado con el espacio suficiente para caminar y libres de obstrucciones, cruces peatonales seguros, que en construcciones nuevas haya rampas, escaleras eléctricas o elevadores, baños públicos.

2. Transporte: Particularmente se refiere a la habilidad de trasladarse por la ciudad determina la participación social y cívica y el acceso a servicios comunitarios y de salud. Además de que sea accesible en términos físicos y económicos, que se cuente con asientos preferenciales para personas de la tercera edad, que los conductores del transporte sean corteses,

3. Vivienda: Que las viviendas sean accesibles en cuanto a costo para todas las personas mayores, que cuenten con servicios esenciales, construidas con materiales adecuados y correctamente estructuradas, con el suficiente espacio para permitir el libre movimiento.

4. Participación social: Que se lleven a cabo actividades comunitarias de recreación, sociales, culturales que sean accesibles, así como también actividades familiares ya que esto le permite a las personas mayores seguir ejerciendo su competencia, gozar de respeto y estima, y mantener o establecer relaciones de apoyo y cuidado; además de fomentar la integración social.

5. Respeto e integración social: Por un lado, muchas de ellas a menudo se sienten respetadas, reconocidas e incluidas, mientras por el otro lado, experimentan falta de consideración en la comunidad, en los servicios y en el seno de la familia. Esto puede explicarse en función de una sociedad y normas de conducta cambiantes, falta de contacto entre generaciones, y una ignorancia difundida hacia el envejecimiento y las personas mayores.

6. Participación cívica y empleo: Se refiere a que haya opciones de voluntariado para personas mayores para que los adultos mayores gocen de ello y a su vez se genere en ellos el sentimiento del mérito propio, de estar activo, y de mantener su salud y sus contactos sociales.

7. Comunicación e información: Resulta vital para el envejecimiento activo mantenerse conectados con eventos y personas, y recibir información oportuna y práctica sobre cómo administrar su vida y atender sus necesidades personales.

8. Apoyo de la comunidad y servicios de salud: Los servicios de salud y sociales tendrán que estar distribuidos en toda la ciudad, ubicados convenientemente en forma agrupada y con fácil acceso mediante todos los medios de transporte.

Por lo tanto uno de los retos de este siglo es brindar ciudades amigables no solo a nuestros adultos mayores si no a la sociedad en su conjunto; por lo que es tarea de las autoridades locales se hagan cargo de proveer servicios que den bienestar a los habitantes y de esta forma poder compensar los cambios físicos y sociales generados por el envejecimiento.

Se define a una ciudad amigable como aquella que permite que las personas puedan envejecer en las mejores condiciones de salud, de participación, de seguridad, es decir, es una ciudad que permite envejecer de manera positiva. Una ciudad que quiere ser amigable tiene que aceptar el envejecimiento, eso es lo primero.

La clave está en atender los factores sociales, personales, económicos de las distintas realidades que van desde quienes cuentan con un nivel cultural determinado, los de un nivel de instrucción más bajo, de quienes son indígenas, etc. escuchando e incorporando las experiencias de los adultos mayores.

El envejecimiento activo además comprende factores de comportamiento, factores personales, factores ambientales externos, factores sociales, factores económicos, factores de comportamiento y servicios de salud y sociales.

Dado que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida una ciudad amigable con los mayores no sólo es “amigable con las personas de edad”, por

ejemplo, los edificios y las calles libres de barreras mejoran la movilidad e independencia de personas con discapacidad, por lo tanto se genera una confianza para participar activamente en actividades de recreación física y social.

Al alcanzar esta nueva etapa nos tendríamos que sentir invitados de nuevo a la creatividad, la generosidad y la disposición para seguir construyendo, desde las experiencias vividas y desde las ilusiones proyectadas nuestra existencia y la relación con quienes nos rodean.

4.2 ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Intervenir con el adulto mayor es promover la salud para mejorar su bienestar físico, mental y social; fomentando así una cultura de salud.

El Educador para la Salud ofrece una orientación adecuada para poder ayudar a que las personas mayores vivan una vejez saludable y satisfactoria; disminuyendo factores de riesgo, involucrando a la familia y comunidad que rodean al adulto mayor, fomentar el autocuidado realizando actividades; manteniendo así una participación activa dentro de la sociedad.

Es por ello que se deberá enfatizar en aspectos como la alimentación, ejercicio, prevención de accidentes, higiene bucal y la socialización; para que de esta manera los adultos mayores se sientan parte de su entorno, y poco a poco vaya existiendo dentro de nuestra sociedad una cultura de apoyo, cuidado a los adultos mayores y así en un futuro la calidad de vida de este sector de la población vaya incrementando al igual que la esperanza de vida.

4.2.1 ALIMENTACIÓN

El ser humano desde pequeño aprende a comer de acuerdo a las costumbres propias de la familia; dicha alimentación va variando a lo largo de los años por diferentes factores como cambios en el organismo, la dentadura, el intestino, entre otros.

Comer bien es saborear, sin excederse en las cantidades que pudieran ingerirse, los manjares que garantizan la alimentación sana completa por sus propiedades nutritivas y que, por ende ayudarán a mantener el cuerpo siempre activo, sin prematuros agotamientos físicos.

En el caso de los adultos mayores debe cuidarse la alimentación ya que por factores biológicos o psicosociales pueden presentarse problemas de desnutrición, obesidad y/o sobre peso.

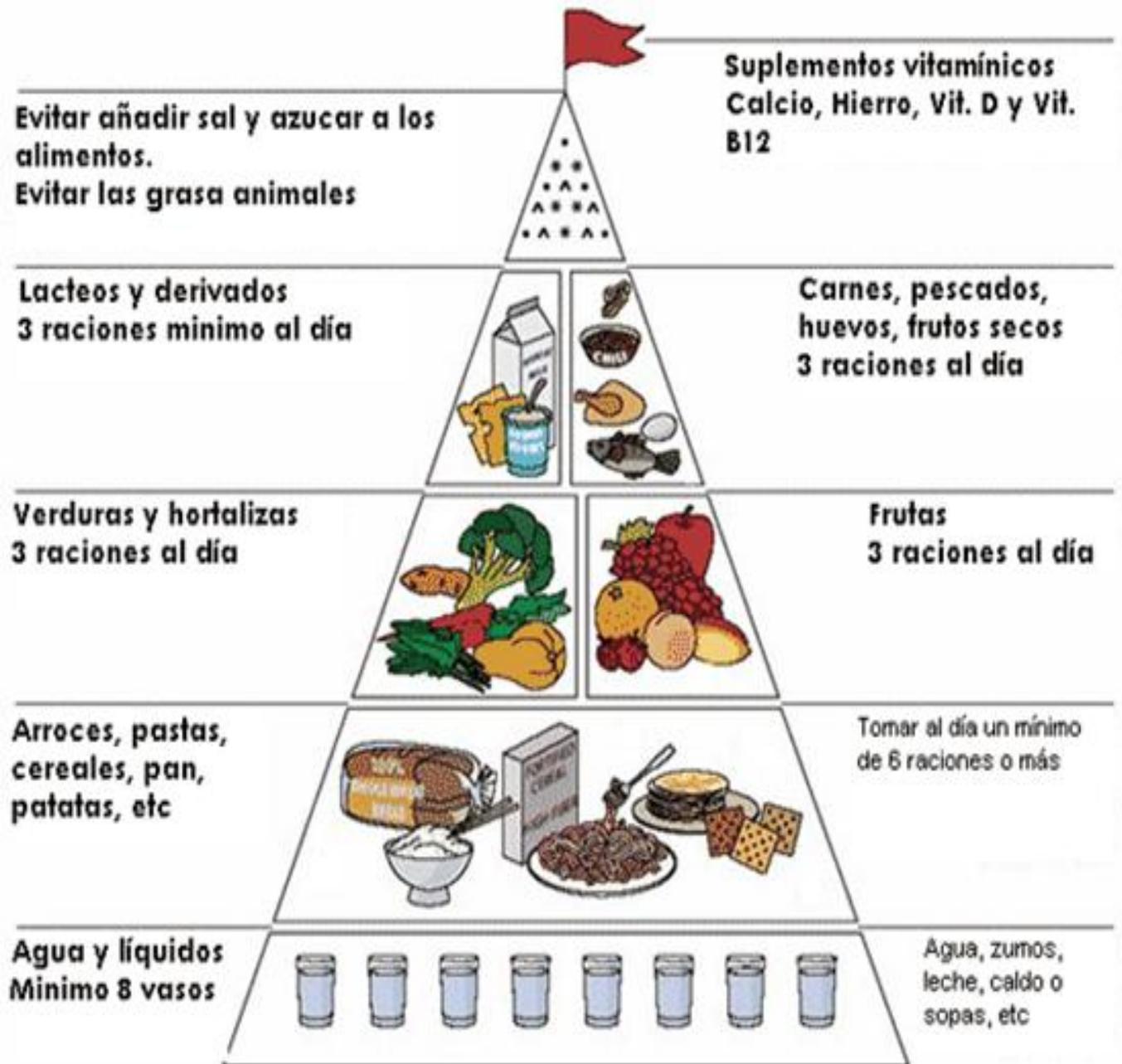
Se debe considerar el consumo suficiente de agua (6 u 8 vasos al día), el uso moderado de la sal y azúcar, el consumo preferentemente de alimentos bajos en grasas e incorporar una importante cantidad de fibra para evitar problemas de estreñimiento y evitar resequedad en la piel.

Dentro de los hábitos alimenticios se deben incluir al menos un alimento de cada grupo del plato del buen comer, dentro de las tres comidas esenciales. Consumir muchas verduras y frutas de temporada, preferentemente consumirlas crudas y con cascara.

Disminuir la ingesta de carnes rojas, grasas y aceites. Lavar y desinfectar las verduras y frutas.

La pirámide alimenticia para los ancianos subraya la necesidad de que las personas mayores tomen líquidos y suplementos de vitaminas B12 y D.

A continuación se presenta la imagen de los alimentos que se deben contener en la dieta diaria de los adultos mayores.



Pirámide alimenticia en los ancianos

4.2.2 EJERCICIO

El ejercicio físico y moderado en los adultos mayores será siempre necesario para conservar salud y energías que ayuden a mantener el cuerpo en activo, con lo que se consigue alargar la vida y sobre todo conserva en todo tiempo social y psicológicamente aptas y sanas a las personas que han llegado a la vejez sintiéndose aún capaces de continuar cumpliendo tareas de cualquier índole.

Todos los aparatos y sistemas que integran al ser humano se ven favorecidos por el ejercicio. Los sistemas circulatorio y respiratorio se fortalecen; en particular el corazón trabaja mejor, ya que hay una mayor oxigenación de los órganos y los tejidos. Se normaliza la presión arterial, existe mejor metabolismo y utilización de la insulina, por lo que se mejoran los niveles de glucosa y lípidos en la sangre.

Por otro lado en los músculos y las articulaciones disminuye la rigidez, la pérdida de minerales óseos es menor y aumenta la absorción de calcio.

La calidad del sueño y del descanso se mejora, disminuye el estrés, y la memoria, la autoestima y la sensación de bienestar aumentan. El peso se controla o disminuye.

Es favorable llevar a cabo ejercicios que favorecen la fuerza, la resistencia y flexibilidad.

El ejercicio es una excelente actividad que permite la utilización del tiempo libre, la convivencia con otras personas y favorece la independencia en la realización de las tareas porque mejora la flexibilidad, el equilibrio y fortalece los huesos, por lo que existen menos posibilidades de fracturarse.

Sugerencias para iniciar el ejercicio son realizar de 5 a 10 minutos movimientos suaves con el cuello, hombros, brazos, cadera y piernas para calentamiento.

Después durante 12 a 30 minutos continuar con movimientos de mayor intensidad, para mejorar la resistencia y el funcionamiento del corazón y los pulmones. Y para finalizar de 3 a 10 minutos disminuir la intensidad de los ejercicios para desacelerar los ritmos cardiacos y respiratorio.

4.2.3 HIGIENE BUCAL

Se refiere al buen funcionamiento de los dientes, las encías y los órganos y tejidos que intervienen para una masticación adecuada. La salud bucal no sólo trata de mantener el mayor número de dientes naturales para poder masticar los alimentos, sino también encías y órganos para poder hablar con claridad.

Los cambios en la boca provocados por el envejecimiento favorecen en los adultos mayores las caries y la inflamación de las encías, que a su vez son la causa de la pérdida de dientes, mal aliento y mala digestión.

Para que la boca esté sana lo primero que hay que hacer es cuidar la higiene, cepillando los dientes al menos dos o tres veces al día, durante dos o tres minutos, después de cada alimento. Adicionalmente se recomienda el cepillado de la lengua de la parte media hacia la punta.

Limpiar diariamente entre los dientes con hilo dental. Visitar al dentista cada seis meses. Si se usan prótesis parciales removibles o dentaduras completas, mantener una buena higiene de las mismas con cepillo y desinfección con soluciones apropiadas.

En la técnica de cepillado se recomienda usar cepillo con cerdas suaves, usar poca pasta de dientes, cepillar cada diente suavemente por el frente y por la parte de atrás, haciendo círculos pequeños y por encima de las muelas Cepille la lengua y enjuague la boca. Dejar que el cepillo seque solo, y este se deberá reemplazar frecuentemente.

Para el uso del hilo dental utilizar un trozo de 25 a 45 cm de largo, enredarlo alrededor del dedo medio de cada mano, sostener el hilo entre el pulgar de una mano y el dedo índice de la otra, se deberá empezar con los dientes frontales inferiores, luego limpiar los dientes frontales superiores y después todos los demás. Por último pase el hilo suavemente entre los dientes, por el borde de la encía. Mueva el hilo haciéndolo una curva alrededor de cada diente y deslícelo por encima de la encía. Mueva el hilo hacia arriba y hacia abajo.

4.2.4 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1 de cada 3 personas mayores de 65 años sufren una caída anual, lo cual puede incapacitarlos para realizar de manera independiente actividades básicas, el traslado o incluso la preparación de sus alimentos.

Existen riesgos propios de la edad como los problemas visuales, auditivos o de los mecanismos que mantienen el equilibrio, disminución en la fuerza de miembros inferiores o disminución en la fuerza de agarre.

Por otro lado existen los riesgos derivados de las actividades diarias del adulto mayor y de su entorno, mismos que se pueden prevenir y generar así espacios seguros.

Así mismo los riesgos ambientales incluyen iluminación inadecuada, alfombras arrugadas, cables eléctricos sueltos, superficies resbaladizas, mobiliario excesivo y amontonado, calzado flojo, etc.

Las medidas preventivas son retirar alfombras de los pisos. Una buena iluminación en casa, así como el hecho de que los apagadores y contactos estén al alcance de la mano. Instalar pasamanos en las escaleras. Los estantes y libreros deberán fijarse y evitar que existan objetos con los que se puedan tropezar.

En la cocina la altura de muebles y alacenas deben evitar que se golpeen. Cuidar que el gas no tenga fugas. Almacenar alimentos, platos y otros artículos usados frecuentemente en estantes bajos que se puedan alcanzar con facilidad. Limpiar inmediatamente cualquier derrame de líquidos en el piso. Y promover el uso cuidadoso de objetos filosos y de protectores para retirar los utensilios calientes.

En el baño disponer de agarraderas tanto en la regadera como el excusado. Poner tapete adherible, utilizar sandalias y no caminar con los pies mojados.

En la vía pública fijarse bien en donde pisa, evitar pasar por alcantarillas abiertas, zanjas y hoyos, respetar las señales de tránsito para peatones, al momento de cruzar calles ver hacia ambos lados, y si lo necesita pedir apoyo.

Deberá acudir al oftalmólogo al menos una vez al año. Evitar mirar directamente las luces brillantes. Mantener los lentes limpios y siempre a la mano cuando no los estén usando. Voltar la cabeza en sentido contrario a la fuente de luz cuando la enciendan.

4.1.5 SOCIALIZACIÓN

Sin duda alguna la socialización forma parte importante y necesaria en todas las etapas del ser humano y recordando un poco que en este periodo de la vida no es la persona quien envejece, sino el cuerpo es que surge la importancia de la socialización de los adultos mayores dentro de su entorno.

Para Atchley (1980) la socialización abarca el conjunto de procesos que ayudan a desarrollarse al individuo y convertirle en un ser social capaz de participar en la sociedad.

Es por ello que entre mejor sea la comunicación, la unión, los lazos afectivos entre familiares, amistades y comunidad, el cuidado, la creación de programas o

instituciones dedicadas al desarrollo y cuidado del envejecimiento; todos tendremos mejores oportunidades para llevar una buena calidad de vida en la vejez.

Considerando que dentro de los principales modelos de socialización en la vejez se encuentra la llamada teoría del Funcionalismo Estructural la cual nos dice que la sociedad es un sistema autor regulado, formado por partes interdependientes, que operan conjuntamente para generar estabilidad y orden social. Dichos componentes de este sistema, son una serie de instituciones sociales que funcionan para mantener la sociedad en un estado de armonía, balance o equilibrio.

Es por esto que se vuelve un tema que nos compete a todos como sociedad y va desde los niños hasta las personas adultas ya que si en un futuro queremos gozar de una buena calidad de vida es necesario comenzar a incluir en nuestro entorno y actividades a las personas de la tercera edad, dándoles el respeto y el valor que tienen como seres humanos, haciéndolos parte del entorno para que de esta manera podamos evitar que se enfermen por depresión, soledad, alzhéimer, entre otras.

El apoyo social, es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza, teniendo en cuenta que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. (Lin y Ensel 1989)

Como Educadores para la Salud debemos generar programas que ayuden a fortalecer la integración de las personas adultas comenzando por convertir en aprendizaje de los individuos las conductas, creencias, valores y motivos que son valorados y aceptados como positivos para el grupo de la tercera edad.

Llevando a cabo actividades en las cuales de una forma sencilla el adulto mayor se sienta productivo, dichas acciones van desde buscar el apoyo con las instituciones correspondientes para buscar instalaciones en las cuales se puedan llevar a cabo diversas actividades tanto culturales, deportivas, manualidades, talleres, etc. Buscar personas que quieran brindar de manera voluntario y personal capacitado, su tiempo para enseñar a los adultos mayores a ocupar su tiempo en algo que sea de su agrado e interés.

Elaborando una programación semanal de diversas acciones en las cuales hasta algún familiar del adulto mayor se vea involucrado enseñando la manera en cómo llevar a cabo ciertas actividades como grupos de lectura, de personas que se dediquen a tejer, a hacer ejercicios mentales como jugar domino, sopas de letras, formar equipos deportivos o de ejercicios, bailables, entre muchas otras actividades que durante mucho tiempo pueden mantener en forma a los adultos mayores y de esta manera podremos fomentar estilos de vida saludables.

CAPÍTULO V. PROPUESTAS

La finalidad de abordar este tema fue para alentar y llegar a un envejecimiento activo a través de la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecemos.

Una de los puntos por los cuales me llamo la atención abordar este tema y eligiendo a este sector de la sociedad, empezó desde que vino a mi mente la imagen de cómo sería mi vida en unos años, es decir, viendo y analizando el contexto actual no solo de mi comunidad si no del país; y darme cuenta al final que al no haber una cultura de envejecimiento por parte de las autoridades, de la familia y de las instituciones será difícil sentirse parte de algo, por lo tanto la calidad de vida se va ir perdiendo.

Por ello me hice pregunta; ¿Cómo me gustaría vivir? y ¿Qué me gustaría que hicieran por mí al llegar a esta etapa de mi vida?



Foto por Paulina Monserrat Mora González

Y es por esto que decidí empezar por comprender como ha ido viendo la sociedad de todo el mundo a las personas mayores, para de esta forma entender en que momento de la historia de la vida se perdió ese respeto por las personas de la tercera edad y bajo qué cambios sociales se ha ido adquiriendo un rechazo para integrar a este grupo poblacional.

Haciendo la revisión histórica se puede dar una cuenta de los valores que se perdieron y que deberán retomarse para poder generar una serie de acciones que conlleven a la mejora de la calidad de vida al llegar a una etapa adulta, hablando no solo de cómo llevar una buena alimentación sino de reintegrar a las personas y hacerlas sentir como parte de un conjunto.

Durante mucho tiempo personal dedicado a trabajar con las comunidades ha dedicado su enfoque a problemas relacionados con el sector infantil y juvenil, dejando a un lado la intervención de acciones que fortalezcan a la Tercera Edad. Por lo tanto se ha generado un interés por capacitar y formar a profesionistas dedicados a trabajar directamente con este sector poblacional.

Si bien el envejecimiento es un proceso continuo que comienza con la vida misma y se va constituyendo según como cada persona valora el hecho de envejecer, debería abrirse la incógnita y a la vez generar novedad de algo que está por venir y que no conocemos en detalle creando así una oportunidad para poner a prueba tanto las capacidades como las posibilidades que a lo largo de nuestras vidas hemos adquirido, eligiendo de esta manera la forma en que queremos vivir y por lo tanto envejecer.

Por otra parte, el anhelo a una larga vida no es exclusivo de una época o de una cultura, es una ambición humana, representando la vejez el declive y la brevedad del ser humano.

El tema de la vejez ha variado en las distintas culturas y a través del tiempo. Hoy en día es normal llegar a esta etapa, mientras que en otros tiempos esto era accesible solo a una minoría.

Es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad y tan complejo que puede ser analizado desde diferentes perspectivas, y según factores muy diversos, cronológicos, biológicos, económicos, sociales, culturales, psicológicos.

El envejecimiento puede ser señalado a efectos sociológicos y demográficos como característica de las sociedades.

Las expectativas de vida han aumentado considerablemente debido a la mejoría en la calidad de vida y a los adelantos médicos y técnicos.

En las diferentes épocas de la historia la vejez se manifiesta, como ya se ha expuesto, de modo diferente según cada sociedad y cultura pero siempre está presente. Mientras que para unas culturas las personas de la tercera edad representaban un orgullo social (Culturas Primitivas); para otras la vejez era sinónimo de sabiduría (griegos y romanos), y dentro del renacimiento llegar a esta etapa de la vida eran considerados decadentes.

Para que podamos entender los cambios psico sociales de la vejez es necesario saber cuáles han sido los cambios y mecanismos por los que atraviesa el país en general.

Debido a que dentro de la sociedad no existen las personas capacitadas para brindar un adecuado cuidado a las personas mayores; y por otro lado la escases de información que hay en el país no aporta en mucho a la atención a este sector, por lo tanto es necesario preparara a los Educadores para la Salud para poder ejecutar las acciones que conlleven a un mejoramiento en los estilos de vida de

los adultos mayores. Entendiendo de esta manera que vivimos y envejecemos junto a los demás, es decir como individuos y comunidad

Corresponde a todos como parte de esta sociedad adaptarnos a los procesos que no sólo cambian a los adultos sino también a los niños y adolescentes, ya que también tienen ciertas consecuencias para las generaciones que siguen, formando así parte del proceso de educación que continua al largo de nuestra vida, es decir, los educadores para la Salud estaremos educando a una nueva generación que sea capaz de respetar a las personas de la tercera edad; y de esta forma cuando nos llegue a cada uno pasar por esta etapa de la vida lo hagamos de una manera digna.

Comprometernos y exigir nuestro reconocimiento nos llevara a involucrarnos cada vez más en las decisiones, el diseño y la realización de las políticas e iniciativas públicas que promuevan y garanticen mejores condiciones de la calidad de vida para todas y todos.

Se requiere primero que nada que desde el aula se prepare al Licenciado en Educación para la Salud en cuanto a las actividades a desarrollar dentro del temario que se impartirá en el semestre en el que se lleve la materia de la Tercera Edad, iniciando con la diferenciación entre los diferentes conceptos de vejez, viejo y envejecimiento; posteriormente analizando las estadísticas en cuanto a la población adulta con la que México cuenta de esta forma se podrán analizar las problemáticas que más se suscitan; dar a conocer al alumno la importancia de esta etapa de la vida desde tiempos remotos para que de esta forma se trabajen en acciones que contribuyan a la mejora de los estilos de vida de la población adulta del país y en un futuro las familias mexicanas contribuyan a la integración de las personas adultas mayores dentro del entorno social al que pertenezcan.

Es importante que el Educador para la Salud cuide el diálogo inter generacional con quienes viven etapas distintas que la que nosotros vivimos (hijos, nietos, amigos, adultos mayores); ya que todos podemos enriquecer nuestras vidas compartiendo experiencias, sensibilidades y sentimientos diversos que profundicen el afecto desde nuestra historia común y que nos ayuden a construir juntos una imagen social positiva de cada etapa de la vida.

Además deberá conocer lo mejor que se pueda el entorno familiar y de la comunidad que rodean al individuo y en base a ello determinar las acciones que llevara a cabo para que las personas capten el mensaje de lo importante que es adoptar actitudes y conductas que favorezcan su salud.

Para lograr el cambio de conducta y sobre todo de hábitos, que sabemos no son sencillos de lograr, se requerirá de múltiples esfuerzos y acciones para generar primero una conciencia social de los obstáculos a los que se enfrenta las personas de la tercera edad en estos tiempos.

La educación para la salud es una herramienta de la que debemos valernos para formar nuevas actitudes y dar a conocer una visión nueva de cómo debería la vida al llegar al envejecimiento, desde luego conociendo y tomando en cuenta las características individuales, familiares y sociales.

Las personas no pueden participar en el cambio de sus hábitos, creencias y formas de actuar si no se les orienta, apoya y motiva para adquirir conciencia de la realidad en la que viven hoy en día las personas de la tercera edad y así lograr forjar comportamientos comprometidos con el cambio social para futuras generaciones.

La Calidad de Vida juega un papel primordial en el mejoramiento de los estilos de vida en el sector de la tercera edad; es percibida según en el entorno bajo el que

se rija el individuo, abarcando su bienestar y la satisfacción que presenta por su vida. Se ve determinada por factores Psicológicos, Sociales y Familiar.

Así mismo encontramos dos tipos de calidad una es la Subjetiva y otra la Objetiva; comprendiendo a la primera como la forma en que se percibe así mismo la persona (es decir si alcanzo sus metas en relación con sus valores, creencias y cultura) y la segunda está enfocada en las necesidades básicas como por ejemplo, la vivienda, el trabajo, la salud; es la forma en la que se mide el grado de vida que se ha conseguido (cosas materiales).

Con la Calidad de Vida van de la mano dos aspectos importantes en la vida de los adultos mayores; dos sentimientos que pueden ayudar o hundir al individuo; y estos son por un lado el Autoestima ya que los aspectos emocionales de la vida son tan importantes para nuestra sensación de bienestar y de la identidad; y por el otro está el Auto cuidado ya que las personas de la tercera edad deben poner más atención en su salud para evitar tener estrés y poco a poco volverse dependientes.

Aprender es vivir y disfrutar, llevando a cabo acciones para mantener el autocuidado les abrirá un nuevo mundo. Las cosas nuevas pueden ayudar a vivir de otra manera y contribuyen a lograr lo que hasta ahora no se había hecho para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

El Educador para la Salud será influyente para incidir de forma positiva en el conocimiento y actitudes para modificar las conductas tanto ambientales como personales. Generando de esta forma conciencia de la existencia de dichas conductas. Poner en práctica acciones sencillas como tener actividad física regular, hábitos alimenticios saludables, higiene personal a diario, comportamientos de seguridad para la prevención de accidentes; pueden tener repercusiones positivas en nuestra calidad de vida previniendo la aparición de padecimientos crónicos degenerativos

Así mismo se deberá estar preparado para forjarse objetivos, tener una actitud favorable ante las situaciones, aptitudes para poder comunicarse y darse a entender, tener un conocimiento y manejo de la información en beneficio de la



comunidad.

Promover conductas positivas en los adultos mayores y de esta forma conseguir en las familias que se vea a la salud como un valor fundamental.

Las aportaciones de los Educadores para la Salud en la tercera edad serán la modificación de los comportamientos negativos y el reforzamiento de los positivos.

Participando y generando actividades en las cuales las personas mayores puedan encontrar una distracción y a la vez un gusto por lo que están realizando,

tendrán que ser actividades en las cuales si bien no se cuenta con un recurso económico para sostenerlas, se puede recurrir a la cooperación entre los involucrados y así darles un beneficio a los adultos mayores.

Convivir con grupos donde se reúnen personas de la tercera edad deja experiencias que enriquecen por un lado el trabajo como educadores para la salud y por otro como individuos dejan mucha enseñanza.

Para la realización de las fotografías que contiene el trabajo estuve acudiendo a distintos eventos que son organizados para las personas adultas mayores.

Dentro del entorno en que vivo hay promotores dedicados a apoyar mediante grupos a personas de la tercera edad, en los cuales se reúnen una vez por semana, y llevan a cabo distintas actividades como hacer ejercicio, le enseñan cómo hacer manualidades; inclusive ha habido casos en los cuales si una persona sabe bordar, tejer o vende algún producto entre los integrantes de estos grupos se apoyan para poder tener de esta manera un ingreso en su economía familiar.

Por otro lado a los bailes que asistí si bien por un lado son llevados a cabo para todas las personas, son más los asistentes personas de la tercera edad que llegan en grupos o con sus familiares para poder divertirse y bailar, siendo lo que más les gusta los danzones.

Tener más de 60 años no impide dejar de hacer cosas que de jóvenes les gustaba realizar, resulta motivante que sigan llevando a cabo las cosas que los mantiene por un lado ocupados y por otro mejorando su calidad de vida, y así se sienten parte de la sociedad.

Con las personas que tuve oportunidad de convivir, particularmente que se dedican a la música y específicamente a tocar un instrumento, están en constante acercamiento con jóvenes y niños que los buscan por el conocimiento y técnicas

que ellos poseen, por lo que con el paso del tiempo se ira de generación en generación y será un precedente que quede dentro de la comunidad de cómo ve la juventud hoy en día a las personas de la tercera edad y el respeto que les guardan por lo que les enseñan. Son actividades que también son vistas como algo recreativo en sus vidas y que deja un aporte económico a ellos y a su familia.

Las autoridades del municipales año con año organizan un evento en el cual se festeja el día del abuelo, en dicho evento se da a conocer al rey y la reyna del año en curso y se hace una coronación, hay artistas invitados para amenizar el evento, se colocan puestos de comida.

En eventos de este tipo las personas de la tercera edad tienen que asistir acompañados por un integrante de su familia, lo cual resulta algo benéfico ya que se fortalece la relación entre el adulto mayor y su acompañante y los que somos jóvenes nos formamos otro concepto de lo que es la vejes, nos damos cuenta que tenemos que darles su lugar dentro de la sociedad y observar como hay personal dedicado a realizar actividades en beneficio de los adultos mayores.

Como profesionista el hecho de ver las acciones que se hacen en favor de las personas de la tercera edad me motiva para seguir trabajando y preparándome para generar proyectos que sirvan de apoyo y para que poco a poco se vaya construyendo un camino que de oportunidades a este sector poblacional y mejorare la calidad de vida que en un futuro será la calidad de vida con la que yo envejezca.

Y por último dejar un antecedente para las generaciones futuras de Licenciados en Educación para la salud y se involucren en trabajar en sus proyectos con las personas de la tercera edad para cambiar los estigmas que la sociedad ha impuesto.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

El presente trabajo se elaboró con el objetivo de primeramente analizar el contexto histórico social de la vejez y de esta forma proponer acciones de Educación para la Salud para generar en la sociedad un cambio de conductas y por ende una mejor calidad de vida en la última etapa de la vida; eliminando los estereotipos negativos hacia la vejez.

La educación es la base para ir modificando conductas, y las acciones a llevar a cabo de parte de los Licenciados en Educación para la Salud, tal educación va a dirigirse desde los niños, pasando a las propias personas mayores y a los que se encargan de la persona adulta mayor.

Por ello considero es importante iniciarme como personal capacitado para poco a poco generar acciones que conlleven a tener un óptimo estilo de vida, y a su vez educar tanto a los adultos mayores como a quienes viven o son responsables de ellos, para cambiar los estigmas sociales que existen entorno a la tercera edad.

BIBLIOGRAFIA

- Belsky. J. (2001) ***Psicología del Envejecimiento***. Madrid: ed. Paraninfo
- Birren. J. E. y Shaie. K. W. (2001). Handbook of the psycology of aging (5th ed). San Diego, CA. Academyc Press.
- Iglesias-Souto. P.M.Idosil. A. (2005). ***Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida***. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 40 (2), pp. 85-91
- Tuirán R. (1999), ***“Desafíos del envejecimiento demográfico en México”***, en: CONAPO (comp.), El envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, México, Consejo Nacional de Población, pp. 15-22.
- Yanguas, J.J. (2006). ***Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional***. Madrid, IMSERSO, Colección estudios: Serie personas mayores.
- Velandia A. ***Investigación en Salud y Calidad de Vida***. (1994) 1era. Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p.300
- Manrique de Lara Guillermo (1992) ***“A diez años de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Viena”*** Rev Med Hered; 3(2)
- Belém Peña Pérez, Margarita Terán Trillo, Fernando Moreno Aguilera, Manuel Bazán Castro. (2009). ***Auto percepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE***. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas; 14 (2):pp. 53-61

- Pérez Barrero, SA. **Factores de riesgo suicida en el anciano**. Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología.
- Concha, A., Olivares, L. y Sepúlveda, M. (2000). **Redes Sociales en la Tercera Edad**. Psicología del desarrollo III, Universidad del Desarrollo.
- Mg. Zoila Leitón Espinoza, Dr. Yiduv Ordóñez Romero (2003). **Autocuidado de la salud para el Adulto Mayor. Manual de información para profesionales**.
- Hugo Guadalupe Canto Pech, Eira Karla Castro Rena (2004) **Depresión, Autoestima y Ansiedad en la Tercera Edad: Un estudio comparativo**. Universidad Veracruzana.
- Orantes Fernández, Raquel. (2007). **Animación sociocultural para mayores, práctica en el anciano**, p. 202.
- Ma. Del Rocío González Miers. **“Cuando la Tercera Edad nos alcanza. Crisis o retos”**. Editorial Trillas. 2000 pp. 103- 116
- María Eugenia Guerrini. **La vejez. Su abordaje desde el trabajo social**. Marzo 2010. p. 5.
- E. Lledó. (1988).” **El mundo homérico”**. Editorial Historia de la Ética Tomo I. Barcelona. p. 21.
- Platón. (1974 I 331 a. C.) La República. Santiago de Chile. Editorial Delfín.
- Minois G. (1987). **”Historia de la vejez”**. De la Antigüedad al Renacimiento. Madrid. Editorial. Nevea. p. 80.

- Montanelli I. (1995). **“Historia de los Griegos”** Barcelona Plaza & Janes editorial. p. 89.
- Idinopulos T.A. Jerusalén. (1994). **“Judíos, Cristianos, Musulmanes”**. Santiago de Chile. Editorial. Andrés Bello. p.72.
- Erasmo. (1993). **“Elogio a la Locura”**. Barcelona. Ediciones 29. pp.35-36.
- Gracia D. (1995). Historia de la vejez. En Gafo J. editorial. **“Ética y ancianidad”**. Madrid, Universidad Pontifica Comillas. p. 15-25.
- Jecker N.S. (1997). **“Envejecimiento Social”**. pp. 236-238.
- Plan integral de la gente gran. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. (1993) **“La vejez en la sociedad actual”**. pp. 186-189.
- José Francisco Parodi G. (2009). **“La Atención Primaria de Salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores”**. Acta Med Per 26(4) pp. 53-58.
- Mari Paz Martínez Ortega, María Luz Polo Luque y Beatriz Carrasco Fernández. . (2002) **“Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media”**. Cultura de los Cuidados. pp. 40-45.
- Ma Del Carmen Carbajo Vélez. (2008). **“La Historia de la Vejez”**. Ensayos. pp. 253-257.
- Restrepo, Helena E. (2001). **“Promoción de la Salud”**. pp. 56-63

- López Begoña, Polorio. (2001) ***“Terapia ocupacional en Geriatría”***.
- Beltrán Barajas, Angélica. (2009). ***“Otra forma de ver la vida en la vejez”***.
- Camacho Hernández, Luis Fernando. (2008). ***“Sentido de vida y significado de la muerte en la vejez”***.
- Castañeda, Mario. (1994). ***“Envejecimiento: la última aventura”***. México
- Cisneros Heredia, Alma. (2009). ***“Empacando la vejez”***.
- Espinoza Balcázar, Tania Beatriz. (2006). ***“En busca de otro horizonte para la vejez”***.
- Esquivel Salinas, Miriam. (2008). ***“Vejez y representaciones sociales”***.
- Morales Flores, Olivia. (2009) ***“La visión del futuro en la vejez”***.
- Fuentes Aguilar, Luis. (1978). ***“Salud y Vejez”***. pp. 268-308.
- Campuzano Cruz, Adareli Jael. (2007) ***“Perdidas afectivas en Adultos Mayores”***.
- Muchnik Eva. (2006). ***“Envejecer en el Siglo XXI Historia y Perspectiva de la Vejez”***. Lugar Editorial S.A.
- Perdomo Ramos Rafael. (2009). ***“Envejecer junto a otros”***. Envejecimiento y cultura..pp. 5- 51
- Perdomo Ramos Rafael. (2009). ***“Envejecer abiertos a la trascendencia”***. Envejecimiento y cultura. pp.5-60

- Perdomo Ramos Rafael. (2009). **“La aventura de envejecer”**. Envejecimiento y cultura. pp. 5-53
- Don Rosend. **“El camino de la edad: el arte de vivir más años”**.
- González Guzmán, Rafael. Castro Albarrán, Juan Manuel E., Moreno Altamirano, Laura. **“Promoción de la Salud en el Ciclo de la Vida”**. Editorial Mc Graw Hill. Marzo de 2011. pp. 225-278.
- García Viveros, Mariano. Silva García, Jorge. Salas Mercado, Karina. **“La salud en México ante el próximo milenio memorias XI Simposium Internacional”**. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán A.C”. México año 2000. pp. 127-133, 135-141, 143-147,149-157.
- Equipo Vértice. (2010). **“Salud pública y comunitaria”**. Editorial Vértice.
- Sánchez Rosado, Manuel. Sánchez Martínez, Manuel. Sánchez Martínez, Crisanta. (2009). **“Elementos de Salud Pública”**. Méndez Editores.
- Narciso Sáez, Vega José Luis. (1989). **“Acción socioeducativa en la Tercera Edad”**. Editor CEAC, pp. 18-19, 32-34, 109-114.
- Quintanar Olguín, Fernando. (2000). **“Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México ante el escenario de la tercera ola”**. pp. 199-208.
- Luna Obregón, Sergio. Castro Ceja, Rosa Ma., Moreno Juárez, Estela. Balderas Rosales, magdalena Ma., Trejo Orduña, Eleazar. Mendoza y Mendoza, Patricia. (1982). **“Manual de Acción y Proyección del Instituto Nacional de la Senectud”**.

- Morales Figuerola, Marcia O. (2001). "Programa: Educación continua. Cuaderno de trabajo N°2 Conferencia Autoestima en la Vejez". ***"La Autoestima y la Soledad en el Adulto Mayor"***
- Martínez Ortega, Mari Paz. Polo Luque, María Luz. Carrasco Fernández, Beatriz. (2002). ***"Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media"***. Cultura de los Cuidados. pp. 40-45.
- Parodi G, José Francisco. ***"La Atención Primaria de Salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores"***. (2009). Acta Med. Per. 26(4). pp. 53-58.
- Carbajo Vélez, Ma. del Carmen. ***"La Historia de la Vejez"***. (2008). Ensayos. pp. 253-257.
- Martínez Argüello, Pilar del Carmen. (2006). ***"Manual de Autocuidado del Adulto Mayor"***. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
- ***"Manual del Cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía"***. (2009). PROTEGE Red de Protección Social Gobierno de Chile. Ministerio de Salud SEMANA.
- Velarde Jurado, Elizabeth. Ávila Figueroa, Carlos. (2002). ***"Evaluación de la calidad de vida"***. (salud pública de México / ***Vol.44, No.4***, julio-agosto de 2002).
- González, Ana Luisa. Celis Rangel. ***"Calidad de Vida en el Adulto Mayor"***. Instituto de Geriatria.

- Reyes Camejo, Teresa. Triana Álvarez, Eduardo. Matos Pérez, Neyda. Acosta Sariego, José Ramón. **“Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida”**. Centro Gerontológico Colón.
- Acosta Quiroz, Christian Oswaldo. Dávila Navarro, Mónica Cecilia. Rivera Iribarren, Maricel. Rivas López, José Paz **“Actividades de la Vida Diaria y Envejecimiento Exitoso”**. Instituto de Geriatria.
- Vega Olivera, Teresa. Villalobos Courtin, Alicia. **“Guía de orientación para el Cuidado de la Salud de los Adultos Mayores: Manual de Autocuidado del Adulto Mayor”**. Editado por el Ministerio de Salud de Chile.
- Sánchez Gavito, Ana Gamble. (2000). **“Manual de Prevención y Autocuidado para las Personas Adultas Mayores”**. Gobierno del Distrito Federal Secretaría de Desarrollo Social Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.
- **“Ciudades Globales Amigables con los Adultos Mayores: Una Guía”**. (2005) en la sesión inaugural del XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología en Río de Janeiro, Brasil. Organización Mundial de la Salud.
- Mercé Pérez Salanova. **Revista ser mayor. Aprendamos a vivir mejor**. Septiembre de 2012. pp 2- 12.
- Amico, Lucía del Carmen. (2009). **Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad**. Edición N° 55. p. 3.

- Organización Mundial de la Salud. (2007). ***Ciudades globales amigables con los mayores: Una Guía.***
- Fiske Marjorie. (1980). ***“Edad madura ¿Lo mejor de la vida? La psicología y tú.”*** Editorial Printer Colombiana Ltda. pp. 8, 10, 24, 42, 64, 90.