

MODELO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS PARA MANTENER LA SALUD EN LA VEJEZ¹

*Víctor Manuel Mendoza-Núñez
María de la Luz Martínez-Maldonado*

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó, en el año 2007, que había 700 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo que representa el 11% de la población total, y se proyecta que el porcentaje se incrementará al 15% para el año 2025 y al 22% en el año 2050 (Naciones Unidas, 2007). En México, en el año 2010 se informó que había alrededor de 11 millones de personas de 60 años y más (10% de la población total) y se proyecta que habrá 17.5 millones (12.4%) para el año 2025 y 35.7 millones (24.3%) para el año 2050 (INEGI, 2011).

Dicho fenómeno demográfico propicia una serie de problemáticas que tendrán una fuerte repercusión en las personas que envejecen. En primer lugar se encuentran la pobreza, la marginación y la discriminación como problemáticas que atañen a todos los países latinos donde, a diferencia de los países europeos, el envejecimiento tiene lugar en un exacerbado clima de limitaciones. En el campo de la salud nos enfrentamos a una transición epidemiológica, caracterizada por un incremento sostenido en

¹ Para la realización del presente estudio se recibió el apoyo financiero del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (SSA/IMSS/ISSSTE-Conacyt-2008) Proyecto 87139 y el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH).

las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónico-degenerativas que deja en segundo plano a las infecciosas. Las enfermedades crónicas más frecuentes durante la vejez son similares en todo el mundo, entre las que destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el cáncer, la artritis, la osteoporosis, la depresión y la demencia; no obstante que hay diferencias significativas entre los diversos países, las identificamos por sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social, por las cuales pueden constituir una carga sanitaria y financiera onerosa para la persona adulta mayor, la familia y el sistema de atención a la salud (WHO, 2002). Dadas sus condiciones sociales y económicas, los países latinos no ofrecen una respuesta oportuna a estas demandas, su cobertura en la atención es desigual, y no cubren los requerimientos de medicamentos, entre otros. Por lo que respecta a los entornos, el vejestismo sigue siendo un punto nodal que afecta el establecimiento de políticas públicas que potencien la participación del viejo en la sociedad; hay un fuerte rezago para el acceso a los servicios básicos, a la vivienda y a los espacios públicos, lo que en muchas ocasiones da como resultado que las personas que envejecen se conviertan en personas disfuncionales y dependientes.

Por lo anterior es indispensable incorporar y establecer acciones y programas para contrarrestar y, de ser posible, erradicar los prejuicios y estereotipos de la vejez relativos a la imagen pasiva, decadente, frágil y enfermiza de esa etapa de la vida.

Al respecto, V. Braithwaite (2004) propone un plan de 10 puntos para reducir el vejestismo:

1. Crear conciencia en la población respecto de los estereotipos existentes sobre los adultos mayores.
2. Difundir el conocimiento de la diversidad de las características personales de los adultos mayores.
3. Tener un mayor compromiso con el reconocimiento y la respuesta a las múltiples necesidades de los ancianos.

4. Difundir los conocimientos que permitan considerar a los viejos como seres individuales.
5. Promover la cooperación intergeneracional.
6. Hacer ver la importancia de la participación social de los adultos mayores.
7. Fortalecer las prácticas institucionales que promuevan la calidez humana sin distingo de edad.
8. Mitigar las reacciones al estigma de la degeneración y la dependencia.
9. Revisar las prácticas y las políticas en busca de evidencias de la estigmatización asociada a la falta de respeto al tratar a la gente mayor como un grupo invisible.
10. Emitir leyes que establezcan la participación de los adultos mayores en la planeación e implementación de normas (políticas) dirigidas a este grupo de edad.

Estas acciones contrarrestarán los mitos del envejecimiento (WHO, 1999) y el viejismo consecuente, favoreciendo el empoderamiento y la viabilidad del paradigma del envejecimiento activo.

En este marco, es importante establecer políticas públicas que coadyuven a la resolución de las problemáticas antes mencionadas, que permitan implementar estrategias para desarrollar modelos de atención comunitaria que consideren la participación activa y el empoderamiento de los adultos mayores.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El concepto del envejecimiento activo (EA) fue propuesto formalmente a finales de la década de 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que lo definió como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (WHO, 2002). Se trata de un enfoque más amplio del envejecimiento saludable que contempla la salud, la partici-

pación activa y la inclusión de los ciudadanos de mayor edad en la familia, en la comunidad y en la vida nacional. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores de manera individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto, en el plano operativo, se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.

La OMS tomó como fundamento los principios de la ONU de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización para la propuesta del enfoque de envejecimiento activo. Asimismo, incorporó dos conceptos a su visión: el de curso de vida y el de determinantes (Christensen *et al.*, 2003). En este sentido, para el establecimiento de políticas y programas enmarcadas en el EA deben considerarse los siguientes determinantes: cultura, género, los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales, los conductuales, los relacionados con los factores personales (biología y genética), los relacionados con el entorno físico y social, y los económicos (WHO, 2002).

A principios del siglo XXI la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) y la Unión Europea (UE) promovieron de manera conjunta el concepto de EA, lo cual ha llevado a reformar las agendas internacionales sobre la materia. Este concepto nace ligado a las políticas de protección de los mayores (como también lo fueron términos como “envejecimiento productivo” y “envejecimiento saludable”). Comenzó a cobrar fuerza durante el año 2002 en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid, donde se planteó la importancia de alcanzar los siguientes objetivos a nivel internacional: construir sociedades para todas las edades, alcanzar un envejecimiento activo y saludable, dar más vida a los años, afrontar la vejez como una etapa de desarrollo personal e incorporar

el envejecimiento como aspecto clave de las políticas de crecimiento y desarrollo (CIDEA, 2009).

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, retoma el concepto de envejecimiento activo de la OMS y agrega que, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, se debe fomentar la autoestima y la dignidad de las personas, y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales. También reconoce la importancia de que las personas mayores se integren al mundo laboral y que tengan acceso a oportunidades de formación y educación continua que les permitan disminuir brechas generacionales y de género, considerando la heterogeneidad de las personas envejecidas, determinada por la edad, el género, el nivel socioeconómico, el origen étnico, la condición migratoria o de desplazamiento y la residencia urbana o rural, entre otros factores (CEPAL, 2003).

El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje: (i) como paradigma, (ii) como estrategia política, y (iii) como acción instrumental a nivel comunitario (Mendoza-Núñez *et al.*, 2008).

El paradigma del envejecimiento activo, vinculado al enfoque del ciclo vital humano de la perspectiva de la psicología del desarrollo, permite tener una visión teórica diferente de las teorías de la desvinculación y la dependencia, con lo cual se pueden fundamentar la estrategia política y las acciones pragmáticas que establecen que los cambios relativos al envejecimiento no se reducen a un proceso inverso del crecimiento durante la infancia, la adolescencia y hasta la adultez, y, por lo tanto, el envejecimiento no necesariamente se caracteriza por un progresivo deterioro, sino que también en esta etapa se producen cambios y desarrollos específicos. De ahí la relevancia de potenciar, remediar o compensar el potencial cognitivo de las personas ancianas mediante programas educativos específicos y adecuación de contextos sociales y comunitarios que favorezcan su desarrollo (Martín García, 2000).

La esencia del concepto moderno de envejecimiento activo es una combinación de los elementos nucleares del envejecimiento productivo, con énfasis en la calidad de vida y el bienestar físico y mental. En este sentido, se puede visualizar el envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento. El envejecimiento productivo se refiere a la actividad de un individuo anciano que le permite generar o desarrollar la capacidad de producir bienes o servicios de calidad en condiciones remuneradas o no remuneradas (Walter, 2006). Esta nueva visión del envejecimiento se puede resumir en los siguientes términos: “Se le han sumado años a la vida, ahora debemos sumarle vida a los años” (Hutchison *et al.*, 2006).

LAS REDES SOCIALES Y SU VÍNCULO CON LA SALUD DURANTE LA VEJEZ

El estudio del apoyo social y sus repercusiones en el estado de salud, bienestar y calidad de vida ha tenido un desarrollo significativo a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, sobre todo en algunas disciplinas afines, como la medicina preventiva, la salud pública, la psicología comunitaria, el trabajo social, la antropología y la sociología (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009; Castro *et al.*, 1997).

La vejez, al igual que otros momentos de la vida, es un periodo en el que la persona percibe una diversidad de cambios que provienen, por un lado, del estilo y la calidad de vida que ha tenido a lo largo de su existencia y, por el otro, del sistema social y familiar en el que se ha desenvuelto. Como ya se mencionó, durante las últimas décadas la realidad de los adultos mayores ha estado inmersa en la tendencia a valorizar al ser humano por su capacidad de continuar teniendo y siendo parte de los procesos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc. Uno de los mecanismos que facilita este proceso es formar parte de redes so-

ciales. Sin embargo, el apoyo, así como la red social, no es constante y experimenta transformaciones a lo largo del desarrollo y modificaciones no sólo cualitativas, sino también cuantitativas (Meléndez-Moral *et al.*, 2007).

Está demostrado que la existencia de redes sociales facilita la integración social y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa a los viejos, ya que facilitan los procesos de adaptación a los cambios físicos, mentales y de salud. Las redes sociales y la integración social ayudan a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que disminuye los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores (Santos, 2009).

Por tal motivo, recientemente han surgido otros enfoques que visualizan el proceso de envejecimiento de manera multidimensional, resaltando los aspectos culturales, ambientales, psicológicos y sociales, además de lo biológico; de ahí que el enfoque del envejecimiento activo constituya un paradigma alternativo al de la biomedicalización (Martín García, 2000; Martínez-Maldonado *et al.*, 2007; Requejo Osorio, 2009). Estos enfoques establecen que las personas adultas mayores no son *per se* sujetos pasivos y desvalidos; por el contrario, pueden ser agentes activos del cambio o del mantenimiento de su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

Asimismo, estas nuevas formas de mirar el envejecimiento consideran a las redes sociales como elemento fundamental para el desarrollo integral de las personas adultas mayores. En este sentido, las redes sociales se componen de las personas potencialmente disponibles, quienes pueden brindar apoyo material, instrumental, emocional, de compañía, de ayuda y de consejo. Al respecto, Guzmán *et al.* (2003) establecen que las redes sociales “constituyen la base de las ayudas que las personas requieren; son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de aquellos estímulos sociales que promueven la sensación de pertenencia y generan la integración social”.

V. Montes de Oca (2001) encontró que, cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos, otros) tiende a activarse y, del mismo modo, tiende a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, en contextos de crisis graves y cuando los actores que intervienen (familiares, amigos y otros) sufren mermas extremas en sus propios recursos, las redes informales pueden verse seriamente dañadas, dejando a los grupos más vulnerables —como es el caso de los mayores de edad— en una situación de suma precariedad.

Específicamente, en el campo de la gerontología, los estudios vinculados con el apoyo social o las redes de apoyo han dado lugar al diseño y fundamento de propuestas de intervención concretas que han ido extendiendo su campo de aplicación a los ámbitos institucionales y comunitarios, así como a la formulación de programas y políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se ha propuesto la necesidad de llevar a cabo una evaluación conjunta con los adultos mayores para considerar su punto de vista subjetivo relativo a la satisfacción del apoyo recibido (Arias, 2009).

MODELO DE NÚCLEOS GERONTOLÓGICOS
DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA, UNAM

El grupo de investigación de la Unidad de Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, propuso en 1996 un modelo de atención comunitaria a las personas adultas mayores, para la implementación de programas de envejecimiento saludable (Mendoza-Núñez *et al.*, 1996). En el año 2000, el modelo se adecuó al paradigma del envejecimiento activo, sometiéndolo a un proceso de investigación en comunidades del Valle del Mezquital, Hidalgo, demostrando su aplicación práctica y su impacto (Martínez-Maldonado *et al.*, 2007; Sánchez-

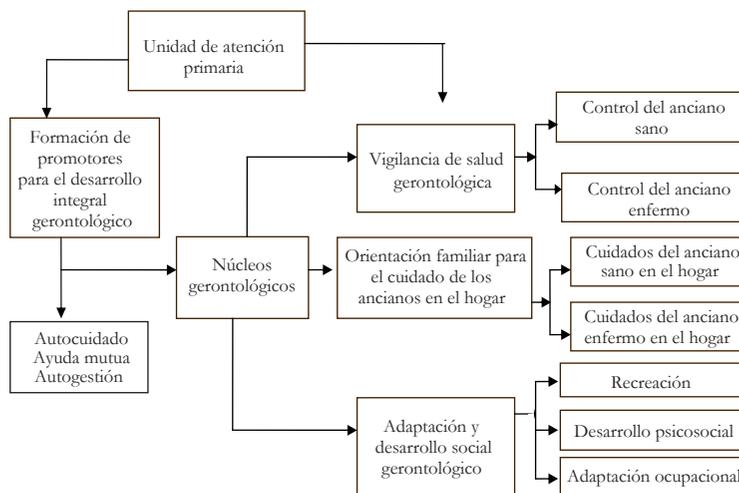
Rodríguez *et al.*, 2009). Por tal motivo, se elaboró una propuesta para la implementación de un programa de envejecimiento saludable enmarcado en el modelo de núcleos gerontológicos para el desarrollo integral gerontológico, para la prevención y control de enfermedades crónicas en la vejez en el Estado de Hidalgo, México (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009) (figura 1).

Conceptualizamos el envejecimiento saludable como el proceso mediante el cual los ancianos adoptan o fortalecen estilos de vida saludables a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales en el marco del envejecimiento activo (Llopis, 2005; Barondess, 2008).

Por tal motivo, la implementación de programas de envejecimiento saludable no se debe limitar a los ancianos sanos, ya que los estilos de vida saludables tienen un efecto benéfico tanto para los adultos mayores que cursan un envejecimiento exitoso (funcionales y sin enfermedades crónicas), como para los que presentan alguna enfermedad crónica (envejecimiento usual) y para los ancianos frágiles (enfermizos dependientes), de ahí que se deben establecer las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, que favorezcan una alimentación adecuada, ejercicio físico, higiene del sueño, bienestar subjetivo, higiene personal, y eliminación del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, para todos los ancianos (figura 2).

El modelo se basa fundamentalmente en el desarrollo integral gerontológico, entendido como un proceso que se lleva a cabo desde el inicio del envejecimiento y hasta el final de la vida, y que implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. Es un proceso de transformación y crecimiento continuo en el que el capital social es fundamental. El desarrollo integral gerontológico está conformado por los siguientes elementos:

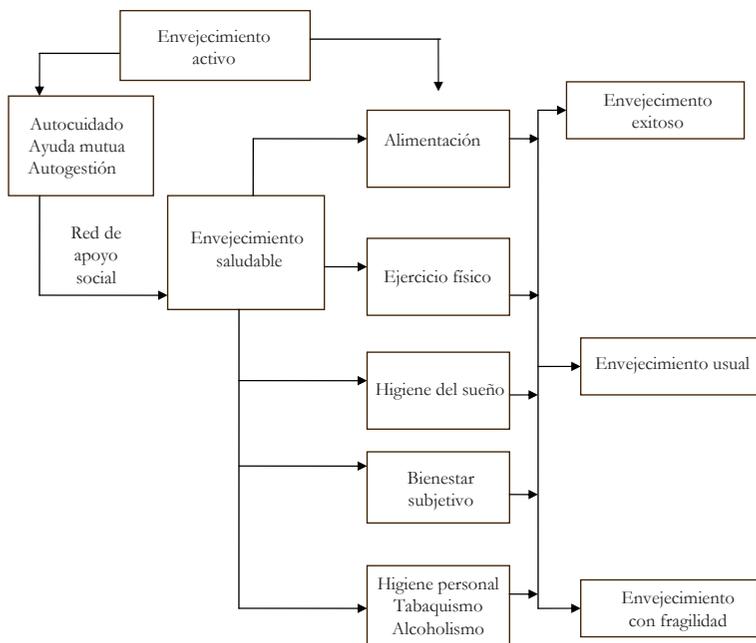
FIGURA 1
 MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE NÚCLEOS
 GERONTOLÓGICOS



Nota: El modelo incluye la Unidad de Atención Primaria Gerontológica (UAPG) como uno de los elementos clave de la red de apoyo social. La UAPG es la responsable de formar a los Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PDIG) y coordinar la “red de redes” de núcleos gerontológicos”. Los PDIG tienen como función coordinar los grupos de ayuda mutua denominados núcleos gerontológicos (NG) integrados por 10 a 15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. Los NG funcionan bajo las directrices de autocuidado, autoayuda y autogestión. El modelo tiene como pilares: i) la vigilancia de la salud gerontológica (control del anciano sano y enfermo), ii) la orientación familiar para el cuidado de los ancianos en el hogar (cuidados del anciano sano y enfermo en el hogar), iii) la adaptación y el desarrollo social gerontológico (recreación, desarrollo psicosocial y adaptación ocupacional).

- a) El concepto de *ciudadanía*, que da relevancia al hecho de “ser sujeto” con derechos (derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad, a la salud, al bienestar, etc.) y a poder hacer uso de ellos.
- b) El concepto de *potencialidades*, que todos los seres humanos tenemos en lo físico (eficiencia funcional, fuerza muscular y habilidades motoras), en lo psicológico (sensibilidad, afecto, adquisición de conocimientos, creatividad, etc.) y en lo social (vínculos, productividad, participación social, creación de cultura y valores, etc.).

FIGURA 2
 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
 PARA TODOS LOS TIPOS DE ENVEJECIMIENTO



Nota: El modelo de núcleos gerontológicos se sustenta en el envejecimiento activo, el cual establece como estrategias el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión para adoptar, adecuar o mantener estilos de vida saludables (alimentación adecuada, ejercicio físico, buena autoestima, higiene corporal e higiene del sueño) para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. El envejecimiento saludable es aplicable a los adultos mayores con envejecimiento exitoso, usual y con fragilidad.

Por otro lado, el desarrollo integral gerontológico está en función del individuo mismo, del ambiente en que vive (familia, barrio, comunidad, país) y de los cambios históricos que se producen en el mundo durante este periodo. Esto es, el desarrollo integral durante la vejez implica una interacción entre el individuo y su ambiente, ya que desde su nacimiento hasta la muerte recibe influencias que le facilitarán esto, o no; es decir, contará con un capital social.

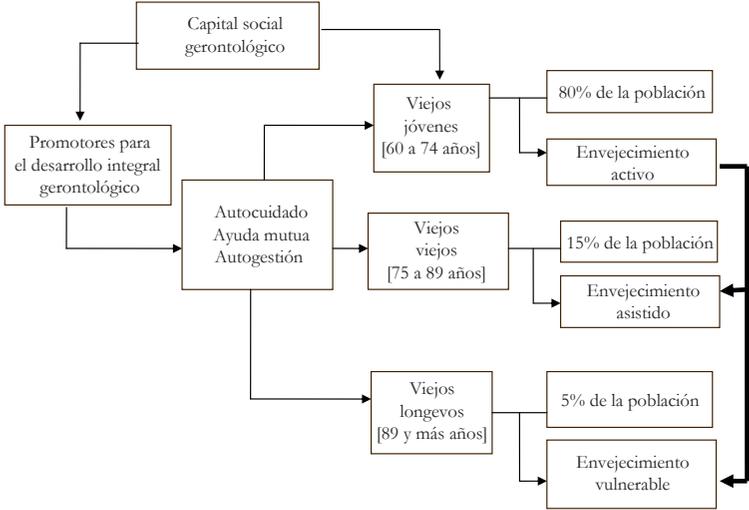
Para Pierre Bourdieu, capital social es “el agregado de los recursos reales o potenciales que están unidos a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo” (Bourdieu, 1985). Esta definición contiene tres elementos: 1) pertenencia a un grupo, 2) que el grupo posea propiedades comunes y 3) que esté unido por vínculos relativamente permanentes y estables.

Entendemos el concepto de capital social como el conjunto de recursos reales y potenciales que poseen los adultos mayores que están vinculados con el conjunto de conocimientos que posee cada persona, con las redes de relaciones sociales con las que cuentan y con el reconocimiento que obtiene de los demás. Este capital social puede estar conformado por capacidades y actitudes como liderazgo, solidaridad, compañerismo y empatía. En este contexto, si los viejos entran en contacto con otros viejos, y ellos, a su vez, con otros viejos, habrá una acumulación de capital social que puede satisfacer sus necesidades sociales y que puede producir un potencial social suficiente para realizar una mejora sustancial de las condiciones de vida en la comunidad de viejos y en la de los demás (figura 3).

De ahí que, a través de los recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen, puedan ellos mismos obtener acceso a diferentes recursos, como informativos, afectivos, económicos, materiales de salud (figura 4).

Para el logro de lo anterior es fundamental saber con qué recursos potenciales cuenta el adulto mayor, para incorporarlo a procesos informativos que lo doten de capital que pueda poner en acción con él mismo y con otros viejos en beneficio de su salud. Recordemos que en la vejez hay un empobrecimiento de la calidad y la cantidad de los miembros de la red social; por ejemplo: con la finalización de la crianza de los hijos, éstos se casan y se van del hogar; si se estaba trabajando fuera de casa y hay una separación laboral, ya no se tiene un contacto continuo con los compañeros de trabajo; disminuye el número de parientes y de iguales a causa de la mortalidad; si hay pérdida de la

FIGURA 3
CAPITAL SOCIAL GERONTOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Nota: Los promotores para del desarrollo integral gerontológico y los adultos mayores que participan en los núcleos gerontológicos constituyen el capital social fundamental del modelo, y conforman una gran red de apoyo social. En este sentido, se fomenta la reciprocidad para que todos los participantes, sobre todo los denominados “adultos mayores jóvenes” (de 60 a 74 años, que en su mayoría son funcionales), brinden apoyo instrumental, afectivo e informativo a otros adultos mayores.

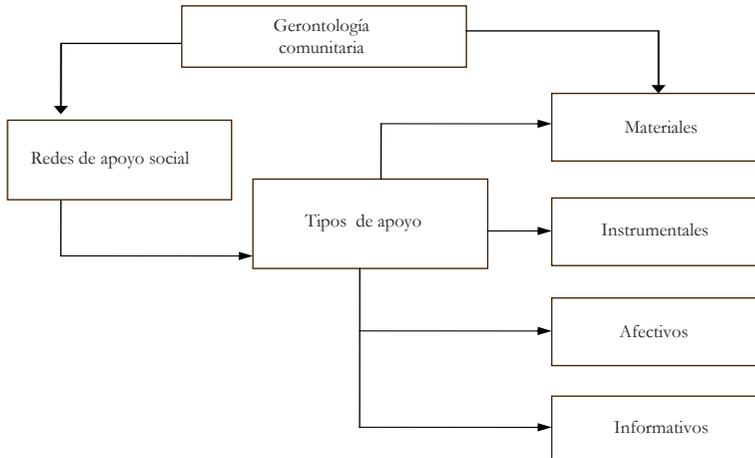
funcionalidad física, se tiende a salir menos de casa y frecuentar menos a los amigos o a los familiares.

En este marco, el propósito del presente estudio fue determinar la viabilidad del modelo de núcleos gerontológicos desarrollado en la FES Zaragoza para su implementación en programas estatales de control de enfermedades crónicas a través del autocuidado.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio de intervención comunitaria durante el bienio 2007-2009 en un marco muestral de 3 000 adultos ma-

FIGURA 4
TIPOS DE APOYO EN EL MARCO DE LA GERONTOLOGÍA COMUNITARIA



Nota: "La red de redes", que se conforma con la implementación del modelo, potencia el capital social gerontológico a través de la reciprocidad de los diferentes tipos de apoyo mutuo (material, instrumental, afectivo e informativo), con el fin de lograr el máximo de salud, bienestar y de calidad de vida.

yores de la ciudad de Pachuca y municipios del Valle del Mezquital, Hidalgo. Se llevaron a cabo las siguientes acciones: i) gestión de un convenio con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH) para la implementación del modelo de núcleos gerontológicos en un programa de envejecimiento saludable; ii) selección de la población diana (municipios del Valle del Mezquital); se decidió iniciar el programa con la población de adultos mayores independientes en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, iii) implementación del modelo de núcleos gerontológicos; iv) establecimiento de una "red de redes" de núcleos gerontológicos; v) seguimiento y evaluación de los factores que facilitan o dificultan la implementación del modelo; vi) entrevistas a profundidad a los funcionarios y responsables de los programas estatales de apoyo de los adultos mayores.

VARIABLES

La definición de las categorías de la variable viabilidad fueron las siguientes:

Viabilidad técnica: condiciones de infraestructura, equipo y recursos humanos que permiten la *implementación del modelo* (González y Vidaud, 2009). Se consideró alta cuando la formación de promotores y núcleos gerontológicos fue de un 80% y más de lo planeado; regular, del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad operativa: condiciones que propiciaron la *adherencia al programa*. Se consideró como alta cuando la adherencia al programa de los promotores e integrantes de los núcleos fue de un 80% y más, regular del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad institucional: *redes de apoyo social formal* que contribuyen al desarrollo del programa. Se consideró alta cuando el 80% o más de las instituciones y funcionarios involucrados en el programa aceptaron y respondieron congruentemente con el paradigma del envejecimiento activo; regular, del 50% al 79%, y baja, menor al 50%.

Viabilidad social: *redes de apoyo social informal* que contribuyen en el desarrollo del programa. Se consideró alta cuando el 80% o más de los familiares, amigos y los ancianos involucrados en el programa aceptaron y respondieron congruentemente con el paradigma del envejecimiento activo; regular, del 50% al 79%, y baja, menor del 50%.

TÉCNICAS

En la fase de seguimiento se aplicaron las siguientes técnicas para la recolección de la información: entrevistas a profundidad, diario de campo, observaciones, visitas a campo, videos, asistencia a eventos y análisis de documentos generados por los promotores.

Después de la aplicación de las entrevistas, de las visitas, observaciones, conversaciones y asistencia a eventos, se organi-

zaron las notas, los videos, las fotos y los documentos, anotando la fecha, un código y algunas notas para su identificación. Después de las grabaciones y filmaciones, se revisaron e incorporaron anotaciones. Posteriormente se transcribieron las entrevistas, se organizaron, se revisaron las transcripciones y se integraron las anotaciones hechas. Después se llevó a cabo un análisis preliminar a través de un chequeo y rastreo de los datos, para analizar qué es lo que surgía de ellos, identificando áreas que requerían profundización. A partir de lo anterior se realizó el análisis textual de la información con el fin de resaltar, entre otros, los siguientes aspectos: ¿Cuáles son los principales elementos que surgen de la información? ¿En qué aspectos de la información se requiere una mayor profundidad? ¿Qué informantes pueden ayudar a producir esa información?

RESULTADOS

Se observó viabilidad técnica y operativa altas, ya que hasta el momento se habían formado 170 adultos mayores como promotores para el desarrollo integral gerontológico y 300 núcleos gerontológicos. En contraste, se observó una viabilidad institucional baja (cuadro 1).

Viabilidad técnica. Se determinó que el modelo tiene una viabilidad alta debido a que constituye una alternativa que no requiere una infraestructura física predeterminada para llevar a cabo las acciones.

Como parte de las estrategias para el desarrollo del modelo, se llevó a cabo un diplomado para la formación de recursos humanos del instituto, así como un curso para responsables de programas de adultos mayores.

Los núcleos gerontológicos se establecieron en escuelas, centros de salud, casas de jubilados y pensionados, casas de día, casas de algunos de los miembros, entre otros lugares. Muchas

CUADRO 1
VIABILIDAD DEL MODELO DE NÚCLEOS GERONTOLÓGICOS

<i>Viabilidad</i>	<i>Grado</i>	<i>Parámetros</i>
Técnica	Alta	Se formaron 170 promotores para el desarrollo integral gerontológico y 300 núcleos gerontológicos.
Operativa	Alta	Se registró un 10% de deserciones de los promotores y un 15% de los integrantes de los núcleos gerontológicos.
Institucional	Baja	Más de la mitad de las instituciones de la red de apoyo social formal desconoce lo que es el envejecimiento activo y sólo ofrece apoyos de tipo material, considerando frágiles a todos los ancianos.
Social	Regular	El 50% de los adultos mayores tienen autoestereotipos y prejuicios negativos relacionados con dependencia, enfermedad e incapacidad.

de estas instalaciones cuentan con el mobiliario para llevar a cabo las actividades.

Respecto a las necesidades de materiales y equipo, los requerimientos para el desarrollo del modelo son mínimos: pizarrón, rotafolios, hojas, lápices. El material didáctico elaborado ex profeso para la formación de promotores y brindar el conocimiento sobre envejecimiento saludable con un enfoque constructivista cumplió con los objetivos planeados.

En relación con los recursos humanos, se ha encontrado disposición de los adultos mayores para participar en los núcleos gerontológicos y en las actividades planeadas para alcanzar un envejecimiento saludable (programas de ejercicio —caminata, tai-chi—, sesiones de trabajo semanales, realización de tareas,

participación en cursos de actualización, evaluaciones gerontológicas, entre otros).

Viabilidad operativa. Con respecto a la permanencia de los promotores y participantes de los núcleos, se encontró que la adherencia es alta. En este sentido, sólo se registró un 10% de deserciones de los promotores y un 15% de los integrantes de los núcleos gerontológicos. Se estableció como estrategia el seguimiento con el fin de brindar asesoría, se observó en los casos en los que los promotores y supervisores están comprometidos con las actividades que realizan los adultos mayores, y se observó que hay una mayor continuidad y sistematicidad en su participación, de ahí que se considerara alto este tipo de viabilidad.

Viabilidad institucional. En este aspecto, el IAAMEH adoptó como política pública el envejecimiento activo, incluyendo el modelo de núcleos gerontológicos como estrategia para la implementación de programas de envejecimiento saludable.

No obstante, durante las supervisiones, los promotores y/o integrantes de los núcleos gerontológicos reportaron que más de la mitad de las instituciones de la red de apoyo social formal desconoce lo que es el envejecimiento activo y sólo ofrece apoyos de tipo material, pues considera frágiles a todos los ancianos y que necesitan “bastones, lentes, medicamentos, pañales, atención médica y una despensa con alimentos de bajo costo”. Se llegó a la conclusión de que esto es debido a lo siguiente: i) la formación limitada de los directivos y coordinadores de la mayoría de las instituciones que tienen programas o acciones dirigidas a los adultos mayores con respecto al paradigma del envejecimiento activo y, por lo tanto, realizan acciones incongruentes y discrepantes; ii) la coexistencia de políticas asistencialistas, y iii) los prejuicios y estereotipos de los directivos, coordinadores y personal de las instituciones vinculadas con los programas gerontológicos estatales. En este sentido, consideramos que este tipo de

viabilidad es el que tiene mayores limitaciones, de ahí que se les considere baja.

Viabilidad social. Si bien se han incorporado promotores y adultos mayores para desarrollar el modelo, aún falta mucho, ya que la coexistencia de políticas asistencialistas y benefactoras obstaculiza la incorporación de un número mayor de personas.

Entre las dificultades vinculadas con la viabilidad social podemos resaltar la visión negativa que los adultos mayores tienen del envejecimiento, ya que un porcentaje alto (50%) de los adultos mayores tiene autoestereotipos y prejuicios negativos relacionados con dependencia, enfermedad e incapacidad, de ahí que la viabilidad se catalogara como regular.

DISCUSIÓN

Uno de los pilares fundamentales del envejecimiento activo es la salud, de ahí la importancia de proponer e implementar estrategias que permitan mantenerla y recuperarla. Al respecto se han propuesto algunos modelos de promoción de la salud y envejecimiento saludable con énfasis en el autocuidado (Schraeder *et al.*, 2001; Bryant *et al.*, 2001; Gaete *et al.*, 2009); sin embargo, no se pueden extrapolar del todo a cualquier tipo de población, ya que el diseño de cada modelo responde a las características socioculturales específicas de la población donde han sido desarrollados, de ahí la necesidad de crear modelos que respondan a las características socioculturales de nuestra población, considerando la viabilidad de su implementación en programas institucionales. Al respecto, en nuestro estudio se confirmó que el modelo de núcleos gerontológicos tiene una alta viabilidad técnica y operativa, con lo cual se podría justificar su recomendación para ser adoptado en las políticas públicas para la implementación de programas estatales gerontológicos de nuestro país; sin embargo, se observó una viabilidad institucional baja, propiciada por el escaso

conocimiento del paradigma del envejecimiento activo, aunado a la resistencia vinculada con el utilitarismo político de algunos funcionarios y coordinadores de programas estatales. Esto constituye una gran limitante, ya que la discrepancia de enfoques propicia confusión y desmotivación de los promotores e integrantes de los núcleos gerontológicos, lo cual repercute negativamente en la viabilidad técnica y operativa. En este sentido, es indispensable considerar en el modelo la capacitación simultánea de los funcionarios y coordinadores de programas de envejecimiento para que las acciones y estrategias del modelo sean concordantes. Es importante resaltar que nuestra propuesta es congruente con el modelo desarrollado por Leenerts *et al.* (2002), quienes integran las dimensiones del autocuidado, considerando el entrenamiento y las acciones colaborativas de ayuda mutua y autogestión.

Por otro lado, la viabilidad social regular, determinada por los autoestereotipos y prejuicios prevalentes en los ancianos aun después de su formación como promotores e integrantes de los núcleos gerontológicos, sugiere que el cambio en cuanto a la percepción y actitud no se logra a corto plazo, ya que la visión del envejecimiento activo es parte de su historia social. Por tal motivo, no es suficiente la transmisión de conocimientos sobre envejecimiento activo durante la vejez para lograr el empoderamiento de la mayoría de los adultos mayores, ya que el envejecimiento es un proceso multidimensional complejo, de ahí que sea indispensable establecer estrategias a mediano y largo plazo para que se desarrolle una cultura gerontológica con el enfoque del envejecimiento activo en el que se involucre a la sociedad en todas las etapas del ciclo vital.

El modelo de núcleos gerontológicos tiene como premisa conformar una “red de redes” de adultos mayores, con la cual se fortalece el capital social. En este sentido, la red apela a la *reciprocidad*, asumiendo que cuando se solicita apoyo de ésta, el individuo debe estar consciente de que él también es un elemento de apoyo potencial para el grupo (Dabas y Perrone, 1999; Vera Noriega

et al., 2005). Asimismo, se propone que la red social tiene influencia en los hábitos relativos a la salud, ya que el individuo es más propenso a adoptar estilos de vida saludables si tiene con quién compartirlos, y, por otro lado, la internalización de normas de conducta que ofrecen la familia, los amigos y el grupo comunitario puede influir de manera significativa. Además, el control social que se ejerce mediante regulaciones, sanciones o intervenciones también influye en las actitudes y en los cambios de conducta (Arechavala y Miranda, 2002). Por lo tanto, se considera como una red social idónea para personas adultas mayores el sistema abierto, multicéntrico, integrado por componentes informales (familia, amigos, comunidad) y formales (profesionistas e instituciones), con objetivos y metas definidos enmarcados en un programa que, a través del empoderamiento de las personas adultas mayores (envejecimiento activo), se logre el máximo de salud y bienestar acorde con su contexto sociocultural. Al respecto, se ha propuesto la sistematización e integración de los programas comunitarios de atención gerontológica (redes de apoyo informales) con los programas institucionales de atención a la salud para adultos mayores establecidos por el Estado para dar respuesta a los diferentes escenarios, necesidades y posibilidades de atención, considerando la participación activa de los propios adultos mayores con entrenamiento y asesoría permanente (Parry y Coleman, 2010).

Otro de los grandes problemas detectados en el estudio fue la “geriatrización del envejecimiento”. En este sentido, la mayoría de los entrevistados vinculaban el envejecimiento con la enfermedad y el deterioro, resaltando la necesidad de la atención geriátrica. A la pregunta de si era posible establecer programas de envejecimiento saludable, la mayoría de los funcionarios y los propios adultos mayores señalaron que eso no era posible, ya que “casi todos los adultos mayores están enfermos”, lo cual demuestra que no tienen claro el concepto de envejecimiento saludable, además de que no conciben la posibilidad de un de-

sarrollo integral gerontológico, en el que los aspectos psicosociales son fundamentales.

Se observó un utilitarismo político del envejecimiento, en el que se manipula y generaliza la imagen de pobreza, incapacidad, abandono y enfermedad, para establecer políticas efímeras con programas generalizados de apoyos materiales e instrumentales, sin considerar la inclusión y emancipación de los adultos mayores que les permita un desarrollo integral en la vejez, acorde con el enfoque de la gerontología crítica (Iacub, 2002; Martín García, 2000).

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que el modelo es viable en los ámbitos técnico y operativo; no obstante, se debe reforzar la viabilidad institucional y social a través de estrategias de formación de funcionarios y coordinadores de los programas relativos al envejecimiento sobre el nuevo paradigma, además de implementar acciones a mediano y largo plazo para que se desarrolle una cultura gerontológica en el marco del envejecimiento activo.

En este escenario, se han impulsado en nuestro país acciones concretas en cumplimiento de lo previsto por el Plan Internacional de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002. Aunque se han logrado algunos avances, éstos tienden a circunscribirse a planteamientos y decretos normativos que en la práctica difícilmente se traducen en acciones positivas a favor de este grupo de edad, enfocándose primordialmente en un esquema asistencialista y paternalista que va en detrimento de la participación de los adultos mayores prevista en el paradigma del envejecimiento activo.

A lo anterior se añade el hecho de que en México, al igual que en otros países de Latinoamérica e incluso de Europa, no existe un acuerdo consensuado con respecto a la conceptualización del envejecimiento activo. En tanto que algunas instituciones se adscriben a la definición propuesta por la OMS, para otras el

término se ubica tan sólo en el ámbito de la “actividad física” o ni siquiera se le menciona en muchas de las acciones propuestas. En los casos de algunas instituciones que manejan de manera explícita el término envejecimiento activo, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud y el Instituto de Atención a los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo, el manejo del concepto entre ellas y su personal es diverso. Es por eso que proponemos trabajar de manera concertada y firme en una agenda enfocada a los siguientes puntos:

- Establecer una conceptualización consensuada entre los diferentes actores involucrados sobre el proceso de envejecimiento y la vejez, entendiéndolos como fenómenos complejos, multideterminados, heterogéneos y contruidos socialmente, para lograr que las estrategias de abordamiento sean diversas y específicas según las realidades demográficas, sociales, económicas, políticas, internacionales, nacionales, regionales, locales, etcétera.
- Impulsar la formación de recursos humanos sobre los aspectos medulares del Plan de Acción desde una perspectiva multidisciplinaria, con el fin de alcanzar una visión compleja y plural del envejecimiento.
- Superar los enfoques paternalistas, de beneficencia y asistencialistas con los que en nuestro país hasta el momento se está trabajando en este tema.
- Trabajar en un modelo de redes sociales como política institucional con el fin de coadyuvar a la resolución de las problemáticas derivadas del vertiginoso envejecimiento en México.

Nos parece esencial consolidar una perspectiva de derechos que permita avanzar en el desarrollo de programas dirigidos al

grupo de personas envejecidas (y de las que están por envejecer) dando voz y reconocimiento a diferentes formas de participación desde la perspectiva de los propios actores.

BIBLIOGRAFÍA

- ARECHAVALA, M.M.C., y C.C. MIRANDA (2002). “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana”. *Ciencia y Enfermería* 8: 49-55.
- ARIAS, C.J. (2009). “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”. *Revista de Psicología da IMED* 1: 147-158. Disponible en <<http://revistapsico.imed.edu.br/arq/200906182079214237.pdf>>.
- BARONDESS, J.A. (2008). “Toward Healthy Aging: The Preservation of Health”. *Journal of the American Geriatrics Society* 56: 145-148.
- BOURDIEU, P. (1985). “The Social Space and the Genesis of Groups”. *Theory and Society* 14 (6): 723-744. Disponible en <<http://www.soc.ucsb.edu/ct/pages/JWM/Syllabi/Bourdieu/SocialSpaceGG.pdf>>.
- BRAITHWAITE, V. (2004). “Reducing Ageism”. En *Ageism*, compilado por T.D. Nelson, 331-332. Cambridge: The MIT Press.
- BRYANT, L.L., K.K. CORBETT y J.S. KUTNER (2001). “In their Own Words: A Model of Healthy Aging”. *Social Science and Medicine* 53: 927-941.
- CASTRO, R., L. CAMPERO y B. HERNÁNDEZ (1997). “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos”. *Revista de Saúde Pública* 31 (4): 425-435. Disponible en <<http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2011/files/2011/02/La-investigaci%C3%B3n-sobre-apoyo-social-en-salud.pdf>>.
- CIDEC (2009). *Envejecimiento activo. Perspectivas y estrategias*. Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones (Cuadernos de Trabajo —Formación, Empleo, Cualificaciones— 44). Dispo-

- nible en <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cidec-envejecimientoactivo-01.pdf>>.
- CHRISTENSEN, D.A., R. ERVIK y I. HELGØY (2003). "The Impact of Institutional Legacies on Active Ageing Policies: Norway and UK as Contrasting Cases". Stein Rokkan Centre for Social Studies. Working Paper 18. Disponible en <<http://www.ub.uib.no/elpub/rokkan/N/N18-03.pdf>>.
- CEPAL (2003). *Panorama Social de América Latina 2002-2003*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/12980/Sintesis_2003_esp.pdf>.
- DABAS, E., y N. PERRONE (1999). *Redes en salud*. FUNCER. Disponible en <<http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf>>.
- GAETE, J.M., J. RIVERA y H. ROMÁN (2009). "Aplicación del modelo de redes personales al estudio de los ancianos dependientes". *Revista Multidisciplinaria de Gerontología* 19 (3): 121-131.
- GONZÁLEZ, D.L., y Q.I. VIDAUD (2009). "Factores para evaluar la viabilidad de proyectos de conservación de edificaciones esenciales, no productivas, en zonas sísmicas". *Ingeniería. Revista Académica* 13 (1): 25-39.
- GUZMÁN, J.M., E. HUENCHUAN y V. MONTES DE OCA (2003). "Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual". *Notas de Población* 37: 35-70. Santiago de Chile: Celade-CEPAL. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf>.
- HUTCHINSON, T., P. MORRISON y K. MIKHAILOVICH (2006). *A Review of the Literature on Active Ageing*. Canberra: University of Canberra, Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. Disponible en <<http://www.canberra.edu.au/centres/healthpact/attachments/pdf/active-ageing.pdf>>.

- IACUB, R. (2002). "La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología". *Revista Latinoamericana de Psicología* 34: 155-157.
- INEGI (2011). *Censo de población y vivienda 2010* [en línea]. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <<http://www.censo2010.org.mx/>>.
- LEENERTS, M.H., C.S. TEEL y M.K. PENDLETON (2002). "Building a Model of Self-Care for Health Promotion in Aging". *Journal of Nursing Scholarship* 34 (4): 355-361.
- LLOPIS, C.J. (2005). "Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda". *Periferia* 3. Disponible en <<http://www.periferia.name>>.
- MARTÍN GARCÍA, A.V. (2000). "Diez visiones de la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo". *Revista de Educación* 323: 161-182. Disponible en <http://www.doredin.mec.es/documentos/0082_0073004088.pdf>.
- MARTÍNEZ-MALDONADO, M.L., E. CORREA-MUÑOZ y V.M. MENDOZA-NÚÑEZ (2007). "Program of Active Aging in a Rural Mexican Community: A Qualitative Approach". *BMC Public Health* 7: 276. Disponible en <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/276>>.
- MELÉNDEZ-MORAL, J.C., J.M. TOMÁS-MIGUEL y E. NAVARRO-PARDO (2007). "Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim". *Salud Pública de México* 49: 408-414.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., y M.L. MARTÍNEZ-MALDONADO (2009). *Programa de envejecimiento saludable para la prevención y el control de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial*. México: Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"-UNAM/ Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social Conacyt/Proyecto 87139.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., M.L. MARTÍNEZ-MALDONADO y E. CORREA-MUÑOZ (2009). "Implementation of an Active Aging Model in Mexico for Prevention and Control of Chro-

- nic Diseases in the Elderly”. *BMC Geriatrics* 9: 4. Disponible en <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/40>>.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., M.A. SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ y E. CORRREA-MUÑOZ (2008). *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario*. México: Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”-UNAM.
- MENDOZA-NÚÑEZ, V.M., E. CORREA-MUÑOZ, M. SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ y R. RETANA-UGALDE (1996). “Modelo de atención de núcleos gerontológicos”. *Geriatriska. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología* 12: 15-21.
- MONTES DE OCA, V. (2001). “Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 16 (3): 585-613. El Colegio de México.
- ONU (2007). *World Population Ageing 2007*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas.
- PARRY, C., y E.A. COLEMAN (2010). “Active Roles for Older Adults in Navigating Care Transitions: Lessons Learned from the Care Transitions Intervention”. *Open Longevity Science* 4: 43-50. Disponible en <<http://www.benthamscience.com/open/tolsj/articles/V004/SI0009TOLSJ/43TOLSJ.pdf>>.
- REQUEJO OSORIO, A. (2009). “La educación de ‘personas mayores’ en el contexto europeo”. *EFORA* 3: 45-63. Disponible en <http://campus.usal.es/~efora/efora_03/articulos_efora_03/n3_01_requejo_osorio.pdf>.
- SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, M.A., A. ARRONTE-ROSALES y V.M. MENDOZA-NÚÑEZ (2009). “Effect of a Self-Care Program on Oxidative Stress and Cognitive Function in an Older Mexican Urban-Dwelling Population”. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 13: 791-796.
- SANTOS DE SANTOS, Z.C. (2009). “Adulto mayor, redes sociales e integración”. *Trabajo Social* 11: 159-174. Disponible en

<<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/viewFile/14583/15416>>.

- SCHRAEDER, C., P. SHELTON y M. SAGER (2001). "The Effects of a Collaborative Model of Primary Care on the Mortality and Hospital Use of Community-Dwelling Older Adults". *The Journal of Gerontology Medical Sciences* 56A: M106-M112.
- VERA NORIEGA, J.A., T.I. SOTELO QUIÑONES y M.T. DOMÍNGUEZ GUEDEA (2005). "Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores". *Psicología y Educación* 7: 57-78. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80270205>>.
- WALTER, A. (2006). "Active Ageing in Employment: Its Meaning and Potential". *Asia-Pacific Review* 13: 78-93.
- WHO (1999). *Ageing. Exploding the Myths*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf>.
- WHO (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>.