

ENVEJECIMIENTO Y SALUD:

una propuesta para un plan de acción



Coordinadores:

Luis Miguel Gutiérrez Robledo / David Kershenobich Stalnikowitz



Instituto de
Geriátria



Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

INSTITUTO DE GERIATRÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Coordinación de la Investigación Científica

Coordinación de Difusión Cultural

Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial

Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

David Kershenobich Stalnikowitz

Coordinadores



Universidad Nacional Autónoma de México
2012

*Envejecimiento y salud:
una propuesta para un plan de acción*

Primera edición: 21 de marzo de 2012

D.R. © 2012 Academia Nacional de Medicina de México
Av. Cuauhtémoc núm. 330, Bloque B de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Col. Doctores, C.P. 06720, México D.F.

D.R. © 2012 Academia Mexicana de Cirugía A.C.
Av. Cuauhtémoc núm. 330, 3er piso Bloque B de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Col. Doctores, C.P. 06720, México D.F.

D.R. © 2012 Instituto de Geriátrica
Periférico Sur núm. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, C.P. 10200, México D.F.

D.R. © 2012 Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación de Difusión Cultural
Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial
Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F.

ISBN: 978-607-02-3171-1

Diseño y formación: Ricardo A. Álvarez V.
Ilustración de portada: Oswaldo Hernández Garnica

Coordinación editorial: Sandra Luna, Erika Maya

Grupo de trabajo interdisciplinario

Marissa Vivaldo Martínez, Marilú Martínez Maldonado, Berenice Ramírez López, Roberto Ham Chande, Verónica Montes de Oca, Ana Luisa González-Celis Rangel, Luis Alberto Vargas Guadarrama, Carmen García Peña, Ana Luisa Sosa Ortiz, Luis Durán Arenas, Víctor Manuel Mendoza Núñez, Carlos Welti Chanes, Julia Isabel Flores Dávila, Mauricio Padrón Innamorato, Malaquías López Cervantes, Lilia Macedo de la Concha, Elizabeth Caro López, Victoria Arango Lopera, César González González, Mariana López Ortega, Liliana Giraldo Rodríguez, Ulises Pérez Zepeda, Pedro Arroyo, Flor Ávila Fematt y Esperanza Uribe Álvarez.

Este material puede ser copiado, reproducido, modificado y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Open Publication License, v. 1.0 o posterior (<http://www.opencontent.org/openpub/>). Está prohibida la distribución de versiones sustantivamente modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Los derechos comerciales siguen siendo propiedad del autor.

Impreso y hecho en México / *Made and printed in Mexico*

**Academia Nacional
de Medicina de México**

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz
Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Vicepresidente

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez
Tesorero

Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Secretario Adjunto

**Academia Mexicana
de Cirugía**

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Presidente

Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Vicepresidente

Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Secretario

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Dr. Felipe Cruz Vega
Primer Vocal

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Segundo Vocal

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba
Tercer Vocal

Dr. Jorge M. Sánchez González
Cuarto Vocal

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño
Quinto Vocal

Instituto de Geriátría

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General

Dr. J. Héctor Gutiérrez Ávila
Director de Investigación

Dra. Flor María Ávila Fematt
Directora de Enseñanza y Divulgación

**Universidad Nacional
Autónoma de México**

Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Eduardo Bárzana García
Secretario General

Lic. Enrique del Val Blanco
Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera
Secretario de Desarrollo Institucional

M.C. Miguel Robles Bárcena
Secretario de Servicios a la Comunidad

Lic. Luis Raúl González Pérez
Abogado General

Dra. María Teresa Uriarte
Coordinadora de Difusión Cultural

Dr. Carlos Arámburo de la Hoz
Coordinador de la Investigación Científica

Lic. David Turner Barragán
*Director General de Publicaciones
y Fomento Editorial*

Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico

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

Introducción

Partimos de la idea de que el envejecimiento tiene una dimensión material, que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social; y una dimensión cultural y subjetiva, referida a la interpretación y a la forma como se enfrenta y se vive este proceso desde la subjetividad individual y colectiva.

El envejecimiento y la vejez en la actualidad se configuran como un objeto epistemológico que puede entenderse o interpretarse en varios sentidos y que provoca juicios diversos. Aparecen como conceptos polisémicos y con interpretaciones en ocasiones contradictorias. Pueden ser aprehendidos, por ejemplo, como un estado o estatus, como un estadio vital, como un proceso, o bien, como una construcción social.¹⁻⁷ Cada una de estas formas contiene un significado de “viejo”, de “vejez” y de envejecimiento y, con base en ello, se da lugar a la definición de políticas y acciones destinadas a este sector social. Para comprender la realidad actual de la población de viejos es necesario conocer las actitudes e imágenes que las sociedades se han formado sobre ellos con el fin de entender la problemática que enfrentan, así como los mecanismos que las distintas instituciones responsables han generado para enfrentar sus requerimientos y demandas. En este sentido, Bourdieu⁸ señala que cada sociedad elabora un cuerpo de problemas sociales considerados como legítimos para lo cual crea instituciones y organismos que construyen su propio significado del problema social que esté a su cargo, que es impuesto a la sociedad. En este sentido,

el significado de vejez y de envejecimiento no es un elemento universal sino que se define en función de los discursos preponderantes en diferentes épocas.⁹

En este sentido, el medio social crea la imagen de los viejos a partir de las normas, valores, prácticas y saberes que prevalecen en épocas y sociedades determinadas, esto es, cada cultura establece su propio modelo o modelos de viejo y los juzga con referencia a ese patrón. En este sentido, dos visiones de la vejez han dominado, una positiva y otra negativa, que tienen sustento en cuatro factores: 1) fragilidad física, 2) conocimiento y experiencia, 3) el cuerpo y sus cambios y 4) acumulación de la riqueza.

La vejez, en consecuencia, se constituye en una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en espacios sociohistóricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios. Por lo tanto, es fundamental entender a la vejez y al envejecimiento como un proceso dinámico, heterogéneo e histórico en el que tanto los significados que los viejos tienen de la vejez y del envejecimiento, como sus prácticas, se ven mediados por las relaciones de poder que las instituciones (familia, Iglesia, gobierno, Estado) establecen con el anciano a través de sus discursos.⁹

Por lo que respecta a la dimensión material del envejecimiento –y en el marco del ciclo vital humano– se considera que el envejecimiento se inicia después de alcanzar la madurez biológica, psicológica y social, y no desde la concepción o nacimiento como proponen

* *Doctor en Ciencias Biológicas, Director de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.*

** *Maestra en Gerontología Social y Candidata a doctora en Salud Colectiva. Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.*

algunos autores, ya que el simple paso del tiempo no lo determina; de ahí que Hayflick señale que “el envejecimiento ocurre en el tiempo, pero no por el paso del tiempo”.¹⁰ En este sentido, iniciaremos con la presentación de nuestro marco conceptual con el fin de evitarle confusiones al lector, ya que es muy probable que los conceptos adoptados por nuestro grupo de investigación difieran de los de otros autores.

Para comprender el proceso gradual y adaptativo que caracteriza al envejecimiento es necesario considerar los mecanismos biológicos involucrados, tales como la homeostasis, la alostasis, la carga alostática, el estrés oxidativo y la hormesis.

1. Homeostasis se refiere al equilibrio dinámico multisistémico que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado, acorde con las demandas endógenas y exógenas a las que se ve expuesto el individuo en todo momento.
2. Alostasis es la respuesta adaptativa del organismo para mantener la homeostasis ante las exigencias endógenas y exógenas determinadas por el estado de salud, los estilos de vida, factores psicológicos y ambientales.
3. Carga alostática representa el costo de una alostasis repetitiva o ineficiente, por la exposición continua a los factores que generan estrés biológico, haciendo menos eficiente el proceso alostático e incrementando la vulnerabilidad para la aparición de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas durante el proceso de envejecimiento.
4. Estrés oxidativo es un desequilibrio bioquímico caracterizado por un desbalance en favor de los radicales libres respecto a la actividad antioxidante, propiciando daño oxidativo a macromoléculas (proteínas, carbohidratos y lípidos y ADN), cuya alteración ha sido vinculada con el proceso de envejecimiento.
5. Hormesis es otro mecanismo biológico relacionado con la longevidad y el envejecimiento exitoso; se define como un proceso adaptativo secundario a la exposición gradual, continua y a dosis seguras, a sustancias químicas, cambios físicos, psicológicos y sociales, que fortalecen la homeostasis e incrementan la longevidad, los cuales, a dosis altas, son dañinos, tales como la ingesta de bebidas alcohólicas, ejercicio físico, radiación y estrés psicosocial.¹¹⁻¹⁸

En este contexto definimos el envejecimiento humano como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.^{19,20}

En términos generales se considera que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida (alrededor de los 45 años), ya que en esta etapa de la vida los cambios biológicos relativos al envejecimiento se presentan en la mayoría de los aparatos y sistemas, lo cual propicia una disminución gradual de la respuesta homeostática, que se traduce en una vulnerabilidad para la presencia de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, la cual se va acentuando conforme aumenta la edad. Por otro lado, la vejez es una etapa de la vida cuya edad de inicio la establece la sociedad, de ahí que en la actualidad en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años mientras que en los países desarrollados la edad de inicio es los 65 años.²¹

Asimismo, se reconoce que las características físicas, psicológicas y sociales de la población de 60 años y más se van diferenciando conforme aumenta la edad; de ahí que se haya propuesto clasificar a los ancianos por grupos de edad con el fin de que los programas gerontológicos respondan a sus necesidades específicas. Al respecto, nuestro grupo de trabajo ha adoptado la siguiente clasificación propuesta por Berenice Neugarten:²²

- **Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años.** Son potencialmente activos y en su mayoría funcionales; este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
- **Viejos-viejos, de 75-89 años.** Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social. Por tal motivo, requieren programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
- **Viejos-longevos, de 90 y más años.** Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social, de ahí que sea necesario

implementar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo. Es innegable que a partir de los 60 años de edad los cambios psicobiológicos relativos al envejecimiento son más evidentes que al inicio del proceso; por tanto, la mayoría de los programas gerontológicos se enmarcan en las personas de 60 años y más. No obstante, es recomendable ampliar los programas gerontológicos que promueven el envejecimiento saludable a partir de la quinta década de la vida (45 años de edad).

Gerontología comunitaria

La gerontología comunitaria es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento y de los ancianos en su entorno social y comunitario con la participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores.²³ La gerontología comunitaria se enmarca en el paradigma del envejecimiento activo y la promoción de la salud. En este sentido, la participación de los adultos mayores en la organización y desarrollo de los programas gerontológicos constituye el elemento clave. Por tal motivo, la participación social razonada de los ancianos con conocimientos básicos relativos a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento es indispensable para lograr su empoderamiento en su beneficio.

Envejecimiento saludable

Uno de los objetivos fundamentales de la gerontología comunitaria es lograr que los adultos mayores adopten un envejecimiento saludable, entendido como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida 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.

Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: a) una alimentación adecuada, b) ejercicio físico periódico y seguro, c) higiene personal

adecuada, d) sueño suficiente y reparador, e) recreación, y f) una alta autoestima. En este sentido, la gerontología comunitaria busca implementar estrategias que propicien el mantenimiento, adopción o adecuación de los estilos de vida antes señalados, considerando el contexto social específico de los individuos. Un componente indispensable en la implementación de los programas de envejecimiento saludable es la autorregulación (automonitoreo), con lo cual el anciano se responsabiliza del registro y nivel de cumplimiento de las estrategias y acciones para mantener, fortalecer, adecuar o adoptar los estilos de vida saludables.²⁴

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud establece que, desde el punto de vista gerontológico, se consideran como sanas a las personas adultas mayores, sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural. Por tal motivo, acorde con este concepto en la vejez se puede catalogar a los viejos como “diabéticos sanos o enfermos”, “hipertensos sanos o enfermos”, dependiendo de si están controlados y mantienen la funcionalidad física, mental y social.²⁴

La percepción del estado de salud tiene componentes objetivos y subjetivos; estos últimos adquieren gran relevancia durante la vejez, ya que es común que muchos viejos digan “me siento mal”, sin precisar signos y síntomas específicos que se puedan enmarcar en algún cuadro clínico descrito por la literatura médica. También algunos profesionales médicos sin formación gerontológica hacen señalamientos erróneos como los siguientes: “la mayoría de los viejos son achacosos”, “los viejos se quejan de todo, pero sus molestias son debidas a su edad”, “como nadie les hace caso, los viejos se dedican a inventar enfermedades”, “como los viejos están solos la mayor parte del tiempo, acuden al médico sólo para platicar”, “ya no se puede hacer nada por los viejos, todos están enfermos”, “la vejez, en gran medida, es un tipo de enfermedad”, “la mayoría de los viejos no tienen nada, sólo están deprimidos”.²⁴

Desde el punto de vista gerontológico, además de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, si la persona “se siente mal”, es decir percibe algún malestar subjetivo psicológico o social, debe solicitar atención, ya que las molestias subjetivas deben ser atendidas a tiempo, para evitar repercusiones físicas y afectación en la calidad de vida.

Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social constituyen un elemento fundamental para la gerontología comunitaria; se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, permitiéndole recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo (Figura 1).

Las redes de apoyo social se subdividen en: a) informales, cuando el sistema de apoyo para el individuo abarca a la familia, amigos y grupos comunitarios autónomos; b) formales, incluyen a las instituciones u organizaciones gubernamentales y privadas que poseen un sistema burocrático, en el que se tienen normas y objetivos específicos y generalmente participan profesionales.

El envejecimiento transcurre en un ámbito social con los amigos, compañeros de trabajo, vecinos y familiares; de ahí que el envejecimiento activo considera a la interdependencia y la solidaridad intergeneracional como elementos fundamentales de las redes de apoyo social informales. Al respecto, se ha demostrado que los cuidados informales contribuyen y complementan de manera significativa los cuidados formales que se les brindan a los ancianos. Se ha demostrado también que los vínculos sociales permanentes y satisfactorios constituyen un elemento fundamental para la salud y bienestar durante la vejez.²⁵

Envejecimiento activo

En las últimas décadas el término envejecimiento activo se ha difundido de manera amplia en los discursos internacionales y nacionales, siendo importante entender cómo y con qué fines se hace uso de este término en dichos discursos. ¿Qué debemos entender por “envejecimiento activo”? ¿Qué idea debemos tener en mente al invocarlo? ¿El término equivale a hablar de un envejecimiento “exitoso”, “saludable” o “productivo”? En las últimas décadas este concepto se ha difundido de manera amplia en los discursos internacionales y nacionales, por lo que es conveniente entender cómo y con qué fines se hace uso de éste en dichos discursos.

Envejecimiento exitoso

El constructo de envejecimiento exitoso fue propuesto en 1987 por John Rowe y Robert Kahn, quienes plantearon la posibilidad de un envejecimiento distinto al

envejecimiento vinculado con el deterioro físico y mental equivalente a un proceso morboso, “envejecimiento típico”. Esto es, proponían distinguir entre las manifestaciones que presenta la persona que envejece asociadas con el envejecimiento *per se* de aquellas debidas a los efectos de la enfermedad.²⁶

De acuerdo con Engler,²⁷ el enfoque del envejecimiento exitoso se dio a partir de una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al reconocer la contribución económica de los adultos mayores, sobre todo en países pobres. Se fomentó la inversión institucional en créditos para proyectos productivos promoviendo la no segregación de los adultos mayores de las actividades productivas; asimismo, se sostuvo que la clave para un “envejecimiento exitoso” era mantenerse activo y gozar de éxito financiero.²⁸

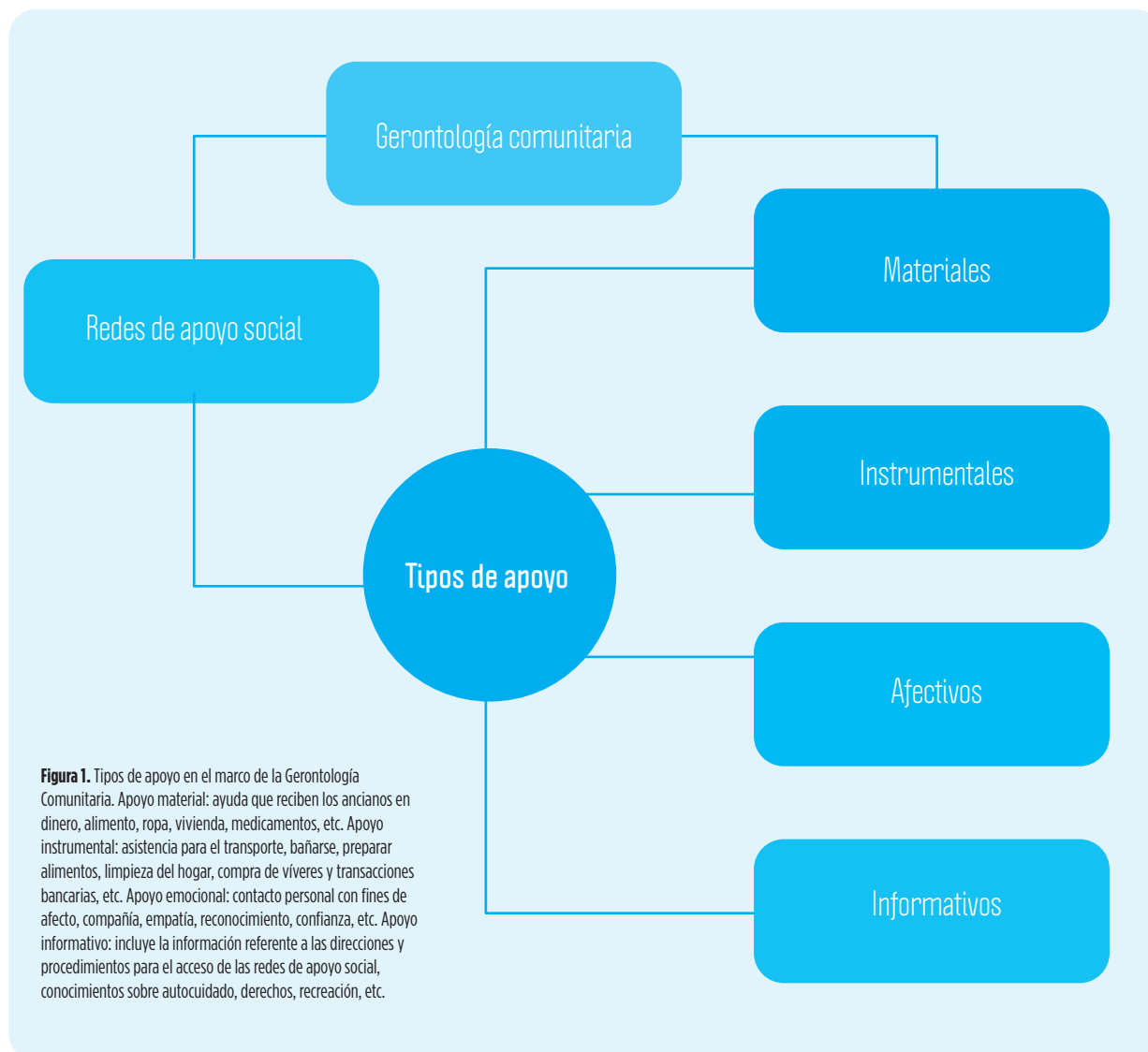
El enfoque del envejecimiento exitoso ha recibido serias críticas por idealista, por responsabilizar al individuo de no lograr un envejecimiento exitoso y por pretender homogenizar a todos los viejos sin tomar en cuenta los factores culturales, sociales, económicos, políticos y aquellos relacionados con historia de vida de cada persona vieja.

Envejecimiento productivo

El envejecimiento productivo se refiere a: (a) cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produzca bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle la capacidad para producirlos, (b) la capacidad de los ancianos para servir en la fuerza de trabajo remunerada o en actividades de voluntariado, para ayudar en la familia y así mantenerse tan independiente como sea posible.²⁹⁻³⁰ En este sentido, el objetivo del envejecimiento productivo es crear conciencia en las comunidades, en los centros laborales y en la misma población de viejos sobre lo mucho que pueden ganar si permanecían activos más allá del retiro. Entre las alternativas está el continuar laborando en empleos de medio tiempo o incluso de tiempo completo en forma independiente. Esta aproximación constituye una propuesta en la que subyace la incapacidad del Estado para hacer frente a las demandas del aumento de una población en proceso de envejecimiento.

Envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 definiéndolo como “el proceso de optimización de



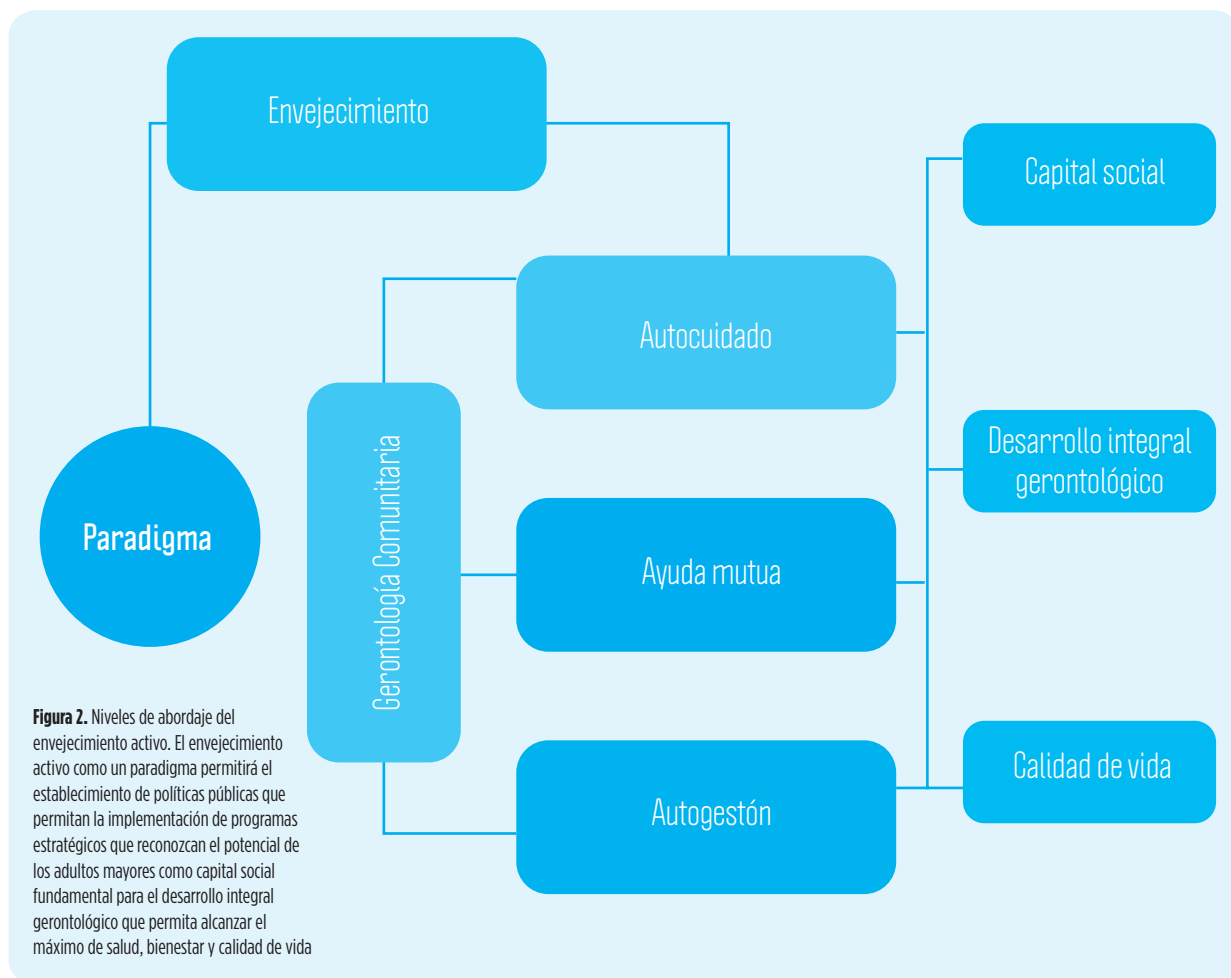
las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a 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.³¹

El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje, como: a) paradigma, b) estrategia política y c) acción instrumental a nivel comunitario (Figura 2).

El paradigma del envejecimiento activo vinculado con el enfoque del ciclo vital humano permite tener una visión teórica diferente a las teorías de la desvinculación y la dependencia, con lo cual se pueden sustentar la estrategia política y las acciones pragmáticas.

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 bienestar físico y mental. En este sentido, se puede visualizar al envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento.²⁶

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.

Frecuentemente, de manera simplista se asocia con el envejecimiento activo con el realizar ejercicio físico o propiciar que los ancianos trabajen el mayor número de años posible de su vida. Este enfoque es muy limitado y no abarca en concepto moderno del envejecimiento activo; por tal motivo Walter³² propone los siguientes siete principios que permiten delinear los componentes del envejecimiento activo.²⁶

1. La actividad en el marco del envejecimiento activo debe contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social y no limitar su enfoque al trabajo remunerado.
2. El envejecimiento activo debe tener un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la

enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la pérdida de habilidades.

3. El envejecimiento activo debe abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles y dependientes. En este sentido, el grado de participación será acorde con las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo.
4. Una característica fundamental del envejecimiento activo deberá ser el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional.
5. El envejecimiento activo debe considerar derechos y obligaciones. Por tal motivo, el derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida deberá ir acompañada por la obligación de tomar ventaja de la educación y capacitación para ampliar o ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo en sus diferentes vertientes.
6. El envejecimiento activo debe ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de

conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento son indispensables, para poder asumir la responsabilidad el rol social de “viejo activo”.

7. En la aplicación del concepto de envejecimiento activo debemos considerar los elementos nacionales, locales y la diversidad cultural. De ahí que se debe evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos al de nuestra población.

Por otro lado, el envejecimiento activo como marco político constituye una alternativa factible para sustituir el modelo actual que visualiza al adulto mayor como un ser decadente y enfermizo, sin posibilidades de un desarrollo social y económico; de ahí que con frecuencia se considere a los viejos como una carga social y económica. Por tal motivo el establecimiento de políticas públicas que propicien el desarrollo de un Plan Nacional Gerontológico que sirva marco general para la implementación de Planes y Programas Gerontológicos Estatales diferenciados permitirá alcanzar las siguientes metas señaladas por la OMS para los países que adopten esta estrategia.³¹

- Menos muertes prematuras.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

El envejecimiento activo como estrategia para la implementación de programas de intervención gerontológica a nivel comunitario representa una de las opciones más plausibles, considerando el capital social que representa la población de viejos-jóvenes. En este sentido, este grupo de poblacional puede participar activamente en su beneficio y el de los demás adultos mayores a través de las acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión (Figura 3).

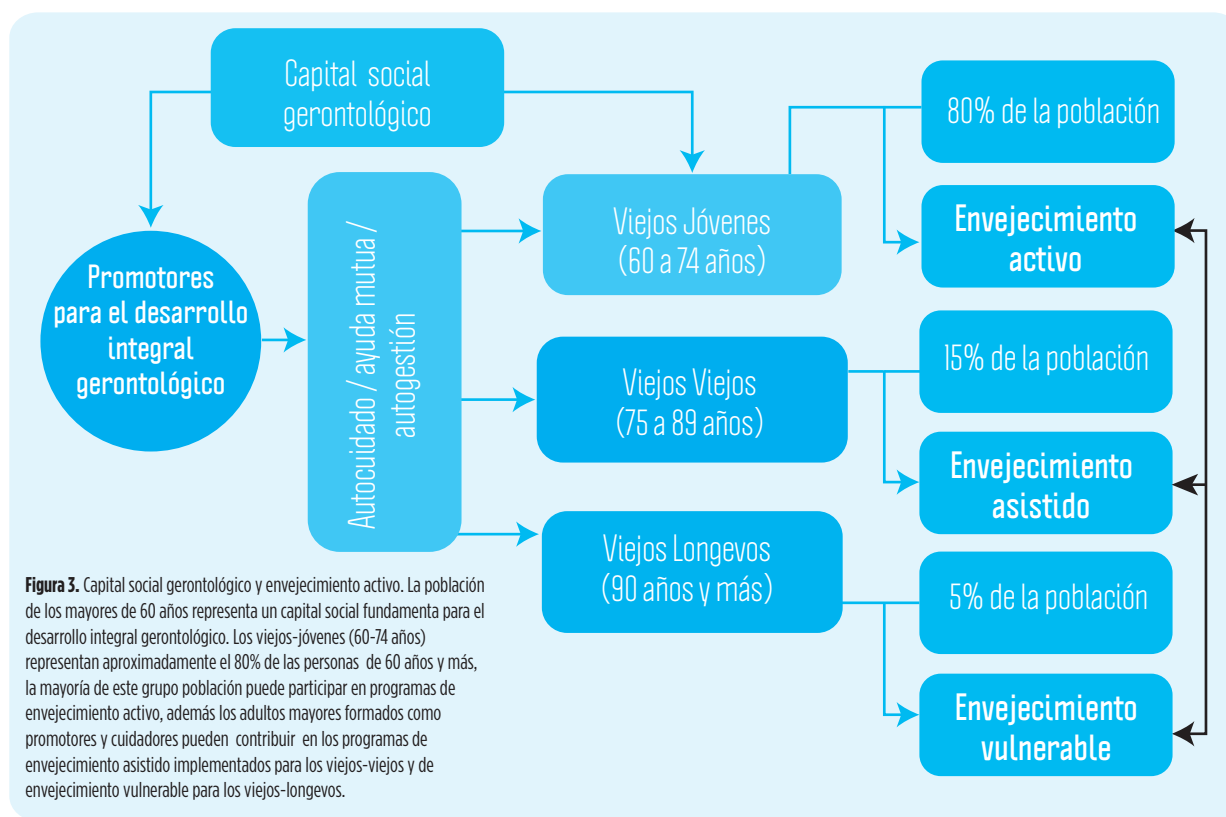


Figura 3. Capital social gerontológico y envejecimiento activo. La población de los mayores de 60 años representa un capital social fundamenta para el desarrollo integral gerontológico. Los viejos-jóvenes (60-74 años) representan aproximadamente el 80% de las personas de 60 años y más, la mayoría de este grupo población puede participar en programas de envejecimiento activo, además los adultos mayores formados como promotores y cuidadores pueden contribuir en los programas de envejecimiento asistido implementados para los viejos-viejos y de envejecimiento vulnerable para los viejos-longevos.

Desarrollo integral gerontológico

Las visiones del envejecimiento y la vejez son determinantes en la implementación de políticas públicas y del desarrollo de los programas de intervención comunitarios. Al respecto, a lo largo de la historia han dominado tres visiones: (a) la vejez como deterioro, (b) la vejez como ruptura, y (c) la vejez como carga social. Las tres tienen en común una representación social negativa de la vejez.³³

La gerontología como campo de estudio científico del envejecimiento, la vejez y los viejos, con un enfoque hegemónico aristotélico le ha dado mayor énfasis a los aspectos biomédicos y psicológicos negativos, resaltando el deterioro y declive funcional, sin considerar que algunas condiciones implican evolución y desarrollo conforme aumenta la edad o que son estables a través de la edad. Este enfoque negativo ha generado y promovido las representaciones sociales negativas del envejecimiento y la vejez.³⁴

No obstante, en forma paralela también han surgido y se han desarrollado algunos enfoques positivos que enfatizan los beneficios y oportunidades que brinda el envejecimiento y la vejez, tales como: (a) la vejez como producto cultural e histórico, (b) la vejez como oportunidad, (c) la vejez como tiempo productivo.³³ En este sentido, es importante señalar, que también es un error tener visiones sesgadas eminentemente positivas, ya que no se puede negar que los cambios biológicos del envejecimiento y la mayor edad incrementan la vulnerabilidad para enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, tampoco podemos generalizar y suponer que el contexto sociocultural es similar para todos los viejos brindándole oportunidades para su cuidado y desarrollo gerontológico.

En este contexto, nuestro grupo de trabajo ha propuesto un constructo relativo al desarrollando integral gerontológico (DIG) vinculado con el enfoque teórico de la Gerontología Crítica que propone la emancipación de los ancianos, considerando una visión objetiva del envejecimiento y la vejez con conocimiento fundamentado.³⁵⁻³⁶

Definimos el desarrollo integral gerontológico como un proceso que se lleva a cabo desde el inicio del envejecimiento y hasta el final de la vida; implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. El DIG es un proceso de transformación y crecimiento continuo en el que el capital social es fundamental.

El DIG está conformado por los siguientes elementos:

- 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 con posibilidad de disfrutarlos (hacer uso de ellos).
- b. El concepto de **potencialidades**, que todos los seres humanos tenemos tanto en lo físico (potencialidad de crecimiento, de fuerza, de 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.). El adulto mayor debe conocer sus potencialidades, tener las opciones para desarrollarlas y las oportunidades culturales, de conocimiento y tecnológicas para demostrarlas, para lograr productos (afectos, objetos, tecnología, procesos, etc.) que contribuyan a su propio bienestar, al de la comunidad y al medio ambiente que lo rodea.

Para que el adulto mayor tenga la opción de lograr un desarrollo humano positivo y aceptable, son necesarios el acceso y la permanencia en sistemas de educación continua formal e informal, y de salud de calidad, empleo, seguridad social, un medio ambiente sano y estimulante, entre otros y el reconocimiento social positivo como persona.

Por otro lado, el DIG 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 período. Esto es, el desarrollo integral durante la vejez implica un interjuego entre el individuo y su ambiente, ya que desde su nacimiento hasta la muerte recibe las influencias que le facilitarán –o no– su proceso de crecimiento físico, cognitivo, psicológico, social y espiritual.

No olvidemos que el ser humano es un ser completo y armónico que se desenvuelve dentro de un entorno físico, psicológico y social. Es un todo integrado que está conformado por elementos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ético-morales y espirituales, y que además está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, que responde al momento que vive y al lugar en donde vive. Todas estas características

y atributos se mantienen a lo largo de toda la vida, la vejez no es la excepción. Sin embargo, existe un grave prejuicio de que las personas que llegan a la vejez ya no tienen más que hacer y, por lo tanto, no se les dan oportunidades para que continúen su desarrollo.

Como ya se señaló, el envejecimiento activo tiene como propósito que los adultos mayores participen de forma continua individual y colectivamente, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Asimismo, la Gerontología Comunitaria tiene como objetivo fortalecer el desarrollo personal y social de los viejos en su entorno cotidiano (familiar y comunitario), incorporándolos como un capital social indispensable para alcanzar dicho desarrollo.

El capital social gerontológico es 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 obtienen de los demás. Este capital social puede estar conformado por capacidades y actitudes como liderazgo, buena voluntad, compañerismo y empatía.³⁷⁻³⁸ Si los individuos entran en contacto con sus vecinos, y ellos a su vez con otros vecinos, habrá una acumulación de capital social que puede satisfacer inmediatamente 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 allí que, a través de los recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen, puedan obtener acceso a diferentes recursos ya sean económicos, materiales, informativos y afectivos.

¿Cómo desarrollar estos recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen para alcanzar un desarrollo integral gerontológico? El desarrollo integral gerontológico se asocia con el bienestar físico, social y emocional, con la satisfacción de necesidades como: autonomía, participación, pertenencia a un grupo, solidaridad, tranquilidad, vínculos con las redes de apoyo social, seguridad personal, valoración, autoanálisis, con la oportunidad de formar parte de un ambiente gratificante, con la satisfacción de los afectos, con la posibilidad de continuar con el aprendizaje, con la expresión creativa, con el desarrollo del talento, con la socialización continua y con el bienestar individual.³⁹ Sin embargo, no debemos perder de vista que para alcanzar un DIG debemos considerar los factores intervinientes.

Durante la vejez hay cambios en las diferentes áreas de la persona. En la esfera física se presenta una serie de cambios biológicos, fisiológicos, morfológicos, bioquímicos, etcétera; en la esfera psicológica pueden presentarse cambios en la forma de percibirse como persona debido a que hay un pensamiento generalizado de rechazo a la vejez, por lo que puede haber sentimientos de minusvalía, de baja autoestima o de incapacidad para seguir participando en la comunidad. Durante esta etapa también hay cambios en la esfera social, ya que se piensa que los adultos mayores tienen que estar descansando en casa porque ya trabajaron o porque ya no pueden, o porque ya no son productivos, lo que hace que se redefinan nuevos papeles sociales tales como: retiro de las actividades productivas, estar a cargo de los nietos exclusivamente, reunirse en grupos de entretenimiento o estar en casa descansando.

Por otro lado, también es fundamental saber con cuántos recursos y con qué potencialidades cuenta el adulto mayor. Recordemos que en la vejez hay un empobrecimiento de la calidad y cantidad de los miembros de la red social; por ejemplo, los hijos 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; si hay pérdida de la funcionalidad física, hay una tendencia a salir menos de casa y frecuentar menos a los amigos o a los familiares. Sin embargo, con orientación y conocimiento puede haber nuevos modos de participación social, revalorizar las redes familiares y sociales para fortalecer a los adultos mayores.

Para que un adulto mayor lleve a cabo acciones para un desarrollo integral gerontológico, además de lo anterior debe considerar la necesidad de la conjunción de tres condiciones simultáneas: QUERER, SABER Y PODER.

QUERER

1. **Ser ciudadano.** Si el adulto mayor se siente persona y ciudadano y no un enfermo, incapacitado, que ya no aprende, que ya no tiene más que hacer en la vida porque llegó a la vejez.
2. **Ser reconocido.** Si el adulto mayor siente y tiene la convicción de que lo que hace merece la pena para él mismo, para su familia, para su comunidad y para la sociedad en general y que es una persona que influye para que haya cambios en la imagen que se tiene de la vejez.

3. **Ser activo.** Si se siente estimulado para llevar a cabo acciones para sí mismo, para su familia, para su comunidad, haciendo usos de las redes de apoyo social.

Si el adulto mayor reúne los anteriores puntos, quiere decir que QUIERE y, por lo tanto, la voluntad del adulto mayor es, en último término, el motor decisivo que genera la acción.

Ahora bien, para practicar el desarrollo integral gerontológico hace falta:

SABER

1. **Lo que tenemos que saber.** Saber qué significa el desarrollo integral durante la vejez, saber qué es la vejez y qué significados tiene, saber qué pasa durante el proceso de envejecimiento, saber cuáles son las posibilidades y las limitaciones que se presentan con la vejez, saber cómo podemos hacerlo, es decir cómo podemos actuar, entre otros.
2. **Qué tipo de desarrollo integral gerontológico se quiere lograr.** Un desarrollo sólo físico, un desarrollo psicológico, un desarrollo social, un desarrollo laboral, un desarrollo espiritual, algunos de ellos o todos en su conjunto.
3. **Qué nos motiva.** Por qué involucrarnos en un proceso de desarrollo integral gerontológico, ya que el sentido que le demos orientará la práctica.
4. **Cómo se hace.** El adulto mayor tiene que saber cómo se puede alcanzar un desarrollo integral gerontológico, tiene que saber las estrategias, los métodos, las actividades para lograrlo y cómo se aplican.
5. **Cuál es la mejor estrategia.** Considerar que el desarrollo integral gerontológico debe ser interactivo y recíproco, esto es, debe considerar las redes de apoyo social tanto formales como informales; para ello tendrá que saber quiénes son, dónde están, qué apoyos ofrecen, etc.

Si el adulto mayor se pregunta qué sucede con él mismo, qué sucede con su familia, qué sucede con su comunidad, constituye un indicador de que quiere saber.

Ahora bien, el adulto mayor que quiere y sabe, no siempre puede. De nada sirve que la persona tenga una decisión clara y convencida si no puede, por diversas razones, llevar a cabo las acciones para alcanzar un desarrollo integral gerontológico. Por lo cual es necesario:

PODER

1. **Tener tiempo** para llevar a cabo las acciones.
2. **Tener las condiciones** para llevar a cabo las acciones. Con quién, en dónde, saber cómo.
3. **Disponer de los medios** y ayudas necesarios para llevar a cabo el desarrollo integral gerontológico. Los medios pueden ser personales (soy funcional, tengo la información) o materiales.

En conclusión, para participar en procesos para el desarrollo integral gerontológico se necesita reflexionar, en un primer momento, sobre lo que QUIERO, lo que PUEDO y lo QUE SÉ para lograrlo.

Áreas a trabajar para el desarrollo integral gerontológico

Para que el adulto mayor se desarrolle como un ser integral durante la vejez, tendrá que trabajar sobre las siguientes áreas.

Área física. Las actividades que se lleven a cabo para el desarrollo de esta área tendrán una repercusión importante en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, así como en el cuidado de la salud y en el desarrollo cognitivo, afectivo y social. En este sentido, es importante que el adulto mayor lleve a cabo actividades que le permitan:

- Reconocer las posibilidades y los límites de su cuerpo y del entorno inmediato.
- Efectuar actividades de autocuidado que fortalezcan su autoconcepto y propicien el fortalecimiento de la funcionalidad física, mental y social y, por lo tanto, la independencia.
- Participar en actividades de ejercicio físico y recreativas que fortalezcan las habilidades psicomotrices y les proporcionen satisfacción al hacerles sentir que pueden aportar al trabajo conjunto y establecer relaciones de cooperación y apoyo.
- Responsabilizarse progresivamente del cuidado de su cuerpo y actuar oportunamente para enfrentar situaciones que pongan en riesgo su salud.

Área cognitiva. Las actividades que se realicen en esta área están dirigidas a que los adultos mayores sanos desarrollen el potencial para reaprender o reactualizar las habilidades que desarrollaron en algún momento de la vida. En este sentido es importante que el adulto mayor realice las siguientes acciones:

Envejecimiento y salud:

una propuesta para un plan de acción,

editado por la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, se terminó de imprimir el XXVII de abril de 2012 en los talleres de JANO, S. A. de C. V. ubicados en Lerdo Poniente 864, Agustín Millán, col. Electricistas Locales, CP 50040, Toluca, Edo. de México. El tiro consta de 1000 ejemplares impresos en offset sobre papel Bond blanco de 90 gr. Para su composición se utilizaron los tipos Garamond Pro 11/13 pts. El cuidado de la edición estuvo a cargo de Leonel Rivera.

