

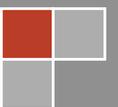
Reflexiones en torno a una sociedad longeva: Teoría y praxis

David López Romero

Bertha Maribel Pimentel Pérez

Miriam Veras Godoy

José Antonio Morales González



**Reflexiones en torno a una sociedad longeva:
teoría y praxis**

Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Gerontología



**CONSEJO
EDITORIAL**
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO

Reflexiones en torno a una sociedad longeva: teoría y praxis

David López Romero
Bertha Maribel Pimentel Pérez
Miriam Veras Godoy
José Antonio Morales González



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Pachuca de Soto, Hidalgo, México

2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Adolfo Pontigo Loyola
Rector

Saúl Agustín Sosa Castelán
Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales
Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Adrián Moya Escalera
Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano
Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín
Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición: 2021

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000

Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta edición sin el consentimiento escrito de la UAEH.

El contenido y el tratamiento de los trabajos que componen este libro son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ISBN: 978-607-482-638-8

Hecho en México/*Printed in Mexico*

Este libro fue dictaminado por pares académicos.

Índice

Índice	9
Prologo	11
Primera parte ...Algo para pensar	
Calidad de vida y vejez	15
Bertha Maribel Pimentel Pérez Miriam Veras Godoy Antonia Iglesias Hermenegildo	
Tipos de violencia que sufren los adultos mayores que viven en la colonia Morelos, Pachuca de Soto Hidalgo	27
Ismael Aguillón León	
Más allá de los huehues: la construcción social de la vejez	37
David López Romero	
Del rezago y el duelo en los adultos mayores; al aprendizaje y rescate de su experiencia de vida	45
Víctor Miranda Lara	
Adultos mayores: violencia y grupos vulnerados	55
Dayana Luna Reyes Héctor Cumilaf Huentemil Gerardo Hurtado Arriaga Eloy Maya Pérez	
Violencia y maltrato en adultos mayores un problema de salud pública que puede prevenirse	69
Omar Barragán Pelcastre	
El cuidado en el adulto mayor: la aplicación del modelo de atención social individualizado ...	81
David López Romero Ismael Aguillón León	
Segunda parte ...Algo para practicar	
Alimentación saludable, nutrición y envejecimiento exitoso vejez	97
Javier Villanueva Sánchez Trinidad Lorena Fernández Cortés Amada Peña Irecta Miroslava Porta Lezama Zuli Calderón Ramos	

Envejecimiento activo	109
Víctor Hugo Flores Canales	
Construyendo ambientes saludables para una sociedad longeva	117
Horacio Islas Granillo	
La relajación como estrategia de intervención en el adulto mayor	133
Verónica Rodríguez Contreras	
Sergio Santamaría Suárez	
Jorge G. Escobar Torres	
Verónica Valdez Fuentes	
El arte de vivir en equilibrio en generaciones jóvenes y personas de edad: guía práctica para combatir el estrés	147
Sandra Lorena Rosas Meneses	

Prólogo

El texto que tiene en sus manos es resultado de un esfuerzo permanente por los integrantes de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y en particular, del Área Académica de Gerontología, cuyo compromiso es la generación de propuestas ante la creciente demanda de conocimiento y a la comprensión de los fenómenos relacionados con el proceso de envejecimiento. Como es sabido, el proceso de envejecimiento y su complejidad abrumadora en ocasiones rebasa las expectativas de las personas dedicadas a su estudio.

Los términos de adjetivación hacia los adultos mayores han cambiado al paso del tiempo, las concepciones y percepciones inciden pero también se modifican tanto como el grupo social lo determine, como el rol social se designe o se atribuya. Así, el abanico de posibilidad de designación adjetiva hacia los adultos mayores se maximiza, parte de un reconocimiento propio que después se socializa y llega a situaciones de dimensiones macro y; sin embargo, no tenemos que olvidar que dichas conceptualizaciones están inmersas y son producto de momentos históricos caracterizados por formas de organización socioeconómicas específicas.

En los diversos capítulos que componen el volumen tienen como objetivos primordiales, dos grandes esferas que versan; primero, en las situaciones que se convierten en necesarias para un buen envejecimiento. Esto es, la calidad de vida entendida como la satisfacción de cubrir los requerimientos básicos tangibles o materiales pero a su vez, aquellos que aunque intangibles se convierten en fundamentales sobre todo en la última etapa del ciclo vital. El reconocimiento social, el mantenimiento y buen funcionamiento biológico así como la competitividad en las funciones cognitivas se hacen fundamentales. Iniciando con la propuesta de intervención social que a la par, es posible encontrar situaciones adversas de vida, tal es el caso de lo que se deriva en la discriminación, la comprensión del proceso de la construcción social que es parte, es responsable de la aplicación de estereotipos negativos que se traducen en vejeísmo, pérdidas, procesos de duelo derivados aspectos multifactoriales en el ámbito social, laboral, familiar, entre otros. Sin embargo, aunado a lo anterior existe una situación que crece de manera significativa y recae en la violencia ejercida hacia adultos mayores. Este fenómeno pone de manifiesto la descomposición y

envilecimiento de algunos sectores de la población al poner en duda la calidad que como género algunas veces resaltamos. Para tener una comprensión adecuada de cómo el rechazo del adulto mayor le produce aislamiento, duelo y depresión. Se hace necesario identificar cuáles son las condiciones, grupos objetivo, las posibilidades de la investigación acción y sobre todo reconocer la historicidad reciente de dicha situación, gestada a su vez como un producto no esperado de los procesos globales tan de boga hoy en día.

Las acciones violentas tienen la posibilidad de presentarse de forma física, verbal, psicológica, económica, entre otras. La violencia se traduce en una de las situaciones sociales más apremiantes y de difícil abordaje, lo que produce temáticas variadas desde la personal formación de los profesionistas dedicados a su estudio, ejemplo de ello se aprecia en los capítulos dedicados a ello tanto de manera teórica como la practicidad en estudios de caso. Lo relevante no es sólo conocer el por qué se presentan sino también que estrategias se pueden llegar a implementar para aminorar el impacto que tendrán sobre las personas en esa situación.

La segunda parte, se revela sumamente valiosa al tratar de conocer cuáles son las opciones que tienen las personas mayores para mantener, fomentar o recuperar elementos de su calidad de vida. El envejecimiento activo, parte fundamental del llamado envejecimiento exitoso. Este último se conforma como una de las líneas básicas y pujantes en la actualidad gerontológica.

Elementos básicos como la alimentación, la cual no radica en la simple ingesta de alimentos sino en su adecuada combinación, cantidad y regularidad. La propuesta aquí plasmada enriquece con elementos particulares su valor intrínseco en la etapa de vida referida. En tanto, también es factible encontrar otras alternativas que en la población se manifiestan populares, opciones no médicas que de forma individual o colectiva se ejercen con el propósito de ampliar las formas sociales de envejecer con dignidad y con oportunidades de enfrentar los retos de la tercera edad con la información adecuada y suficiente acerca de las actividades factibles de llevar a cabo.

David López Romero

San Juan Tilcuautla, Hidalgo. Abril 2012

Primera Parte
....Algo para pensar

C

**Bertha Maribel Pimentel Pérez
Miriam Veras Godoy
Antonia Iglesias Hermenegildo**

La problematización del concepto

El concepto de calidad de vida ha venido evolucionando conforme ha ido avanzando el nivel de comprensión sobre la complejidad de los problemas que agobian a la humanidad; en especial los nuevos retos que implica el envejecimiento mundial de la población, el hecho de que se haya incrementado la esperanza de vida, las tasas de natalidad se estabilizaran y en algunos países como el nuestro hayan bajado nos ubica ante nuevos escenarios; por una parte, el éxito de la medicina preventiva ha cambiado los perfiles de morbimortalidad en México donde las enfermedades trasmisibles van a la baja pero las crónicas y las degenerativas se van incrementado sobre todo en la población adulta mayor; eso indefectiblemente hace resaltar la importancia que tiene para nuestros tiempos la calidad de vida, su conceptualización, los modelos y métodos que se utilizan para acercarse a la diversidad de factores que incluye es tema del presente capítulo.

Durante el último tercio del siglo pasado el concepto de calidad de vida se fue desarrollando hasta poder desligarse de su cercanía con el de bienestar el cual para algunos aún todavía hoy es su de sinónimo, quizá porque tal como apunta Nussbaum y Sen (1999: 22) en español y en los idiomas escandinavos se utiliza una sola palabra para referirse al bienestar en sentido restringido y en sentido amplio. En inglés hay dos palabras, que en uso común son sinónimas, pero que en las discusiones sobre la calidad de vida han adquirido significados diferentes: Welfare y Well-being.

La primera se refiere al sistema de asistencia social que dio origen al estado benefactor en el mundo occidental, y abarca las teorías del bienestar, las cuales postulan como elemento primordial la satisfacción de las necesidades o el placer (utilitaristas); y las objetivas, aquellas que afirman que los bienes -o mercancías o recursos- que controla una persona son lo importante (teorías objetivas del bienestar).

El segundo término es usado de manera diferente. Lo utilizan algunos autores que se alejan de la concepción utilitarista del bienestar y se relaciona más con la condición de la persona, haciendo referencia a aspectos como las capacidades, las ventajas, las oportunidades además de muchos elementos que no es posible cuantificar. Por esto se prefiere el término calidad de vida en especial por su oposición a las mediciones del bienestar que han utilizado conceptos exclusivamente económicos, como el PIB per capita u otros similares.

Sin embargo, la diferencia entre bienestar y calidad de vida no es solo cuestión de semántica, es ante todo una diversidad de enfoques que van desde su fundamento filosófico hasta los sofisticados modelos de medición que se utilizan para evaluar el nivel de vida de la población en general y de los adultos mayores en particular y que son utilizados en diversos ámbitos como la educación, la economía, la política, o bien la administración.

En lo que respecta al campo de la salud y específicamente en el de la gerontología y la geriatría el término de calidad de vida no escapa a la diversidad de concepciones que se tienen sobre él con una aparente opacidad conceptual o bien terminológica, dado que algunos autores decantan por referirse a la calidad de vida en términos de *condiciones objetivas*, en tanto que otros prefieren hacer referencia a la calidad de vida en términos de evaluación de la *calidad subjetiva de la vida*, si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, orientándose claramente con ello hacia elementos subjetivos, el instrumento operativo que la acompaña WHOQOL elaborado a partir de 1993 trata de incluir tanto factores subjetivos como objetivos, sin embargo ninguna de las dos definiciones (teórica e instrumental) ha encontrado el consenso de la comunidad científica para su aplicación.

Por ello resulta interesante conocer las raíces de esta aparente falta de acuerdo en la concepción de la calidad de vida. De ahí la necesidad de partir de un contexto socio-histórico que permita conocer al lector primeramente, cuál es el impacto de la industrialización y posteriormente los efectos que el desarrollo ha tenido en la sociedad y que llevo a la construcción de indicadores como una forma de operacionalizar la calidad de vida y conocer fáctica y objetivamente las causas y consecuencias de su permanencia o deterioro; estos primeros indicadores surgieron de las ciencias sociales que vinculados

a la estadística permitían conocer las condiciones de tipo económico y social de una población, es decir, su nivel de bienestar.

El desenvolvimiento de estos indicadores en cuanto a la medición de elementos subjetivos permitió tener un mayor espectro de las condiciones de vida y dar el paso definitivo para la construcción del término calidad de vida la cual integra tanto elementos objetivos como factores subjetivos con lo cual quedan definidas las dos grandes vertientes que privan hasta el momento (como entidad unitaria y como una serie de dominios) sin que exista un amplio consenso aun.

Respecto al concepto en términos latos se puede observar el esfuerzo por lograr una integración tanto de los elementos objetivos como subjetivos tal como aparecen en la definición de Felce y Peri (1995) quienes la connotan como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d). (véase figura 1)

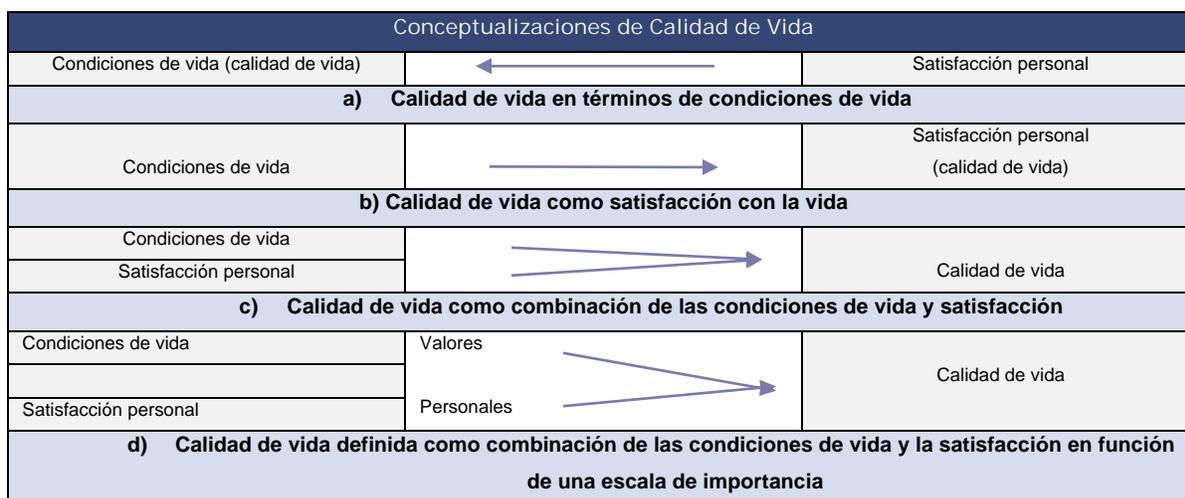


Figura 1. Conceptualizaciones de Calidad de Vida (Traducida y adaptada de Felce y Perry,1995). Citada por Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. en *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, 2007.

De manera sintética se podría decir que como referentes teóricos que han dado paso a modelos para evaluar la calidad de vida se encuentran los siguientes:

Autores	Modelo	Características
Lehman Baker e Intagliata	Modelo de la satisfacción	Evalúa: características personales, condiciones de vida en varios dominios y la satisfacción con la vida en estos distintos dominios
	Modelo combinado importancia/satisfacción	El modelo evalúa los diferentes cruces que se pueden dar entre positivo/positivo; positivo/negativo; negativo/negativo y negativo/positivo, entre estos factores
Basado en las ideas de Maslow (1954) Bigelow y Cols. (1982)	Modelo de satisfacción de necesidades	La "felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales requeridas para la satisfacción de las necesidades humanas básicas. El ambiente ofrece (o no) oportunidades (ambientales o sociales) para satisfacer las necesidades. Aumenta la comprensión teórica de la asociación entre bienestar y condiciones ambientales. Generaliza las necesidades como universales y estables
Agermeyer y Kilian (1996)	Modelo Dinámico	Evalúa el Mantenimiento del nivel de satisfacción constante a pesa de los cambios ambientales. A través de actividades cognitivas y conativas

En cuanto a los enfoques de investigación estos tuvieron su mayor auge en los años noventas con una vasta proliferación de metodologías en materia de evaluación, las cuales aunque diversas se podría decir que están agrupados en dos grandes bloques; el enfoque cuantitativo cuyo objetivo es operacionalizar la calidad de vida mediante indicadores sociales, psicológicos y ecológicos; y el enfoque cualitativo que aporta un conocimiento a profundidad de los sujetos y sus circunstancias utilizando metodologías fenomenológicas.

Esta diversidad de enfoques y métodos se extendió al tipo de indicadores que se pueden aplicar para medir, analizar y evaluar la calidad de vida de un sujeto o población, pero que de manera general se podría clasificar de la siguiente forma:

I. Indicadores Positivos y Negativos

Indicadores positivos	Indicadores negativos	Tipo de Medición
En cuanto más aumenta su valor más mejora las condiciones de vida	En cuanto más decrece su valor más mejoría experimentan las condiciones de vida	Se generalmente el constructo se mide en términos negativos; es decir, en función de la ausencia de elementos categorizados como negativos.
EJEMPLO		
Lista de preocupaciones de la OCDE		
Ámbitos	Preocupación social	Indicadores
Salud	Duración de vida	Esperanza de vida Tasa de mortalidad perinatal
	Vida sana	Incapacidad temporal
Educación y adquisición de conocimientos	Utilización de las posibilidades ofrecidas en materia e educación Adquisición de conocimientos	Escolaridad regular Educción de adultos Tasa de alfabetización funcional
Trabajo y calidad de vida laboral	Acceso al trabajo Calidad de vida laboral	Tasa de paro Trabajo a tiempo parcial involuntario Trabajadores desanimados Jornada laboral media Tiempo de desplazamiento Vacaciones anuales pagadas Horario atípico Distribución de salarios Accidentes de trabajo mortales "ociosidad" en el lugar de trabajo
Tiempo libre	Utilización de tiempo	Tiempo libre disponible Actividades en el ocio
Capacidad adquisitiva de bienes y servicios	Renta Patrimonio	Distribución de la renta Rentas bajas Indigencia material Distribución de patrimonio
Medio ambiente físico	Condiciones de la vivienda	Espacio interior habitable
	Posibilidad de acceso a los servicios	Acceso al exterior

	Nocividad	Servicios Básicos de la vivienda Proximidad a ciertos servicios Exposición a los contaminantes atmosféricos Exposición al ruido
Entorno social	Vínculos sociales	Tasa de suicidio
Seguridad de las personas	Exposición al riesgo Percepción de amenazas	Accidentes mortales Lesiones graves Temores relacionados con la seguridad personal

Como se puede apreciar la evaluación de la calidad de vida con este tipo de indicadores se basa más en la ausencia o disminución de determinados elementos negativos que por el aumento de los positivos, lo cual no siempre es inversamente proporcional.

II. Indicadores Comparativos y Normativos

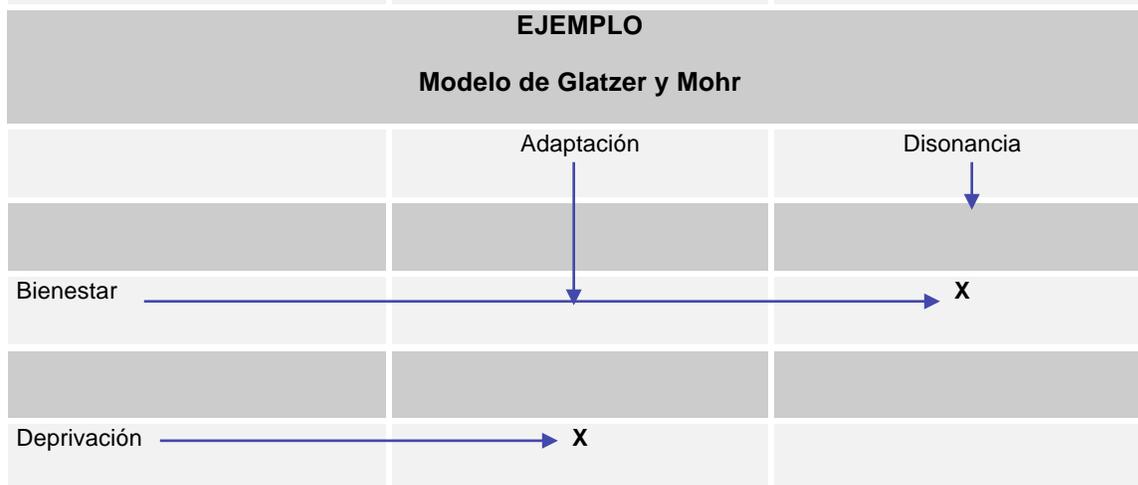
Indicadores comparativos	Indicadores normativos	Tipo de Medición
Parten de un grupo preexistente para fijar un criterio normativo	Parten de la opinión de expertos para llegar a un valor	Se basa en indicadores ambiguos o relativos
Se rigen por la ley de la uniformidad	Se rigen por la ley de los mínimos	Incluye juicios de valor
Su objetivo es paliar las diferencias entre grupos	Se reconocen las diferencias entre grupos	Surge de la conjunción de factores socio-económicos y políticos, en un momento histórico y contexto determinado
EJEMPLO		
Se considera como óptimo el valor de un grupo que se convierte en normativo y el resto tienen que llegar a este valor	Se considera como óptimo un valor mínimo prefijado y a partir de éste se definen los grupos	En el caso de las personas con capacidades diferentes si se aplica el primer modelo se estarían planteando medidas para eliminar las barreras arquitectónicas que limitan su tránsito; y en el segundo se pueden adoptar medidas como la de imponer a las instituciones y empresas una cuota de plazas para personas con alguna capacidad diferente
Conlleva, en último término, no aceptar la diferencia	Conlleva en último término aceptar la diferencia	
El criterio ya existe previamente	El criterio no existe previamente	

Tanto la conceptualización que se tenga de lo que es implica la calidad de vida, como la percepción que se tenga de ella es la base de este tipo de indicadores, por lo que están sujetos al “visto bueno” de instituciones, organismos, e inclusive administraciones públicas que los legitimen.

Lo importante a resaltar es el hecho de que las diferentes maneras de interpretar las necesidades y los problemas sociales repercuten en el tipo de indicador con el que se evalúe y las consecuencias de dicha interpretación.

III. Indicadores Objetivos y Subjetivos

Indicadores Objetivos	Indicadores Subjetivos	Tipo de Medición
<p>Parte de una concepción política</p> <p>Evalúa condiciones de vida a partir de factores objetivos cuantificables</p> <p>Se orienta fundamentalmente a nivel de práctica política</p>	<p>Parte de una concepción psicosocial</p> <p>Evalúa la coincidencia entre las características de la situación real y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como él las percibe</p> <p>Se centra más en el nivel teórico-metodológico para superar la dicotomía ente objetivo y subjetivo</p>	<p>En el primer caso los indicadores van orientados a evaluar condiciones materiales, en el segundo a evaluar la percepción que se tiene sobre dichas condiciones.</p>

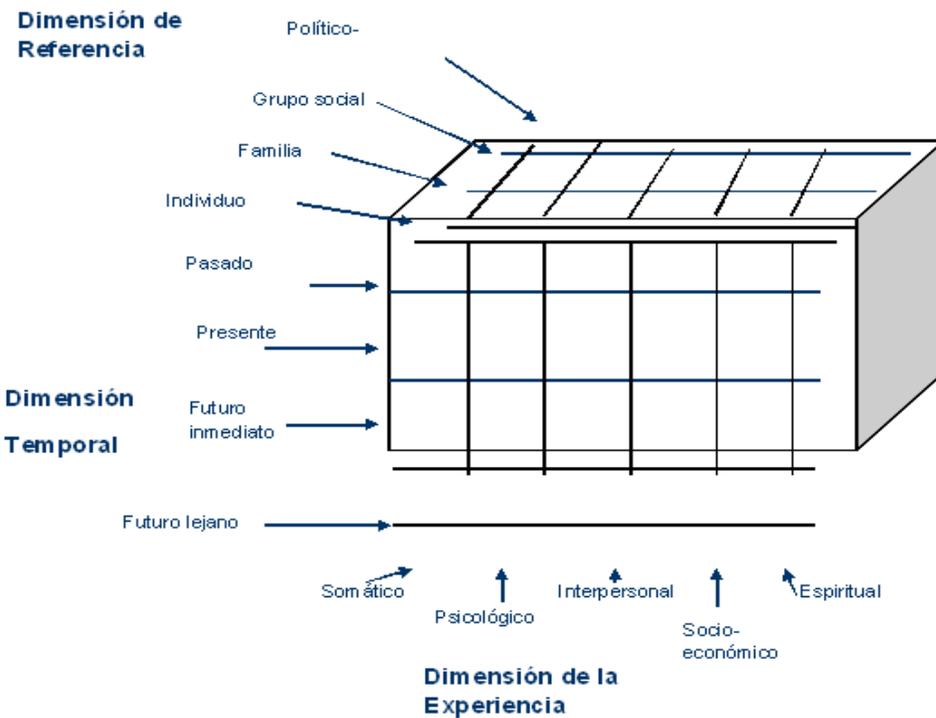


El Modelo de Glatzer y Mohr propone integrar tanto los factores objetivos como subjetivos para realizar una mejor evaluación sin dejar fuera a ninguno de los dos, lo cual pone de manifiesto la complejidad de aterrizar el concepto de calidad de vida de manera fáctica

pues tal como aparece en el ejemplo se pone de manifiesto las contradicción que se dan en la realidad donde los modelos puros no existen y marcan el reto de que analizar como se dan las interrelaciones entre ambos aspectos, para lo cual es necesario contar con un enfoque complementario y multirreferencial, así como un abordaje inter y transdisciplinario, lo cual a nivel de la investigación psicosocial se tienen avances no así en materia de política pública donde el propio ámbito y los intereses que lo cruzan hace más difícil aplicar este tipo de perspectiva, pero no por ello hay que dejar de lado pues el costo social como la experiencia lo demuestra suele salir muy caro tanto en términos económicos como en psicosociales.

La calidad de vida para poder evaluarse hay que tomar encuentra tal como proponen Velarde y Ávila (2002) que se debe reconocer como un concepto multidimensional que incluye estilos de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectiva que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

La complejidad de esto queda de manifiesto en el siguiente diagrama conocido como Cubo de Kuchler que muestra la articulación de las diferentes dimensiones temporales y de experiencia que se encuentran en torno a la calidad de vida de un individuo o población.



En este contexto se podría decir que el concepto de calidad nos permite su operacionalización y a través de ésta conocer:

- La evaluación personal de los aspectos positivos y satisfactorios de la vida
- El grado en el cual las satisfacciones individuales están satisfechas
- La diferencia entre expectativas y los logros personales
- La satisfacción general con la vida

Para ello es importante saber cuáles son los componentes que la constituyen, una de las aproximaciones es la que nos brinda Flanagan quien menciona los siguientes:

- Comfort material
- Salud y seguridad personal
- Relaciones familiares
- Hijos/ Nietos
- Relación marital
- Amistades
- Aprendizaje
- Comprensión de uno mismo
- Trabajo
- Autoexpresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos públicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades recreativas

Recapitulando se podría decir que si bien los años 80, fueron el contexto donde el término Calidad de Vida se vislumbró y adoptó como concepto sensibilizador que ofrecía ser un puente entre los profesionales de distintas disciplinas para que con un lenguaje común guiara las prácticas de los servicios humanos teniendo como centro a la persona para alcanzar su autonomía y una mayor satisfacción. Este panorama durante los 90 cambio, y se inclinó mucho más por la vía metodológica, conceptual y evaluativa. Con el arribo del siglo XXI el horizonte se perfila más complejo pero también más enriquecedor y complementario, donde la calidad de vida permea todos los espacios de actuación del ser humano, los cuales van desde la teoría a la práctica, la metodológica y de evaluación pasando por los diferentes niveles, ya no sólo en los términos clásicos que se solían aducir como objetivos y subjetivos, sino también los políticos, económicos, sociales y culturales; la riqueza que brinda la polisemia del termino permite hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Arostegui, I. (1998) *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto. España.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag.
- Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25, 155, 5-18.
- Elizabeth Velarde-Juado y Carlos Avila Figueroa (2002). Evaluación de la calidad de vida, *Rev. Salud Pública*, Vol. 44 No. 4 julio-agosto 2002 México. 44:349-361
- Felce, D. y Perry, J. (1995). *Quality of life: It's Definition and Measurement*. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.
- Nassbaum, Martha C. y Amartya Sem (Com.) (1996) *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica.

Tipos de Violencia que sufren los adultos mayores que viven en la Colonia Morelos, Pachuca de Soto, Hidalgo

Ismael Aguillón León

Trabajar con la calidad de vida como una de las dimensiones que dan cuenta de lo que ocurre tanto a nivel individual como societal pasando por lo grupal, lo comunitario, y lo institucional requiere de incorporar otras categorías y conceptos intermedios que permitan instrumentalizar el proceso de análisis y comprensión de los factores vinculados a la misma.

Uno de estos conceptos es el de las **capacidades** propuesto por Amartya Sen (1999: 55) “Quizá la noción más primitiva de este enfoque se refiere a los “funcionamientos”. Los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, *las cosas que logra hacer o ser al vivir*. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ésta puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección. El enfoque se basa en una visión de la vida en tanto combinación de varios “quehaceres y seres”, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la *capacidad* para lograr funcionamientos valiosos”.

Siguiendo esta línea, generalmente las personas orientan lo que son y lo que hacen en función de satisfacer sus **necesidades** tanto **humanas** como **sociales** por lo tanto lo valioso que puede tener un funcionamiento está vinculado y es relativo a las necesidades que se tengan que satisfacer. Ahora bien, ¿qué son y cómo se satisfacen dichas necesidades humanas? es algo sobre lo que según Teresa Montagut (2003), no existe aún hoy un acuerdo; para esta autora las necesidades humanas responden, en cada comunidad y en cada época histórica, a un determinado nivel de desarrollo social, esto es, a una forma peculiar de organizar la producción, a una determinada concepción de los valores y a unas formas particulares de relación entre los individuos y esa comunidad. Las necesidades son por tanto, un producto o resultado de la acción humana y evolucionan y se transforman formando parte del proceso histórico. En estas coordenadas es entonces cuando podemos hablar que surgen las *necesidades sociales*.

Aunque se considera que las necesidades humanas son históricas (esto es, construidas socialmente), cabe pensar que pueda concebirse, a su vez, la existencia de unas necesidades de naturaleza universal. Éste es el enfoque seguido por Len Doyal e Ian Gough (1994) con su teoría sobre la existencia de unas necesidades humanas básicas de carácter universal que serían la salud y la autonomía personal. Desde un punto de vista operativo podríamos definir estas necesidades universales como las de subsistencia y, en las sociedades modernas, las provocadas por la pobreza en un mundo de relatividades, las de educación o de nuevas habilidades, las de atención médica, las de vivienda, de transferencia de renta, de estabilidad social o las de intimidad. La supervivencia física y la autonomía personal son las necesidades básicas de todo individuo en cualquier cultura, las cuales deben ser satisfechas para poder participar en el logro de otros objetivos individuales y sociales, es decir, para desarrollar sus capacidades. Pero estas necesidades básicas no son un fin en sí mismo sino instrumentos de objetivos universales de participación social que permiten el desarrollo de la libertad y que son solamente posibles si se dan ciertas precondiciones sociales tales como la existencia de formas de organización, producción, reproducción, sistemas de comunicación y autoridad, lo cual convierte a cada uno de estos factores en indicadores cuya presencia o ausencia sirven para conocer el tipo de calidad de vida que se tiene.

Desde un punto de vista sociohistórico las necesidades humanas se han ido cubriendo a través de procesos de modernización social, que han generado costos sociales muy altos al producir nuevas necesidades para cubrir los problemas emanados de dichos procesos, por ejemplo la industrialización ha producido, a lo largo de los dos últimos siglos, riesgos nuevos a la vida y a las posibilidades vitales de los trabajadores y de sus familias. Prácticamente, cada desarrollo industrial y la mayoría de los procesos técnicos han provocado riesgos distintos en forma de exclusiones o enfermedades. En las sociedades de capitalismo avanzado (o eufemísticamente calificadas como sociedades de primer mundo), las necesidades humanas básicas son concebidas como “derechos Morales”, que al ser reconocidas como tales, orientan las políticas sociales. Aunque no en todos los casos, por ejemplo en México, si bien es cierto que ocupa el lugar 51, y cierra el bloque de estos países según la clasificación que hace el Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (2005), no podemos decir que se haya adoptado este esquema para orientar su política social ya que la disparidad recorre todo su territorio y podemos encontrar poblaciones que se equiparan en sus condiciones de vida a las de los países en vías de desarrollo como los del África Subsahariana.

Por otra parte las personas tienen, además de las *necesidades materiales básicas*, *necesidades emocionales y culturales*. Por ejemplo, un tema como el de la pobreza plantea a quien la sufre, además de la falta de recursos monetarios, un problema de marginación y de aislamiento —*exclusión social*—, lo cual incrementa el grado de desigualdad y potencia los problemas sociales que vulneran las posibilidades de desarrollar sus capacidades, pues no sólo basta con el individuo sea capaz de hacer o ser en la vida sino que existan las condiciones contextuales suficientes y necesarias para que lo pueda lograr.

Vinculado al tema de las necesidades humanas encontramos el concepto de **problema social**¹ tal como lo propone Morales (1998). Al mencionar como aún ahora el reconocimiento de un problema social es difícil de precisar al igual que ocurre con la necesidad social. En este recorrido histórico los problemas sociales también tienen su componente surgiendo en contextos sociales concretos que posibilitan su aparición, siendo por tanto en más de las veces una consecuencia, o mejor dicho uno de los posibles productos que se manifiestan al estar presente tal condición social. De tal forma que la condición social se convierte en una especie de variable independiente o causativa, que da origen a nuevas necesidades sociales las cuales al no ser satisfechas generan problemas sociales que podrían ser vistos como la variable dependiente. Sin embargo, lo cierto es que no es tan fácil realizar esta distinción sobre la práctica, puesto que a menudo una misma característica es a la vez una condición, una necesidad y un problema social. Por otra parte, también es posible que un problema social se produzca por el influjo de varias condiciones y necesidades sociales: así, la delincuencia se puede producir por varios factores como son la pobreza, la cual a su vez puede estar dada por la falta de empleo y desarrollo económico, o también por problemas de racismo en ciertas culturas, entre otras muchas condiciones, quedando mezcladas tanto contexto como capacidades y funcionamientos.

Por todo esto la mayoría de los autores han optado por hablar en general de problemas sociales tanto para referirse a las condiciones como a los problemas en cuanto tales, sin embargo lo que si se ha podido realizar es una caracterización de los elementos que los constituyen, según Sullivan et al. (1980) destacan cuatro elementos:

¹ Apartado basado en Morales, J. Francisco et al. (1998): *Psicología Social Aplicada*, Pirámide. Madrid.

- 1) Debe existir un consenso grande entre los miembros de una sociedad sobre la determinación de cuáles son los problemas sociales.
- 2) Debe poderse identificar a los grupos sociales que definen la existencia de un fenómeno y ahondar en los auténticos fines que persiguen.
- 3) La tercera característica hace referencia a los valores sociales, ya que éstos son imprescindibles para determinar el por qué la sociedad define un problema como social. Los valores hacen referencia a las preferencias personales y las prioridades de los grupos sociales.
- 4) Por último, es preciso señalar como los problemas sociales poseen una identificación distinta de los problemas personales, en cuanto que son cuestiones públicas.

Partiendo de estas características estos mismos autores ofrecen una definición de problema social.

“Existe un problema social cuando un grupo de influencia es consciente de una condición social que afecta a sus valores, y que puede ser remediada mediante una acción colectiva.”

Esta definición se puede especificar de manera más concreta, de la siguiente manera:

- 1) Grupo de influencia: grupo que tiene un impacto significativo dentro del debate público o en la política social a nivel de un colectivo mayoritario. Para que una condición sea definida como problema social debe ser considerada como injusta por un grupo, y dicho grupo debe tener una influencia social.
- 2) Conciencia de una condición social: la simple existencia de una condición social problemática no implica el surgimiento de un problema social, sino que puede convertirse simplemente en una condición indispensable; sólo si existe conciencia de que dicha condición se convertirá en problema en cuanto tal.
- 3) Debe afectar negativamente a los valores: es decir, los valores de un grupo deben ordenarse en función de su prioridad a la hora de invertir recursos en solucionarlos.

- 4) Debe ser remediado por la acción colectiva: toda condición social que no sea solucionable mediante una acción colectiva puede ir en contra de los propios valores colectivos, pero no por eso llegar a ser un problema social.

Así, los problemas sociales al tener que incluir estas características se convierten en un factor de contexto a analizar para elucidar la calidad de vida que tiene una persona o población, bajo directrices que pueden ser tomadas como normativas y sirven de punto de referencia para evaluar las condiciones que inciden en el desarrollo de las capacidades y por ende son un punto más a evaluar cuando de calidad de vida se trata.

Conceptos básicos para la comprensión de los problemas sociales y la calidad de vida

Los problemas sociales nacen dentro del contexto de una sociedad particular, de forma que no es posible hablar en general de los mismos, sino que cada sociedad determina cuales son los suyos en concreto. De esta manera, el estudio de los problemas sociales puede ser definido cuando mucho a nivel del ámbito nacional, dado que a menudo los medios de comunicación de masas que conforman la opinión pública, suelen actuar a dicho nivel. Por otra parte, este hecho es explicable dado que los valores y las normas son específicas de colectivos concretos.

Valores y normas sociales: problemas objetivos y subjetivos.

Para la comprensión adecuada de los problemas sociales es preciso referirse a dos conceptos básicos como son los valores y las normas. Mientras que los valores serían los estándares establecidos por los miembros de los grupos que especifican las necesidades, las actitudes y los bienes deseables, las normas, serian maneras esperadas de pensar, sentir y actuar, consideradas de tal manera por grupos mayoritarios. Así un valor podría ser el obtener un buen nivel de vida, mientras que las normas constituirían los caminos aceptados o prohibidos para obtener dicho valor (se espera que trabajando se obtenga dicho valor, aunque también por medios ilícitos, se puede llegar al mismo.)

Las condiciones y las experiencias de las personas van a moldear también sus valores, por lo que las normas y los valores varían de cultura a cultura.

Esta cuestión nos llevaría al concepto que una orientación teórica como el interaccionismo simbólico ha hecho clave: "La definición de la situación". Dicho concepto hace referencia a la percepción e interpretación de lo que piensan las personas, al porqué hacen lo que hacen, y a la determinación de lo apropiado de su propia conducta en función de la de los demás. Así entraríamos en el concepto de lo subjetiva que es la realidad, y en el famoso dicho de que si las personas definen una situación como real, esta será real para ellos, y actuarán en consecuencia.

Esta reflexión anterior ha llevado a Merton y Nisbet (1976) a distinguir entre las condiciones objetivas y las subjetivas de los problemas sociales. Así el hecho de percibir una serie de condiciones como indeseables es lo que puede motivar a las personas a buscar una serie de soluciones, por lo que se podría pensar que los problemas sociales no son sino una entelequia perceptiva y que podrían ser realidad incluso sin que existiera una base objetiva que los produjera. Aunque en la realidad sea difícil distinguir entre los elementos objetivos y subjetivos de unos problemas sociales, lo cierto es que se deben separar, de cara a una mejor comprensión del fenómeno. Algunos autores, siendo quizá Sullivan *et al.* (1980) los que han encabezado esta perspectiva valoran, sólo el componente subjetivo, mientras, que otros entre los que se sitúa toda la orientación marxista valoran sólo el componente objetivo de los problemas sociales. Sin embargo, consideramos que es preciso tener en cuenta las siguientes observaciones:

- 1) La mayoría de los problemas sociales poseen claros elementos objetivos que los motivan, siendo rara la falta total del elemento de realidad.
- 2) El problema social, por definición es algo subjetivo, en cuanto que debe ser definido como tal por un grupo mayoritario. Por tanto, si las personas no definen una condición social como indeseable y solucionable, el problema social no existirá.
- 3) Pero el problema social es algo que representa la idea de una gran mayoría de personas. Tal cohesión de pensamiento, generalmente encargada a los medios de comunicación de masas, necesita de elementos objetivos para poder existir. Si la única base fuera subjetiva, la unanimidad no sería tan marcada. Becker (1966)

comentaba que los grupos sociales no suelen construir ideas sobre la nada, pero afirma también que si un problema social afecta a elementos subjetivos y por tanto personales el problema se magnifica y pone como ejemplo el tema de la droga: en cuanto que afecta a las capacidades psicológicas de las personas, se considera como mayor su efecto dañino.

El que los problemas sociales posean tanto aspectos objetivos como subjetivos es lo que ha llevado a Merton y Nisbet (1976) a distinguir entre problemas sociales manifiestos y latentes. Una tarea del científico social consiste en identificar “nuevos” problemas sociales, es decir, identificar nuevos problemas ahora “latentes”, de forma que se pueda “prevenir” a la sociedad de una serie de condiciones venideras.

Ahora bien, el hecho de que los problemas sociales posean elementos subjetivos implica una serie de reflexiones adicionales, que pasamos a comentar.

En primer lugar, en una sociedad como la nuestra, las personas están menos capacitadas para asumir que existe una desorganización social que una conducta desviada; de esta manera, la mayoría de los manuales de problemas sociales se centran en la conducta desviada, pero poco se mencionan los problemas de desintegración social. Esto en gran medida por el nivel de responsabilidad que conlleva, ya que la conducta desviada tiene como responsable al sujeto mismo, en tanto que la desorganización social mantiene un nivel de responsabilidad a nivel institucional y societal que necesariamente requeriría de ajustes que nivel de los estados nación que no siempre están dispuestos a en el primero de los casos Y en segundo lugar, se suele producir la paradoja de que las sociedades complejas e industrializadas, que poseen mayores estándares de vida, son las que más problemas sociales presenta; este hecho es totalmente explicable acudiendo a la divergencia entre las condiciones existentes y las que las personas desearían que existieran. Tocqueville señaló este aspecto hace más de un siglo, al comentar que la satisfacción pública declinaba a medida que las condiciones sociales se incrementaban (Merton y Nisbet, 1976: 20). De hecho, lo que suele suceder es que en la medida en que algunos problemas sociales se van solucionando, se va creando en las personas una

especie de “deprivación relativa”, concepto introducido por Stouffer, y que hace referencia al incremento de los estándares que la persona desea alcanzar.

Por tanto, el concepto de problema social permite enlazar los elementos objetivos (la realidad) y subjetivos (la definición), por lo que posee un carácter marcadamente **psicosocial**, y ayuda a evaluar ambos elementos que incluyen el estudio de la calidad de vida. A pesar de todo esto, sin embargo, suelen existir problemas sociales con una base objetiva muy pequeña, donde el componente percibido es el predominante. Un ejemplo de ello puede ser el miedo a ser ultrajadas (golpeadas, violadas, etc.) que las mujeres pueden llegar a desarrollar para trasladarse de un lugar a otro, y que va en menos cabo de su libertad.

Las necesidades humanas en relación con los derechos humanos

Como se ha visto el avance que se tiene en cuanto a la definición conceptual de lo **qué son** las necesidades humanas, no es necesariamente el mismo en cuanto a **cuáles son** esas necesidades reconocidas universalmente por los diversos actores sociales, por lo que se puede partir de las grandes convenciones sociales que se llevan a cabo por diversos organismos entre ellos la ONU y que dan conocer a través de declaraciones como Declaración Universal de los Derechos Humanos, o bien los informes sobre Desarrollo Humano.

Si bien las necesidades humanas son construidas socialmente y en contextos específicos, también se puede pensar en ellas con un carácter universal y básico como la salud y la autonomía personal tal como lo proponen Doyal e Gough (1994) en su teoría. Operativamente estas necesidades humanas básicas se podrían definir como las provocadas por la pobreza en un mundo de relatividades, las de educación o de nuevas habilidades, las de atención médica, las de vivienda, de transferencia de renta, de estabilidad social o las de intimidad.

En algunas sociedades capitalistas eufemísticamente calificadas como sociedades de “primer mundo”, las necesidades humanas básicas son concebidas como “derechos

Morales”, que al ser reconocidas como tales, orientan las políticas sociales. El hecho de que se reconozcan las necesidades humanas como “derechos “morales” es de gran importancia porque permite que sean parte del pacto en el Estado, y que los ciudadanos receptores de dichos derechos se conviertan en sujetos sociales, todo lo cual le da a las necesidades humanas básicas carácter de obligatoriedad, orientativa de políticas de Estado al convertirlas en derechos.

Ello nos habla de otro escenario, el de la ciudadanía y por lo tanto arribamos a la *dimensión política de la calidad de vida*. El entramado que se da entre una acción moral o del “deber ser” y una jurídica es muy complejo porque estamos hablando de sujetos distintos, mientras que en uno se encuentra el sujeto sociológico de los usos y costumbres por el otro se encuentra el sujeto del derecho: el ciudadano con derechos y obligaciones ante el Estado, en el primero, la única sanción ante el no cumplimiento de algún convencionalismo social será el que la propia sociedad, comunidad o grupo tenga asimilado como costumbre para señalar su inconformidad con el incumplimiento y puede o no aplicarse. Como ejemplo de ello tenemos todas las obras filantrópicas que si bien reconocen la necesidad de proveer de un bien o servicio a determinada población, no es su obligación hacerlo, ese bien o servicio puede formar parte de las necesidades humanas pero no está dicho que determinada obra filantrópica se tenga que hacer cargo permanentemente de subsanarla, porque su nivel de reconocimiento no forma parte del pacto social en el Estado y por ende no hay una figura jurídicamente asignada a su atención.

Bibliografía:

Ander Egg, Ezequiel (2011). Diccionario del Trabajo Social. P.333

Asociación Pro-Derechos Humanos (2011), La violencia familiar, actitudes y representaciones, p.11

Colmo Cañellas, Antoni J. (et al) (2011). Gerontología Educativa y Social. P 348-349

Corsi J., Peyru G. (2011) Violencias sociales. P.18

Delcamar, Peter (et al). (2011). El maltrato a las personas mayores. P.100

Glendenning, Frank (et al). El maltrato a las personas mayores. p. 63-64

<http://INEGI.2011>

http://poblacion.hidalgo.gob.mx/swf/piramide/Piramides_Poblacionales.swf

Más allá de los huehues: `a construcción social de la vejez

David López Romero

Introducción

Hombres y mujeres jóvenes de entre 15 a 18 años han sido protagonistas fundamentales a lo largo de la historia. Su irrupción en diversos momentos de la vida social ha significado la manera en que han colocado su accionar dentro de la sociedad. En la actualidad generalmente son pensados como *estudiantes* pero las concepciones van más allá. Generalmente se consideran jóvenes aquellos individuos que tienen en promedio de 13 a 30 años, es decir los que se encuentran en la etapa adolescente y aquellos que están en reciente etapa productiva y establecen una familia propia (Phillips, 1997).

Para otros autores como Reguillo (2003: 257), la juventud como hoy la conocemos es propiamente una invención de la posguerra en el sentido del surgimiento de un nuevo orden social global. Siguiendo esta idea, sería pertinente mencionar el hecho que las ideas generales relacionadas con los jóvenes son propiamente negativas en el sentido de atribuirles adjetivos como subversivos, rebeldes, irresponsables, vagos e incluso violentos.

La construcción social de la vejez

En la historia general, la etapa de vida a la que refiere el presente trabajo implica una serie de elementos constructivos de la identidad, por ejemplo, la edad, en sentido sociológico, se adquiere a partir de los elementos de reconocimiento del otro. Es decir, no se agota en el orden biológico sino que se adquieren valencias distintas no sólo entre diferentes sociedades, sino en el interior de una misma sociedad al establecer diferencias principalmente en función de los lugares sociales que los jóvenes ocupan en la sociedad. Entonces, se comprende que la edad no es una categoría cerrada. Pero de ninguna manera se trata de sustituir un referente (el de la edad) por otro, sino por el contrario acercarse a la comprensión de procesos identitarios complejos derivados de la etapa etaria referida.

La identidad está formada por múltiples pertenencias, pero es imprescindible insistir otro tanto en el hecho de que es única y de que la vivimos como un todo. La identidad de una

persona no es yuxtaposición de pertenencias autónomas, no es un mosaico, es un dibujo sobre una piel tirante; basta con tocar una sola de esas pertenencias para que vibre la persona entera (Maluff, 1999).

La identidad personal son las marcas positivas o soportes de la identidad y la combinación de la historia vital, adherida al individuo por medio de esos soportes de su identidad. La identidad personal se relaciona con el supuesto que el individuo puede diferenciarse de los demás y que se adhieren hechos biográficos únicos (Goffman, 1986). La identidad se da como el *sistema central de significados* de una personalidad individual, que orienta normativamente y confiere sentido a su acción. Pero estos significados no son construcciones arbitrarias ni son definidos por los mismos individuos en el estrecho marco de sus interacciones cotidianas, sino que resulta de la interiorización de valores, normas y códigos culturales altamente generalizados y compartidos, mediados por el sistema social. En otros términos, mediante la interiorización de un conjunto de roles *institucionalizados*, el individuo entra en comunicación con el universo cultural de los símbolos y valores de modo que estos últimos se conviertan en parte constitutiva de su identidad. De este modo, la identidad *madura y normal* del individuo representa un componente estable, unitario y coherente de la personalidad individual (Giménez, 1996).

Giménez (2000) con base a otros autores menciona que la identidad puede ser resumida en los siguientes puntos

- ⇒ La identidad como resultado de una construcción social que pertenece al orden de las representaciones sociales y no como un dato objetivo.
- ⇒ En cuanto a *constructo*, la identidad se elabora en un sistema de relaciones que opone un grupo a otros grupos con los cuales está en contacto.
- ⇒ La identidad se construye y se reconstruye constantemente en el seno de los intercambios sociales, por eso, el centro del análisis de los procesos identitarios es la relación social.

La identidad tiene una *dimensión locativa*, a través de ella el individuo define donde debe situarse, define la situación en que se encuentra y traza las fronteras de su "*mismidad*". Permite al individuo establecer una diferencia entre sí mismo y el otro, entre sí mismo y el mundo. La identidad también tiene una *dimensión selectiva*, en el sentido de que el individuo una vez de que haya fijado sus propios límites está en condiciones de ordenar

sus preferencias y de optar por algunas alternativas descartando o difiriendo otras, es decir, que el individuo ordena sus preferencias y escoge entre diferentes alternativas de acción en función de su identidad. De este modo, el concepto de identidad sería también explicativo, y no sólo un concepto descriptivo.

Por último, la identidad tiene una *dimensión integrativa* en el sentido de que a través de ella el individuo dispone de un marco interpretativo que le permite entrelazar las experiencias pasadas, presentes y futuras en la unidad de una biografía y se relaciona con el sentido de la continuidad de sí mismo a través del tiempo (Giménez, 1996: 17).

Dadas las anteriores definiciones, observamos posturas que nos indican en sí las maneras en que se construye y se da la formación de la identidad personal y colectiva.

Una de las formas que tenemos para conocernos es el de la ontogenia humana, que es el estudio de las formas de crecimiento y desarrollo tanto en nuestro carácter biológico como en el social y es que siendo animales que estamos sometidos a múltiples procesos bioculturales no podemos deslindarnos de manera tal que siempre tenemos en cuenta las diversas etapas de la vida pero curiosamente una de las más significativas por ser el resultado de la trayectoria de vida es la vejez, sin embargo también es menester mencionar que lo más identificado son el uso de estereotipos que conllevan una serie de acciones, generalmente negativas hacia lo que se identifica como un deterioro en la apariencia corporal y social, así como en la competencia mental.

Una consecuencia negativa del uso del estereotipo es el llamado viejismo (López, 2010). El viejismo provoca discriminación contra las personas mayores lo cual limita ampliamente sus oportunidades, los aísla y promueve una autoimagen negativa.

A partir del conocimiento que tenemos acerca del proceso de envejecimiento como asunto ineludible y cotidiano así como aceptación de un hecho inevitable hemos aprendido a manejarlo como parte irrevocable de nuestras vidas que a todos nos pasará tarde o temprano, nuestras células tendrán un nivel irrevocable de oxidación lo cual minará nuestras funciones y capacidades vitales

Es claro que existen fuertes creencias y expectativas culturales acerca de los últimos periodos de vida. Por lo tanto, revisemos algunos aspectos que la historia y la cultura tienen en cuanto a los viejos.

El anciano, ha sido identificado como la persona de más experiencia de la vida y por este motivo fue respetado en las sociedades primitivas, acatando sus consejos y siguiendo las normas de comportamiento trazadas por ellos.

Con base en lo anterior podemos establecer un punto reflexivo:

⇒ ¿Cuáles son los principales elementos de la identidad social que intervienen en la construcción de estereotipos negativos de la vejez?

A partir de la construcción sociocultural de la identidad, que surge, como se señaló, una parte de los términos involucrados en la *otredad* conducen a la identificación de los modos de significación intersubjetiva por los cuales los procesos de la construcción de la identidad y la conformación de estereotipos negativos son identificados, designados, tipificados y vivenciados por las personas, a través de representaciones y prácticas sociales enmarcadas por la dinámica de institucionalización y legitimación social. Desde la perspectiva histórico social es posible manejar las instancias a partir de las cuales, la sociedad produce su identidad, lo cual está dentro de lo objetivo de la sociedad y lo subjetivo que son las formas de manifestar su inconformidad. Cada categoría y la relación entre ambas deben ser entendidas como una construcción cultural, un modelo explicativo y no una entidad natural con una racionalidad científica poseedora de una total consistencia interna, tanto en términos teóricos como en su práctica social pragmática y la de investigación. Por lo que es posible considerar a la identidad como un puente de socialización entre la identidad y la conformación de estereotipos y su aplicación social.

Con base en lo antes expuesto me planteo dos preguntas:

¿No es una contradicción por un lado reconocer la calidad y la oportunidad que los ancianos ofrecen como grupo en la esfera social y sin embargo, estigmatizarlos socialmente?

¿En qué momento de nuestra historia social, cambia la percepción para con nuestros ancianos?

Este trabajo no puede arrojar la respuesta a estas inquietudes pero revisemos a partir de la paremiología la visión cultural de los ancianos.

En México y Latinoamérica se encuentra:

Los positivos

Más sabe el diablo por viejo que por diablo.

La vejez del águila es mejor que la juventud del gorrión.

Hay más tarugos jóvenes que viejos.

Hazte viejo temprano y vivirás sano.

Cuando no hay ancianos el pueblo se echa a perder.

No paramos de divertirnos porque estamos viejos; estamos viejos porque paramos de divertirnos.

los negativos

La niñez se va muy lejos; cuando vuelve ya estamos viejos.

Los jóvenes van por grupos, los adultos por parejas y los viejos solos.

Los hombres jóvenes dan amor, los maduros, gasto y los viejos, asco.

Viejo que con moza caso, o vive cabrito o muere cabrón.

Status designado de prestigio sabio, conocedor, cabecita blanca, honorable, tradicional.

Status designado de estigma viejo, vejete, decrepito, betabel, momiza, ruco, veterano, gastado, estropeado, antiguo, anciano, senil, achacoso, anticuado, añoso, maduro, arqueológico, ajado, rancio, centenario, destartalado, fósil, usado, abuelo, arcaico, vetusto, antediluviano, vejestorio, decrepito, matusalén, longevo, pretérito, vetarro.

Consideraciones finales:

Hemos revisado brevemente como el viejismo ha marcado nuestra vida social, aprendemos y reproducimos el estereotipo y estigmatizamos a los ancianos. Reconocemos sus virtudes, sabemos que tarde o temprano estaremos en esa etapa de la vida pero no la aceptamos y mucho menos la respetamos.

Como sociedad y como interesados en el estudio gerontológico es relevante plantear como propósito lo siguiente:

- Informarse acerca del envejecimiento normal como proceso del curso de vida y sus características.
- Saber que elementos pueden aportar todos los profesionales de los ámbitos de la salud y lo social dedicados a los adultos mayores.
- Ayudan a los adultos mayores a que tengan las mismas posibilidades de conocimiento para informarlos adecuadamente.

- Propiciar la formación de redes que ayuden a un buen envejecer.
- Continuar aprendiendo y apoyando a la ejercitación de la atención, la memoria, la reflexión, el lenguaje, etc. Ya que así se facilitan un proceso activo y saludable.
- Apuntar a que se desaparezcan prejuicios y que la sociedad cambie su actitud de marginación del adulto mayor, al que todavía nomina como pasivo, enfermo, incompetente, etc. e ir delineando y desarrollando así un nuevo modelo de envejecer.

El problema no consiste en los sucesos inevitables en la vida de toda persona, sino en no habernos acordado de enriquecer nuestro grupo social y resaltar los grupos de edad y sus etapas en la vida, porque la posibilidad de decidir, de hacerse cargo de la propia vida y de disfrutarla, es algo que no tiene fecha de vencimiento.

Y concluyo diciendo:

Saber envejecer es la obra maestra de la vida y una de las cosas mas difíciles en el arte difícilísimo de vivir.

Referencias

Giddens, A. Sociología. 5ta edición. Madrid: Alianza Editorial.

Giménez, G. (1996) La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. En: Méndez y Mercado, Leticia. (Ed). *Análisis y teoría, simbolismo, sociedades complejas, nacionalismo y etnicidad. III Coloquio Paul Kirchoff*. 1ra.edición. México: UNAM. Pp.: 176-195

Giménez, G (.2000) Identidades étnicas: Estado de la cuestión. En: Reina, Leticia (Ed). *Los retos de la etnicidad en los Estados-Nación del siglo XXI*. 1ra ediciónMéxico: CIESAS-Porrúa, México. Pp: 265-289.

Goffman. E. (1986) *Estigma. La identidad deteriorada*. 1ra edición. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Maluff, M. *Identidades asesinas*. 1ra edición Madrid: Alianza Editorial.

Montañes, J. (2004) *Psicología de la vejez: estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. 1ra edición Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.

López, D. (2010) *De los huehues a los rucos. Una revisión antropológica del viejismo*. Conferencia impartida en el Primer Congreso Internacional de Gerontología. Pachuca, Hidalgo. México. 18 de octubre.

Phillips, R. (1997) *Desarrollo humano. El ciclo vital*. 1ra edición Buenos Aires: Editorial Pearson.

Reguillo, R. (2003) Jóvenes y estudios culturales. Notas para la reflexión. Valenzuela, J. M. Los estudios culturales en México. 1ra Edición. México: CONACULTA, Fondo de Cultura Económica. pp.: 354-379.

Del rezago y el duelo en los adultos mayores; al aprendizaje y rescate de su experiencia de vida

Víctor Miranda Lara

En un origen.

La humanidad fue posible gracias a que, como especie, basamos nuestro desarrollo en la observación y el aprendizaje². Es un hecho para la antropología física que la mayor parte del tiempo evolutivo que nos determina -alrededor del 95%- el ser humano ha tenido estilos de vida nómadas, acostumbrado a pequeñas agrupaciones.

Lo que es más, desde el surgimiento de la agricultura, el sedentarismo y la civilización, hace aproximadamente unos 8,000 años y hasta hace unas cuantas décadas, el ser humano vivió, creció y se desarrolló a partir de una estructura social donde las enseñanzas de los ancianos de la tribu, el grupo, o de la comunidad eran lo más importante.

En este contexto, el consejo de ancianos ha sido una institución fundamental para mantener el orden social establecido que permitía la paz y la convivencia social al interior de la cultura. Sin embargo, es en los a partir del siglo pasado que Occidente³ convirtió al anciano en un estorbo; en un ser al cual no se le comprende, no se sabe lo que necesita y por tanto se le rechaza.

Antes el reconocimiento, la admiración y el respeto por los más viejos era un hecho generalizado; una constante en la mayor parte de las diferentes culturas por todo el mundo; ponían orden y regulaban la sociedad. Se veía en ellos, un ejemplo de justicia y madurez; merecedores del respeto de los demás miembros de la sociedad por la experiencia de haber vivido y sobrevivido -lo que aun hoy en día es un gran logro-. Así pues, el anciano tenía algo que contar y los demás estaban prestos a escucharlo; para aprender de su sabiduría.

Se convertía en el ejemplo de cordura y sensatez; veía los problemas con mesura, sin pasiones capaces de generar mayores problemas. En fin, culturas sabias (premodernas, tribales) que lograron, a partir de los recursos que disponían, las mejores condiciones para todos sus miembros. Y que si bien no fueron, ni serán jamás la cúspide del desarrollo; ya es bastante el hecho de que han logrado sobrevivir con su sistema y organización social por milenios.

La modernidad

² Para Thomas Barfield (2000) el aprendizaje es “la facilidad para adquirir Códigos de las habilidades adaptativas específicas de una cultura, por medio de toda una variedad de procesos”

³ “En la antigua Grecia, raíz importante de la concepción del mundo Occidental, se percibe una visión ambivalente de la vejez. Para un mundo como el griego donde la belleza y la fuerza fueron exaltados, la vejez no podía tener un lugar privilegiado. Y así se demuestra en sus leyendas y mitos y en sus escritos históricos, filosóficos, literarios y en su arte. La vejez representaba lo opuesto a los ideales griegos. Y aunque los griegos asociaban la Sabiduría con la vejez, esto parecía un privilegio alcanzado por muy pocos” (Rubio; 2010: 31)

Por su parte, Occidente abandona y rechaza a sus adultos mayores; no les permite Ser, ni expresarse. Estorban al progreso y al desarrollo y por lo tanto se les oculta en instituciones. No se les quiere ver, se convierten en “invisibles”, pues son la evidencia de que el modelo no es real; de que no está al alcance de todos. Son la muestra de que la sociedad no produce el bienestar; no hay progreso. Más bien un atraso, un retroceso que afecta en especial a los más vulnerables, en este caso, los adultos mayores.

Es necesario comprender que aun tienen mucho que ofrecer a la sociedad para mejorarla. Por eso es necesario darles su tiempo; compartir nuestro tiempo con ellos; crecer juntos. En fin, su duelo es nuestro fracaso. Su duelo también es nuestro futuro duelo.

El presente texto busca mostrar como la percepción que se tiene del “viejo” en la sociedad, determina el rechazo que se va a tener sobre ellos ocasionándoles el duelo⁴ tan característico de esta etapa. A su vez, se proponen opciones para modificar esta realidad que pesa sobre aquellos que ya no son escuchados por considerarse como innecesarios.

Las causas

Para tener una comprensión adecuada de cómo el rechazo del adulto mayor le produce aislamiento, duelo y depresión. Es necesario ir desmenuzando las condiciones que determinan este proceso, para lo cual es necesario reconocer la historicidad reciente de dicha situación, gestada a su vez como un producto no esperado del capitalismo, la globalización y el neoliberalismo. Según Sánchez (1993):

“Nunca había habido tantos viejos en el mundo. Ni nunca habían estado tan solos, tan aislados; tan claramente separados del resto de la Humanidad. Estas duras palabras nos sirven de pórtico para el análisis de un hecho social característico de las sociedades tecnológicas: la ancianidad se ha convertido en los últimos cien años en un problema social importante”.

Sin embargo, este modelo social que nos determina⁵ se ha convertido en el principal productor de pobreza, desigualdad y discriminación en el mundo; así como de las crisis que nos afecta a todos, incluso a los mismos países con mejor ingreso per cápita⁶.

⁴ “Los ritos del duelo son, por un lado, la expresión a nivel de sociedad, instituciones y microgrupos de esos tipos de duelo (las transiciones psicosociales) que de alguna forma, son vividos en algún momento por casi todos los miembros de esa sociedad o cultura concreta. A otro nivel, la ritualización y costumbres que implican en una cultura suficientemente integrada, tienden a ayudar en el trabajo psicológico del duelo... por ultimo, estos ritos y costumbres que una cultura y sociedad mínimamente integradas promueven y cultivan en la mayoría de las personas que la conforman poseen el valor antropológico y social. Ayudan a aceptar la perdida, a comunicarla en esta sociedad concreta, dan pie al intercambio y redistribución de bienes y servicios y proporciona a los vivos algunas ocasiones para congraciarse con el muerto al menos antes que los demás (Tizón; 2005: 111-112)

⁵ Melossi (1992) al respecto dice: “Al final de la segunda guerra mundial, el desarrollo político federal de Europa no se pudo hacer realidad; en vez de ello Estados Unidos y la Unión Soviética se convirtieron en las potencias protectoras de los pequeños estados europeos. En cada uno de estos Estados se alcanzo una forma de transición entre sus propias tradiciones y el modelo social que la potencia hegemónica, ya sea la Unión Soviética o Estados Unidos. En muchos países, especialmente en Occidente, este termino medio, ayudo a crear una clase media de grandes proporciones, rica e independientemente poderosa. Sin embargo, la disparidad de condiciones entre un país y otro, e incluso entre las distintas regiones del mismo país; la alineación de millones de hombres y mujeres jóvenes carentes de empleo; el estatus de ciudadanos de segunda

También es necesario observar como lo anterior tiene –como ya se dijo- un efecto en los más vulnerables del sistema; en el caso del cual nos ocupa este trabajo, de los adultos mayores; siendo necesaria la intervención psicosocial para brindarles mejores condiciones y así mejorar su calidad de vida.

Etnografía del asilo

A partir del proyecto: “Estrategias de intervención psicosocial para el manejo del duelo en adultos mayores” realizado en Mayo del 2011 por la Subdirección de Investigación de la Secretaría de Salud de Hidalgo el cual pretendía conocer qué tipo de apoyos requieren los adultos mayores, pertenecientes a instituciones de asistencia social, para enfrentar y resolver en forma satisfactoria el duelo, derivado de la inminencia de la muerte.

A través de un estudio transversal, descriptivo y observacional se pretende establecer cuáles son las condiciones en las que vive el adulto mayor con la intención de conocer qué tipo de apoyos se les pueden brindar en los asilos donde, por lo regular, los adultos mayores no cuentan con la suficiente autonomía, en el sentido de que se encuentran sometidos a los requerimientos institucionales.

La presente investigación se basa en los métodos cualitativos (Taylor y Bogdan; 1987: p. 259) poniendo especial énfasis en las técnicas etnográficas, la etnometodología y la investigación-acción con la intención de realizar un acercamiento directo, esto es de primera mano, a la situación experimentada por los adultos mayores y así poder recuperar su propia voz.

Se aplicaron entrevistas a profundidad; así como de grupos focales con la intención de ver el manejo del duelo y de las emociones por parte del personal y el impacto que tienen las estrategias implementadas institucionalmente. Por otra parte, se realizó también observación participante y el diario de campo en dos instituciones: la “casa de la tercera edad” y el asilo “CENAGER”

A partir de lo anterior se busca implementar técnicas de intervención psicosocial a fin de promover el empoderamiento, es decir, que se apropien de sus necesidades y las resuelvan en forma colectiva a partir de generar estrategias propias que les sean funcionales.

Los escenarios

La casa de la tercera edad que forma parte del sistema DIF Hidalgo; se encuentra ubicada en la carretera México-Pachuca. El personal esta conformado por 7 enfermeras,

categoría en el que se colocaba a millones de inmigrantes. El paternalismo, el tradicionalismo y la corrupción, corrían paralelos al *status quo* que les ofrecía recompensas a los estratos sociales privilegiados”

⁶ “Prácticamente en todos los sectores de la economía Occidental, las fabricas están cerrando y despidiendo a sus empleados. Los productores agrícolas en Norte América y Europa Occidental se enfrentan a una inminente quiebra. La reestructuración corporativa de las industrias aeroespacial e ingenieril; la reubicación de la producción automotriz hacia Europa Oriental y el tercer mundo, el cierre de las minas de carbón inglesas... fracaso de grandes compañías de comercio al por menor; desplome de los imperios de bienes raíces de Tokio, Paris y Londres; así como la caída del valor de la propiedad han llevado a una falta de pago de los prestamos que hace temblar el sistema financiero entero” (Chouddudosky; 2002: p. 319)

2 trabajadoras sociales; 2 médicos (de los cuales uno cubre los fines de semana y días festivos); además hay 4 administrativos, así como el personal de intendencia, lavandería, cocina, jardinería y mantenimiento.

Actualmente tienen una población de 66 personas; de los cuales 27 son hombres y 39 son mujeres. La capacidad máxima que ha registrado esta institución es un total de 85 adultos mayores. Cuenta con toda la infraestructura para el cuidado de los usuarios; rampas, señalizaciones, sillas, etc.

La institución cuenta con amplias áreas verdes; dos dormitorios, cada uno de dos plantas. Uno es exclusivamente para mujeres y el otro es para hombres y/o matrimonios. Por otra parte se tiene un comedor; un área administrativa; una medica y otra mas de trabajo social, así como un área de manualidades y una mas de usos múltiples –en la cual se encuentran dos televisores y una capilla-. También existe una unidad básica de rehabilitación.

Con respecto a los tiempos establecidos para el funcionamiento de la institución se despierta a los adultos mayores a las 7:00 am para su bañarlos. El desayuno se sirve a las 9:30 y se les da una hora. De ahí hasta la 1:30 pueden estar en el salón de usos múltiples; realizar manualidades; actividades físicas y/o rehabilitación; o bien, pueden estar en sus habitaciones o áreas verdes.

A las 2:00 se sirve la comida para lo cual tienen una hora. Posteriormente de 3:00 a 6:00, nuevamente se convierte en el espacio para que realicen las actividades de su preferencia. Por ultimo se establece como la hora de ir a dormir las 7:00 pm. Como actividades extra los días martes tienen una misa en la capilla y los viernes les dan clases de pintura. Cabe aclarar que de acuerdo a las disposiciones de la institución todos los días pueden recibir visitas.

Por su parte, en el asilo CENAGER (centro de atención Gerontológica de Pachuca A.C.) es una casa amplia y agradable. En el jardín exterior cuenta con una fuente la cual tiene en su interior unas tortugas. Los residentes pueden andar libremente por todas las instalaciones. El centro cuenta con un área para donde hay materiales para la realización de manualidades. Todo el tiempo hay música, tanto dentro como fuera de la casa.

Cuenta con tres espacios destinados a los dormitorios; un comedor y una sala para ver la televisión; además de la cocina, el patio de servicio y dos sanitarios. Aquí las enfermeras cubren turnos de 24 horas y la visita diaria del doctor encargado de la institución. Y si bien los ritmos son similares a los de la casa de la tercera edad, no son tan rígidos; por ejemplo, pueden comer a la hora que decidan y repetir algún platillo.

Los actores

En la casa de la tercera edad por lo regular esta vigilada por 2 ó 3 policías, los cuales se encuentran armados. Domina la imagen de las enfermeras en los pasillos, van de un lugar a otro realizando diferentes actividades. Por su parte, el medico encargado de la institución el trato que realiza hacia los demás siempre resulta ser cortés y amable; actitud que en general se puede decir de todo el personal.

Las enfermeras en todo momento brindan el apoyo que solicitan los adultos mayores; incluso cuando requieren ayuda para comer, les dan directamente la comida en la boca;

les realizan masajes en las piernas y constantemente les dan palabras de apoyo. Pasadas la 1:30 el ritmo se hace mas tranquilo; la actividad en general disminuye y el personal se concentra en actividades particulares o propias de su área. No obstante, siguen al pendiente de las necesidades de los adultos mayores.

Por su parte, el personal de cocina, de intendencia y de jardinería establecen un mínimo contacto hacia los demás. Se limitan a realizar su trabajo. Con respecto al personal administrativo y de trabajo social, sus funciones las realizan en su espacio de trabajo, por lo que es raro verlos fuera de su área; sin embargo, cada vez que se requiere de ellos están en una adecuada disposición para el trabajo.

En cuanto a los adultos mayores, es notorio observar como varios de ellos permanecen dormidos prácticamente todo el día; son pocos los que realizan actividades recreativas; menos aun ven la televisión; y escasos 3 ó 4 están en los jardines conversando. Por ultimo, aquellos que aun conservan sus capacidades físicas y cognitivas, así como los deseos de trabajar, se les permite realizar alguna actividad productiva para beneficio propio, esto es, que la remuneración recibida la pueden emplear en lo que quieran; en ese sentido, realizan trabajos como: vender dulces, hacer piñatas, reparar zapatos, tejer bufandas; por mencionar algunos.

En el asilo CENAGER los residentes pueden andar libremente por todas las instalaciones; sin embargo la mayoría esta frente a la televisión y algunos de ellos se encuentran en el jardín. Se observa un ambiente diferente con respecto al otro asilo. Aquí los adultos mayores son mas demandantes y exigentes; también se notan un poco mas de visitas de familiares.

Al ser una institución pequeña (en comparación con el otro asilo) el contacto es más directo. Siempre que se establece comunicación con alguien, a menos de 2 metros se encuentra alguna otra persona –sea otro adulto mayor, enfermera o alguien del personal- lo cual genera un ambiente propio para esta institución. Hay mayor comunicación e interacciones.

Aquí las enfermeras cumplen mayores funciones, incluso están encargadas de recibir a las personas que llegan y de mantener la “vigilancia” del lugar. De ahí que estén mas atentas a lo que pasa con los adultos mayores, por ejemplo, se dan cuenta que algunos de ellos están deprimidos y por lo tanto, se acercan mas a platicar con ellos. Cada que tienen oportunidad o un tiempo libre, lo emplean para llenar los expedientes de los internos.

En algunos momentos libres, el personal junto con algunos voluntarios, juegan al domino con los adultos mayores que así lo deseen. Si bien hay mas visitas de familiares que en el otro asilo, no obstante, estas tan solo duran unos minutos. Algunos incluso, se concretan llevar algún medicamento, realizar un pago o hacer una aclaración de tipo administrativo.

Las emociones y los procesos ocultos

En la capilla es común encontrar algunos adultos mayores, por lo regular son mujeres que se la pasan gran parte del día en ese lugar. Hay días de mayor actividad que de costumbre, donde se llega a ver mayor cantidad de adultos mayores en los jardines o en las áreas comunes; ocasiones especiales en las cuales hay un evento o actividad.

A veces, se puede observar que se forman pequeños grupos, aunque con poca vinculación y/o comunicación. Las pláticas son breves, se habla de cuestiones superficiales o lugares comunes (el clima, la comida, etc.). no se intima más allá y no se habla de emociones, sentimientos o necesidades salvo las situaciones inmediatas. De hecho, en todas las interacciones observadas, en ninguna se establece un contacto visual entre las personas que platican; tan solo hay un ritmo: habla uno y el otro escucha. Pero el que habla por lo regular su mirada está enfocada hacia otro lugar y el que escucha, solo hace eso, escuchar. Algunas pláticas giran en torno a recordar alguna situación o experiencia que algún día tuvieron. Básicamente son recuerdos agradables o positivos que no les repercuten en el aspecto emocional; por el contrario, les produce un cierto confort.

Resulta común ver adultos mayores con alguna bolsa (por lo regular de plástico) en la cual llevan los pocos objetos personales que para ellos son de valor, ya sea este económico o emocional. Andan por los pasillos caminando, ya sea con bastón, andadera e incluso se les llega a ver en silla de ruedas; siendo el factor común estar en solitario.

Otro aspecto relevante es la sexualidad en el adulto mayor, como el deseo aun está vigente, por ejemplo, en una ocasión una señora buscaba al doctor y bromeando con otra persona le dice que va a “echarse un taco de ojo, pues tiene derecho a ello” a lo cual le responden que “anda tras sus huesos del doctor”. En ese sentido, la broma se convierte en una forma de sublimar.

Dado el abandono y la falta de recursos económicos, se pueden observar diversas actividades como el ofrecer su celular para el envío de mensajes o llamadas las cuales cobran con una ganancia; o el arreglar zapatos. Sin embargo, también es posible encontrar a otros adultos mayores en una situación más privilegiada, en el sentido de que incluso son capaces de encargar a alguien del personal algún bien de afuera (pantalones, libros, etc.)

Por último, se llegan a encontrar redes que se establecen y se apoyan entre sí, como cuando llegan nuevos usuarios y es algún otro adulto mayor el que les va dando la explicación del lugar, de los espacios y actividades; mostrando el aspecto positivo de la institución al manifestarles que en general, se la pasan a gusto.

Como se mira al “viejo”

Sí partimos desde la perspectiva de las interacciones y nos enfocamos en la percepción que se tiene del “viejo” en la sociedad; tratar de descubrir la dinámica psicosocial que se da entre los procesos socioculturales e históricos, con las necesidades y problemáticas individuales. En otras palabras, existe una lucha, un conflicto de intereses entre las necesidades del individuo y las de la sociedad, lo cual repercute en el equilibrio⁷ de ambos sistemas.

⁷ Luhman establece que: “la noción de equilibrio conduce a pensar que se trata de una reacción a estados inestables, pero solo con el objetivo de alcanzar el nivelamiento en el que el sistema se encontraba en el estado anterior a la creación del nuevo estado de balance... en la actualidad existen serias dudas acerca de si los sistemas que se describen mediante la noción de equilibrio sean reales; mas bien se ha llegado a la convicción de que el desequilibrio de los sistemas es en donde adquieren su estabilidad” p. 57

En este proceso ambas estructuras se influyen mutuamente, esto es, se construyen y reconstruyen, movilizand o a los miembros de la sociedad hacia el conflicto psíquico y el desequilibrio social. Tal y como establece Guinsberg (1990):

“El problema de cómo identificar una conducta deseable o indeseable, adecuada o inadaptada. Puesto que en casi todos los sujetos que muestran un comportamiento inadaptado no entran en juego entidades nosológicas, sugerimos, como respuesta al problema que la designación de una conducta con el rotulo de normal o patológica depende de la sociedad en que vive el individuo... De manera especifica, si bien no existen conductas individuales adaptadas a todas las culturas; hay en todas estas, respecto al funcionamiento de la persona adulta, expectativas o roles definidos en función de la responsabilidad familiar y social” p. 17

Así pues, nos encontramos que la percepción moderna que se tiene de los adultos mayores tiende a ser negativa; basta con observar lo que ha escrito desde las múltiples disciplinas que intervienen en torno al adulto mayor (medicina, geriatría, psicología, gerontología) las cuales se enfocan en atender las limitaciones y problemas que se van adquiriendo con la edad. Esta visión enfocada en lo malo, en lo negativo necesariamente desvaloriza.

Son transformados en una carga para la sociedad, pues esta se encuentra enfocada hacia la producción, los mercados y el consumo; contexto en el cual no hay quien quiera hacerse cargo de ellos; de esta forma nacen los hospicios y asilos para ancianos. Así, entre el ensayo y error, se crea la infraestructura y los mecanismos institucionales que regulan las formas de intervención hacia los adultos mayores. Mirada tendenciosa, construida en la modernidad, donde lo que no es necesario se elimina para no detener el progreso; para no evidenciar la artificial e ilusoria felicidad.

Hacia donde dirigen la percepción de la sociedad

En este constructo social que se nos muestra e impone, las miradas se dirigen hacia lo que se considera como lo valido, se le atribuye un significado especial en detrimento de otros elementos de la sociedad misma.

Así pues, basta observar lo que se reproduce en los medios masivos de comunicación; que es lo que vende y que es lo que vende en la sociedad: la idea de la belleza, el éxito, el poder; la juventud, la banalidad; el placer y el sexo. Y en nada de lo anterior encaja el viejo.

En el imaginario⁸ de la gente impera el estigma hacia el anciano, el rechazo. Por su parte, las disciplinas científicas se concentran en lo malo y lo negativo del ser adulto mayor y por tanto, se hace de lado lo positivo de esta etapa de vida, así como su aporte social.

En la historia moderna reciente –del la revolución industrial y el urbanismo, a la época actual no se han estructurado las suficientes y adecuadas políticas sociales que incluyan y atiendan adecuadamente al adulto mayor. Lo cual se traduce en última instancia en la

⁸ Lacan caracteriza el imaginario como el predominio de la relación con la imagen del semejante; y remite al estadio del espejo... Lo imaginario se reduce a lo especular y connota engaño. Es un esfuerzo del individuo para colmar la falta existencial” p. 35

falta de contención y atención en el plano afectivo y emocional que se materializa en el duelo y la depresión de los ancianos. De ahí la necesidad de mayor apoyo y rescate para mejorar sus condiciones y elevar su calidad de vida.

Todo lo anterior -el estigma de la gente, la atención que proyectan los medios en una ilusión de felicidad, éxito y belleza; la forma en que la ciencia se concentra en lo negativo de esta etapa- no va a cambiar fácilmente, ni en lo inmediato. Lo que es mas, simplemente no va a cambiar por sí mismo.

Lo interesante es ver como se tiende a explicar y por lo tanto, justificar, como producto de mecanismos a nivel psicológico e inconsciente que nos remiten hacia la propia finitud; hacia la propia muerte la cual necesariamente se busca negar pues produce angustia y marca de sinsentido el progreso, la sociedad y la vida misma.

Todo lo anterior nosotros mismos como sociedad e individuos, se lo hacemos a los adultos mayores -de los pocos procesos donde confluye lo individual con lo social; donde no se oponen, ni se lucha-. No se les brinda acompañamiento, ni contención. No se acrecientan, ni se enriquecen las relaciones humanas. De ahí la importancia de promover el cambio para recuperar el apoyo humanitario, los valores, así como el reconocimiento y el respeto.

El fracaso de la sociedad esta pues, en la forma en que se voltea hacia otro lado, en la forma en que se generan distractores, para no mirar a los que sufren; a los que dieron su vida por mantener este “bienestar”

Es imposible esperar un cambio por parte de las instituciones; del sistema social; de los políticos; o de la realidad misma. El cambio ha de venir de uno mismo; desde lo local y hacia nuestro entorno inmediato con el fin de mejorarlo. El cambio ha de realizarse desde lo intimo; con trabajo, empatía, tolerancia y respeto.

Así pues, es necesario crear nuevas estructuras, así como crear espacios de intervención psicosocial como el: generar mayor conciencia; crear redes de apoyo; favorecer la resiliencia; una capacitación mas humanística al personal. En este sentido, lo mas importante es realizar intervenciones con la intención de generar resultados positivos, que aminore los efectos negativos por los que atraviesa el adulto mayor.

Hay que recalcar el hecho de que el adulto mayor no puede resolver por si solo el duelo – ni el, ni nadie- es imposible cargar con todo el peso de la estructura social sin que ello le traiga consecuencias disfuncionales. Frente a este hecho, los paliativos realizados actualmente por la psicología son insuficientes; pues se limitan a resolver el síntoma.

No es posible buscar el bienestar desde la enfermedad; desde la descomposición social o desde las limitaciones actuales de la ciencia y del saber. En ese sentido. Es prioritario el trabajo, en primera instancia, en aquellos que ejercen las profesiones que involucran un contacto directo con el adulto mayor. Esto es, primero es el trabajo con uno mismo y después hacia el exterior hacia la intervención en lo colectivo.

Así pues, es necesario detenerse, escuchar. Escucharse y escuchar a los otros y aprender de los que ya saben, de los que ya han vivido e hicieron un balance de su vida; de aquellos que ya probaron y se equivocaron; que experimentaron y, de alguna manera, aprendieron de sus errores. De ahí la importancia de:

- Que nos pueden decir

- Conocer cuál es su enseñanza; que nos quieren compartir.
- Que aprendió de la vida
- Cuál es su mensaje hacia la vida
- Tomar sus enseñanzas y mejorar, crecer como personas y seres humanos junto con ellos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Angel, R. L. (2010). *Victimología Forense y Derecho Penal*. España: EDITUM.

Barfield, T. (2000). *Diccionario de Antropología* . México: Siglo XXI.

Choussudovsky, M. (2002). *Globalización de la pobreza y Nuevo orden Mundial*. México: Siglo XXI.

Guinsberg, E. (1990). *Normalidad, conflicto psíquico, control social: sociedad, salud y enfermedad mental*. México: Plaza y Valdez.

I., T. G. (2005). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Temas de salud mental*. España: Paidós.

Lacan, J. *Escritos*.

Luhmann, N. (1996). *Introducción a la teoría de sistemas*. México: Universidad Iberoamericana.

Melossi, D. (1992). *El Estado del control social: un estudio sociológico de los conceptos de Estado y control social en la conformación de la Democracia*. México: Siglo XXI.

S.J, T., & R., y. B. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Sánchez Vera, P. (1993). *Sociedad y población anciana*. EDITUM.

Adultos mayores: violencia y grupos vulnerados

*Dayana Luna Reyes⁹; Héctor Cumilaf Huentemil;
Gerardo Hurtado Arriaga; Eloy Maya Pérez*

*Pero no cometeré la imprudencia de comparar objetos con personas.
Me muerdo para no hablar de la identidad que se va perdiendo,
de la memoria colectiva que se va tirando, del pasado efímero.
No lo voy a hacer. No voy a mezclar los temas,
no voy a decir que a lo perenne lo han vuelto caduco
y a lo caduco lo hicieron perenne.
No voy a decir que a los ancianos se les declara la muerte
apenas empiezan a fallar en sus funciones,
que los cónyuges se cambian por modelos más nuevos,
que a las personas que les falta alguna función se les discrimina
o que valoran más a los lindos, con brillo,
pegatina en el cabello y glamour.
Eduardo Galeano, 2010.*

Perspectivas en torno al adulto mayor

El concepto de adulto mayor es relativo. En tanto constructo social, tiende a ser visto desde diferentes perspectivas que atienden a diversos aspectos de la dinámica psicosocial del adulto mayor; es decir, podemos encontrar un abanico de conceptualizaciones que parten desde enfoques biológico - médicos hasta político – económicos; sin embargo, no tenemos que olvidar que dichas conceptualizaciones están inmersas y son producto de momentos históricos caracterizados por formas de organización socioeconómicas específicas.

Por ejemplo, hasta antes de la implementación del modelo económico neoliberal (80's), lo que hoy conocemos como *adulto mayor*¹⁰ se identificaba como *anciano, abuelo, viejo, tata, etc.*; y le correspondía un lugar social reconocido, en tanto que cumplía un rol

⁹ Tod@s los maestr@s son docentes de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) y participan en el Grupo de investigación: Diagnóstico e intervención de la violencia, dentro del Área Académica de Psicología de la misma institución.

¹⁰ Concepto *políticamente correcto*, sin que por ello implique necesariamente una mejora en su situación de vida. El cambio de concepto de *viejo – anciano – adulto mayor*, aún cuando sirvió de base para su legislación que los reconoce como sujetos de derecho, no ha significado una mejora en su calidad de vida, ni un lugar preponderante en el sistema social-económico y político.

educativo, de transmisión de conocimientos y experiencias con relación a los miembros más jóvenes de la sociedad; rol que lo situaba en un lugar con significaciones sociales de respeto, reconocimiento, sabiduría, sujeto de memoria histórica, etc.

Dichas significaciones sociales respecto al adulto mayor, se fueron transformando a medida que el modelo económico neoliberal determinó, cada vez más, la construcción del *sujeto funcional* en tanto sujeto económico productor y reproductor del sistema; es decir, el *sujeto de la posmodernidad*, caracterizado por su lugar en la cadena de producción económica, tanto como generador de ganancias como consumidor de productos. Lugar al que no tiene acceso el adulto mayor de acuerdo a sus condiciones, a veces de deterioro de las funciones físicas y fisiológicas y sobre todo, a sus condiciones sociales y económicas en tanto sujeto excluido del ámbito laboral.

“Entre las diferentes perspectivas del envejecimiento, la demográfica ha fijado en el momento actual los 65 años como el umbral que separa la población vieja de los adultos. Cifra convencional que tiende a equiparar el envejecimiento demográfico con el laboral, pues se corresponde con la edad de la jubilación en un amplio número de países y en especial en los desarrollados” (García, 2003: 76).

En este mismo sentido, un factor que permite explicar el aumento en la densidad de población de adultos mayores, lo constituye la *esperanza de vida*; este fenómeno ha tenido un incremento significativo en las últimas décadas:

“En México la población de 65 años y más ha aumentado en números absolutos y ha variado de manera importante en la segunda mitad del siglo XX. Si en 1940 eran 586.298 personas, en 1970 fueron 1.791.385 y entre este 1940-2000, la población del grupo registró un incremento del 710%” (García, 2003: 92).

Sin embargo, esta mayor *esperanza de vida*, no se ha traducido en la mejora de las oportunidades de desarrollo laboral y personal para todas aquellas personas que son consideradas actualmente como adultos mayores. Al contrario, dicha situación ha significado un proceso de pauperización en sus condiciones de vida, principalmente a causa de la falta o insuficiencia de políticas públicas y sociales que ayuden a contrarrestar los intereses económicos del actual modelo de producción.

“La actual preocupación por el envejecimiento de la población deriva de la toma de conciencia de que en la etapa postransicional, en la que se encuentran ya un gran número de países y hacia la que caminan el resto como consecuencia de la universalización de la caída de la mortalidad a todas las edades, del aumento de la esperanza media de vida y del descenso de la fecundidad, el incremento de la población mayor de 65 años, e incluso mayor de 80 años, es imparable y tiene importantes repercusiones sociales y económicas que es preciso afrontar” (García, 2003: 77).

De hecho, al aterrizar esta situación a nuestro país, podemos apreciar que este incremento se está dando de forma explosiva:

“... en México se calcula que, entre 1995 y 2014, se duplicará la población de 65 y más años hasta llegar a 8,1 millones de personas, hacia 2034 se considera que aumentará cinco veces para registrar 20,2 millones y en el 2050 se calcula esta población en 32 millones” (Gómez de León, 2001; en García, 2003: 99).

De acuerdo con lo discutido, queremos mencionar que la noción respecto a lo que es ser adulto mayor, encierra múltiples factores que lo caracterizan. Por un lado será necesario atender a las condiciones físicas, sin embargo estas no son centrales cuando en la significación del adulto mayor intervienen aspectos económico, sociales, políticos y culturales que constituyen las posibilidades de su desarrollo, por lo que coincidimos con Arias (2007), cuando señala que “...es importante considerar que la dependencia, la pérdida de funciones o la pobreza no son constitutivas de la vejez, sino que su presencia se encuentra influenciada por variables sociales, económicas y culturales distintas a la edad cronológica” (pág. 163).

Por lo tanto insistimos en que el concepto de adulto mayor es un constructo social al cual, para comprenderlo, habrá que situarlo dentro de “...un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos” (Salgado, 2007:515).

Los adultos mayores como *grupo vulnerable*

En el apartado anterior, mencionamos que el concepto de adulto mayor es un constructo social resultado de un proceso sociohistórico. En la actualidad, junto con considerarlo sujeto de derecho en tanto destinatario de diversas políticas públicas y sociales, es construido también como sujeto en riesgo latente de exclusión social y económica, es decir, se le ha construido como parte integrante de los *grupos vulnerables*.

En México, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2003), la vulnerabilidad se define como el resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo.

Por lo tanto, dentro de la categoría de grupos vulnerables, se incluiría a todas aquellas personas en condiciones de pobreza, con carencias en el acceso de oportunidades sociales, o personas que históricamente han sido excluidas de los espacios de toma de decisiones.

Lo anterior, nos lleva a discutir el concepto mismo de *grupos vulnerables*. Para nosotros, dicha concepción tiene una intención despolitizante. Es despolitizar el proceso que *sitúa*¹¹ al sujeto en las *coordenadas de vulnerabilidad*: se hace necesario, por ejemplo, articular los procesos económicos de pauperización de su vida cotidiana; los procesos políticos que lo niegan como sujeto de derecho; los sociales que lo deslegitiman como sujeto agente social; y el proceso histórico que es testigo de la constante vejación y despojo de

¹¹ En el sentido que propone Haraway para hablar de *conocimiento situado* en tanto que sería necesario *situar* al sujeto en la multiplicidad de articulaciones que lo conforman. Revisar Haraway, D. (1991) "Conocimientos situados: La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En D. Haraway *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Madrid 1995. (313 – 345).

sus medios de subsistencia que lo han mermado y *situado* como *sujeto vulnerable*; todo esto sólo por mencionar algunas coordenadas.

Hablar de *grupo vulnerable* es quitarle responsabilidad al Estado como agente activo en la implementación de un modelo neoliberal que se sostiene en el desequilibrio de oportunidades y la diferenciación del acceso a las mínimas condiciones necesarias de subsistencia, un Estado que posibilita la constitución de sujetos sujetos a la violencia estructural.

Es decir, que el sujeto es constituido como *ente* con posibilidades de *riesgo* (*en tanto que vulnerable*) bajo una política de violencia estructural, histórica y constante (en tanto que vulnerable).

“La violencia estructural se constituye por un conjunto de relaciones humanas asimétricas, es un conjunto de acciones, omisiones conscientes o inconscientes, intencionadas o no, que se generan por la dominación del hombre por el hombre”. Planteo que recuerda la postura marxista sobre una violencia que, en términos de sus creadores sería ‘la partera de la historia’ y respondería a las fuerzas de la dominación y a los conflictos entre explotadores y explotados” (García, 1996; en Guinsberg, 1997:48).

Entonces, nuestra concepción de *grupo vulnerable* cobra fuerza y sentido al observar que, en casos como los niñ@s en situación de calle, los pueblos originarios, adultos mayores, homosexuales, personas que viven con VIH/SIDA, migrantes, etc.; un factor central de vulnerabilidad es la implantación de un modelo económico que funciona en base a la negación violenta, ya sea de forma directa o velada, de derechos económicos y sociales; por lo tanto, no son grupos vulnerables *per se* sino que su situación se genera en el marco de un proceso mayor y externo a ellos, constituyéndolos como *grupos vulnerados*.

“... las restricciones que ha impuesto hasta la fecha el modelo aperturista (o las formas que ha plasmado en América Latina) vulneran claramente los derechos sociales y económicos, sobre todo derechos como el empleo, ingresos dignos, filiación sindical, estabilidad laboral o protección frente al infortunio” (Hopenhain, 2001:1-2); fenómenos que nosotros creemos, contribuyen a la generación de condiciones para la existencia de *grupos vulnerados*, como es el caso de los adultos mayores.

Algunos factores que configuran al sujeto adulto mayor vulnerado

a) Sistema económico

No es el fin de este trabajo dilucidar las consecuencias que genera tal o cual modo de producción en la configuración de una sociedad, sin embargo creemos que la consolidación del sistema capitalista de producción a través del modelo económico neoliberal ha tenido y tiene una directa participación en la construcción del adulto mayor vulnerado. Cuando en una sociedad rigen "...las leyes del mercado y el Estado evade sus responsabilidades sociales para regular la actividad económica y reduce el gasto social, el único proyecto de vida viable para una proporción importante de la población es la sobrevivencia" (Welti, 1999:19).

En efecto Ludi (2005) señala que el envejecimiento de la población, ha aumentado la relación económico-legal "activo-pasivo", tendencia fortalecida por el aumento de la esperanza de vida que prolonga el período de cobertura. El desequilibrio de ésta relación ha sobrecargado a tal punto los sistemas de seguridad social, que la población adulta mayor tributaria / beneficiaria, se constituye en uno de los sectores más empobrecidos de la sociedad" (Discutido por Arias, 2007:164).

Dentro esta situación general del adulto mayor, las mujeres constituyen una condición especial o particular. Primero, según estudios como el trabajo de Joelle Barbot-Coldevin (1999), las poblaciones envejecidas en el mundo son predominantemente femeninas. Lo segundo tiene que ver con el rol que le ha asignado la sociedad a la mujer, principalmente labores relacionadas con el ámbito doméstico, por lo que hasta hace algunas décadas, la gran mayoría estuvo excluida del campo laboral remunerado, lo que les ha significado muchas veces una mayor precariedad. En este mismo sentido, "... a raíz de su función reproductiva, en muchas edades, dejan de trabajar quedando en la mayoría de los casos fuera del sistema de seguridad social y dependiendo de sus maridos para subsistir. No extraña, entonces observar un gran vínculo entre bajos niveles de pobreza y mujeres mayores solas" (citado por Peláez, 2010: 6).

Son este tipo de situaciones las que demuestran el papel estructural del modelo económico en la conformación de sujetos vulnerados, y a las cuales muchas veces se le suman elementos de género que acentúan una condición de por sí ya precaria, como la que viven, en la actualidad, la gran mayoría de los adultos mayores.

b) Sistema político

En párrafos anteriores hemos mencionado la creciente preocupación, por lo menos en términos discursivos, hacia las condiciones de vida de un grupo cada vez más creciente de población, como son los adultos mayores. De hecho el paulatino proceso de crecimiento de este grupo etario, “constituye uno de los principales problemas del siglo XXI, pues todos los países están atravesando una transición hacia una sociedad más vieja que la del pasado siglo” (García, 2003: 76).

En el año 1991 la Asamblea General de la ONU aprobó normas universales en torno a las condiciones de las personas de edad,¹² sin embargo, la existencia de un sistema político subordinado al modelo económico, el desigual desarrollo productivo de los países así como el explosivo aumento de esta población ha generado para los gobiernos crecientes dificultades en diversos ámbitos, tales como:

- Sistema de pensiones
- Sistema de servicios de salud
- Seguridad pública
- Estructura física de las ciudades

La imposibilidad del actual sistema político para brindar solución a estos problemas ha generado políticas públicas deficientes y centradas en la construcción de los adultos mayores como sujetos beneficiarios discapacitados, dependientes y vulnerables.

Según el modelo de Wood, la discapacidad corresponde a una reducción (producto de una deficiencia), parcial o total, de la posibilidad de llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados como normales para el ser humano. Por otro lado, la dependencia se definió como el estado en el que se encuentran las personas que, por

¹² Consultar: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html>

razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda considerables para realizar sus actividades de la vida diaria (Ávila, 2007:368).

Si bien es cierto, estas características pudieran ser encontradas en algunos adultos mayores, los gobiernos se han valido de éstas para justificar políticas de corte asistencialista y paliativas, que desconocen el carácter estructural de la *problemática* del adulto mayor y que va más allá de una simple suma de números.

Para nosotros un tratamiento integral de la situación del adulto mayor tiene que ver, entre otras cosas, con la construcción de espacios físicos y simbólicos para su desarrollo, una política pública de residencias para el adulto mayor, que contemple programas de recreación y cultura sistemáticos, programas del cuidado atingentes etc.; en definitiva, generar políticas que apunten a reconocer al adulto mayor como un “*ciudadano*”.

c) Sistema social

Con respecto al sistema social, podemos decir que el adulto mayor ha experimentado una transformación de su lugar dentro de las sociedades.

En conjugación con los procesos económicos de pauperización de sus condiciones de vida, podemos ver que dichos procesos económicos han significado también una transformación en los estilos de vida de las familias a razón de la necesidad de incorporación al mercado laboral de la mayoría de sus miembros, con el correspondiente cambio tanto en los horarios de encuentro familiar, la administración del tiempo libre y por supuesto, la *carga* para las personas responsables del *cuidado* y la atención de los adultos mayores, actividad que, no está demás mencionar, ha sido desempeñada a través de los años por mujeres integrantes de la familia como una forma de cumplir con los roles de género asignados. Situación que también se ha transformado gracias a los procesos sociales que reclaman igualdad y equidad de género en la distribución de las actividades en el ámbito doméstico, no siendo la excepción las mujeres y los hombres adultos mayores.

No obstante lo anterior, es importante mencionar que la transformación de los *lugares sociales* de los adultos mayores, se caracteriza por un proceso continuo en el que podemos delimitar algunos indicadores, como por ejemplo:

- ✓ Importancia central en el grupo social vs. Importancia secundaria.
- ✓ Respetado por su saber y sabiduría vs. No central en la transmisión de cultura, valores y toma de decisiones. Considerado *obsoleto* (por ejemplo: en su no conocimiento de las nuevas tecnologías)
- ✓ Miembro importante en el núcleo familiar vs. Pérdida del lugar central en la familia. El *cuidado* se convierte en un problema familiar
- ✓ Estructura social y económica de sostén al adulto mayor (en régimen familiar o comunitario) vs. Estructura y gestión socioeconómica, basada en políticas públicas deficientes.
- ✓ Sostén a partir de redes familiares, comunitarias y sociales vs. Aislamiento por pérdida de redes sociales: familiares, amigos y amigas.

Estos indicadores están basados necesariamente en procesos de violencia social, donde no existe o al menos empieza a desaparecer, el respeto a los procesos de los adultos mayores, lo que implica su abandono e incomprensión.

“En ambos países [refiriéndose a España y a México] la creciente población mayor de 65 años y sobre todo la de más de 80 años se enfrenta a diversas dificultades que la misma población considera que son inherentes a su edad, es decir, tristeza, abandono, soledad, decadencia, deterioro funcional, aislamiento, distanciamiento, falta de solidaridad de la familia, etc., así como a la negativa identificación que de forma general hace la sociedad de los ancianos y que de alguna forma sienten que les devalúa como personas” (García, 2003: 99).

Sin embargo, sabemos que el posible deterioro funcional tanto psíquico como físico en los adultos mayores, también responde a factores psicosociales asociados a la transformación de su lugar social y, por consiguiente, a la experiencia de numerosas pérdidas (laborales, sociales, familiares, económicas, personales) a lo largo de su proceso de vida.

“Por lo tanto, no es la edad lo que condice a la desvinculación social; cuando esta ocurre, se debe a circunstancias asociadas, como la mala salud, la pérdida de amistades o la reducción de ingresos” (Aranibar, 2001; en Arias, 2007:163).

d) Sistema de salud

“En México hay sólo 250 geriatras en todo el país para atender a 7.3 millones de ancianos. Hay un déficit importante de personal médico especializado para cubrir la demanda de este creciente segmento de la población” (Salgado, 2007:519).

Lo anterior, aunado a la problemática de acceso a los servicios de salud debido, en la mayoría de los casos, a sus altos costos; sobre todo al acceso a los servicios de salud privados (por lo general, de mejor calidad en la atención y eficiencia en la resolución de problemas de salud).

El acceso a los servicios de salud, se ha convertido en un mercado rentable, donde el rol del cliente es desempeñado por el sujeto con suficiente poder adquisitivo en caso de querer solicitar el servicio de manera privada; sin embargo, el ciudadano común, dentro de los cuales consideramos a los adultos mayores, tendrán que ver mermada la atención de su salud, dependiendo de la cobertura de su seguro médico, las condiciones de jubilación¹³ y la capacidad de oferta/demanda de los servicios públicos gubernamentales, los cuales muchas de las veces son insuficientes para la atención tanto en cantidad como en calidad de la salud de los adultos mayores por el costo real que ello implica.

¹³ En el caso en que el adulto mayor tenga derecho a ella, lo que supondría el haber gozado de un empleo con prestaciones de ley durante su vida laboral, aspecto verdaderamente difícil o restringido en el sistema económico de México basado en la economía informal.

Por otra parte, podemos visualizar también otro aspecto que merma las posibilidades del adulto mayor en la toma de decisiones sobre su salud, sobre su cuerpo e inclusive sobre su estilo de vida. Nos referimos a la relación que guarda con el personal de salud, donde el adulto mayor se convierte en *medio adulto*, se le infantiliza, perdiendo autonomía respecto a las posibilidades de tener una vida y una muerte dignas.

De esta forma, los procesos físicos y fisiológicos como el deterioro físico, mental y psicológico, las enfermedades crónico-degenerativas, la depresión, etc., se enlazan con procesos psicosociales como la violencia intrafamiliar (física, verbal y psicológica), la violencia estructural, la pérdida de las redes sociales, su lugar cultural en el entramado social en el que vive; así como la pérdida del sentido de vida a partir de su desempeño laboral, etc.; generando que el adulto mayor experimente un proceso continuo que lo sitúa como sujeto vulnerado.

“Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad” (Ávila, 2007:368).

Algunas discusiones finales

A través del análisis del presente trabajo hemos resaltado diversos aspectos que consideramos centrales para la discusión respecto a los adultos mayores como *grupo vulnerado*.

Hicimos hincapié en la importancia de considerar diversos factores de tipo económico, político y social en la construcción de los adultos mayores como sujetos que han vivido transformaciones en su calidad y estilos de vida, situándolos en *coordenadas de vulnerabilidad* que impiden su completo desarrollo a nivel personal, social, físico y mental.

La identificación de estas *coordenadas*, que han intervenido como procesos para la vulneración de los adultos mayores, nos habla de una constante violación a sus derechos

humanos, así como también de las condiciones de vida de los adultos mayores como resultado de la violencia estructural permanente.

Por lo tanto, la conceptualización políticamente correcta de *adultos mayores*, tendría que ser considerada como compleja en tanto que pone en juego no sólo aspectos basados en datos demográficos o etarios, de procesos de desarrollo físico y de personalidad, sino basados también en procesos sociales y económicos que nos hablan de sus posibilidades de reconocimiento, o no, como sujetos de derecho.

Sin embargo no queremos cerrar este trabajo, sin antes mencionar que a pesar de estos procesos de vulneración de los adultos mayores es necesario reconocer sus posibilidades como sujetos actores y constructores de otras condiciones de vida. Por lo tanto, será necesario construir la génesis sociohistórica de los adultos mayores, de tal forma que nos permita comprender los procesos que se articulan para situarlos como *grupo vulnerado*. Entendiendo que como grupo, tienen un proceso y desarrollo particular, sus luchas y derrotas que los convierte en sujetos sociales específicos.

Lo anterior implicaría reconocerlos no como sujetos discapacitados, dependientes o vulnerables, sino como sujetos con posibilidades múltiples, siempre y cuando podamos desarrollar con ellos (por mencionar algunos aspectos):

- Un contacto emocional afectivo
- El rescate de su experiencia de vida, colocándolos en el lugar central para la construcción de la memoria histórica
- Valorar, a partir de su visión, el conocimiento de la cultura y las formas sociales de relación.
- Redes sociales que articulen relaciones familiares y comunitarias.
- Autoridad en la toma de decisiones sobre la calidad y estilos de vida.
- Autonomía y capacidad de decisión respecto a las posibilidades de tener una vida y una muerte dignas.

En la actualidad, se han generado diversos ejemplos para la creación de políticas públicas y sociales en atención a los adultos mayores. Como ejemplo tenemos la implementación de algunos programas en España, que consideran la creación de espacios tanto físicos

como simbólicos para recuperar los lugares sociales de los adultos mayores. Dichos programas, contemplan (Limón y Crespo, 2002:96)¹⁴:

- Hogares y clubes sociales de jubilados,
- Residencias,
- Centros de día,
- Teleasistencia,
- Sistemas alternativos de alojamiento,
- Universidades para Mayores,
- Aulas de la Tercera Edad,
- Cursos de preparación a la jubilación,
- Centros de Mayores,
- Centros Cívicos,
- Centros Sanitarios,
- Programa de vacaciones,
- Programa de Balnearios,
- Voluntariado (formación de voluntarios),
- Medios de comunicación: programas de radio y televisión y revistas especializadas en mayores,
- Universidades Populares,
- Escuelas de adultos.

“El desarrollo de unos y otros [refiriéndose a estos programas] está suponiendo cambios cualitativos importantes en los principios ideológicos y filosóficos que rigen las políticas sociales de atención a las personas mayores” (Rodríguez y Sancho, 1995; citado por Limón y Crespo, 2002:96). Principios ideológicos y filosóficos que, desde nuestro punto de vista, será necesario revisar y transformar antes de implementar cualquier tipo de política pública, intervención y/o investigación desde el ámbito académico o gubernamental, dirigidas a la atención de los adultos mayores; aceptando que el lugar de su supuesta *vulnerabilidad* es el resultado de diversos procesos de violencia estructural.

¹⁴ Para un desarrollo detallado de cada una de estas alternativas consultar: Limón, M. y Crespo, J.A. “Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores”. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*. España. Núm. 4, 2002. págs. 91-124

REFERENCIAS

Arias, K. "La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: Resituando a los adultos mayores". *Revista perspectivas*, Núm. 18, 2007. Págs. 159 – 171.

Ávila – Funes, J.; Melano- Carranza, E.; et. Al. "Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores". *Salud Pública, México* 2007; Vol. 49(5):367-375.

García, A. "El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México", *Anales de geografía de la Universidad Complutense*. Núm. 23, 2003. Págs. 75 – 102.

Guinsberg, E. (1997) "Violencia/subjetividad/sociedad/medios de difusión"; en *Tiempos de violencia*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco; p. 39 – 59.

Haraway, D. (1991) "Conocimientos situados: La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En D. Haraway *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Madrid 1995: p. 313 – 345.

Hopenhayn, M. (2001) *La vulnerabilidad reinterpretada: asimetrías, cruces y fantasmas*. Presentado en Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe"; Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001.

Limón, M. y Crespo, J.A. "Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores". *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*. España. Núm. 4, 2002. págs. 91-124

Peláez, E.; Torres, V.; et. Al. "Ingresos de los hogares y estado nutricional de adultos en una ciudad intermedia del interior de Argentina". *Revista electrónica Población y salud en Mesoamérica*. Vol. 7; Núm. 2; Enero – junio, 2010. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Salgado, N. y Wong, R. "Género y pobreza: determinantes de la salud en al vejez", *Salud pública de México*. Núm. 49, 2007. Págs. 515 – 521. En <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007001000011>

Welti, C. "Los procesos demográficos en México en la época del neoliberalismo". Ponencia presentada al Seminario General de la Red de Estudios de Población ALFAPOP: *Temas de población latinoamericana*. Bellaterra, 8-12 de febrero, 1999. Págs. 1 – 25.

EN WEB:

Plan Nacional de Desarrollo, "Grupos Vulnerables", Informe 2003, p. 98, en <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=51> (consulta noviembre 2005).

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, 1991. <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html>

“Violencia y maltrato en adultos mayores un problema de salud pública que puede prevenirse”

Omar Barragán Pelcastre

INTRODUCCIÓN

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países.

En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden.

El proceso de envejecimiento biológico de las personas es, hasta el presente, irreversible, y comienza prácticamente desde el nacimiento. El envejecimiento de la población se expresa habitualmente en el aumento de la proporción de personas mayores y en él influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad, si bien las migraciones, por ejemplo, pueden también contribuir. El incremento de ancianos, sin duda, demandará nuevas interrogantes relacionadas con estos y su repercusión en aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales.

Vivimos en un mundo que envejece. En la actualidad más de 600 millones de personas en todo el planeta tienen 60 años o más, y para el 2050 se estima que sea el 22 % de la población total, es decir, casi 2 000 millones de individuos.

Solo 30% de las personas mayores del mundo están cubiertas por regímenes jubilatorios. Por ejemplo, en Europa oriental y en los países de la ex Unión Soviética, el cambio de las economías de planificación a las economías de mercado ha dejado a muchas personas de edad avanzada desprovistas de ingresos jubilatorios y de los servicios de salud y

bienestar social que proporcionaban los regímenes comunistas anteriores. Tanto en las economías de los países en desarrollo como en las de los países desarrollados, muchas veces la población general se ha visto afectada por problemas derivados de las desigualdades estructurales, como son los bajos salarios, la elevada tasa de desempleo, las deficiencias de los servicios de salud, la falta de oportunidades educativas y la discriminación contra la mujer. Todo ello ha contribuido a que los ancianos sean más pobres y vulnerables.

Por otra parte, la duración máxima de la vida humana no se ha podido establecer hasta el momento, aunque algunos científicos la estiman en unos 120 años; pero lo importante no es llegar a esta edad, ni incluso prolongar la existencia, sino poder vivir años libres de discapacidades, un envejecimiento saludable, de modo que seamos sujetos activos hasta el límite de nuestras vidas.

El abuso de ancianos, también denominado maltrato de ancianos, consiste en: <<cualquier caso de abuso o abandono de una persona de 60 años o más por parte de un cuidador u otra persona que tenga una relación que supone confianza y que pone en peligro la salud o la seguridad de dicha persona anciana>>.

Resulta difícil determinar la prevalencia del abuso de ancianos, dado que muchas veces no se denuncia.

Según un informe del Consejo Nacional de Investigaciones (National Research Council) de 2003, se estiman entre 1 millón y 2 millones de casos de abuso y abandono de ancianos en los Estados Unidos, por año.

La falta de autoestima, el considerarse una carga para los hijos y la ignorancia de sus derechos humanos, son las principales causas por las que el adulto mayor no denuncia las agresiones a las que es expuesto, sentenció la cuarta visitadora de la Comisión de los Derechos Humanos en el estado de Coahuila ya que en el primer semestre del año 2011, sólo se han atendido tres casos por abandono.

Los familiares, los hijos adultos o los cónyuges se encuentran implicados en el 90% de los casos de abuso de ancianos. Por lo general, las personas afectadas son los ancianos con deterioro cognitivo o físico, depresión, en soledad o sin apoyo social.

Tanto el abuso de ancianos como el propio abandono en una población de una comunidad residencial están asociados con un aumento del riesgo de muerte.

El maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina “**descuido**”), y que puede ser intencional o no.

Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales.

Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y, sobre todo, del contexto cultural.

Por ejemplo, entre los navajos de los Estados Unidos, el hecho de que los ancianos de la tribu compartieran sus bienes materiales con los miembros de la familia había sido calificado por un investigador ajeno a dicha cultura como explotación económica por parte de esos parientes. Sin embargo, los ancianos en cuestión lo consideraban como un deber cultural, e incluso un verdadero privilegio. En otras tribus indígenas de los Estados Unidos el maltrato de los ancianos se consideraba como un problema comunitario y no individual.

El Maltrato al Anciano emerge como problema social recientemente; ello no significa que el problema no existiera, porque siempre ha existido, pero debido al creciente envejecimiento de la población se han comenzado a presentar signos de alarma social y preocupación, por parte de las Instituciones.

Desplazar a las personas mayores de su posición como jefes del hogar y privarlas de su autonomía en nombre del afecto son normas culturales, aun en los países en los que la familia es la institución básica y el sentimiento de deber filial es fuerte.

Esa "infantilización" y sobreprotección pueden hacer que la persona mayor se sienta aislada, deprimida y desmoralizada y suele considerarse como una forma de maltrato.

En algunas sociedades tradicionales, se abandona a las viudas ancianas y se les quita los bienes. Los ritos de duelo de las viudas en ciertos lugares de África y la India incluyen prácticas que en otras partes del mundo se considerarían crueles, como la violencia sexual, el levirato (la costumbre de obligar al hermano de un hombre que murió sin hijos a casarse con la viuda) y la expulsión del hogar.

El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en nuestra cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. De una u otra manera los viejos son sentidos como estorbos, y como una carga que se debe llevar a cuestas, además de la familia que hay que sostener.

El maltrato se define como la acción única o repetida o falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.

Este se puede presentar en sus diferentes modalidades: Abuso físico, psicológico, sexual o financiero; Negligencia física, psicológica o auto-negligencia. Se toman en cuenta:

- * Maltrato en la familia
- * Maltrato en las Instituciones: Residencias, Hospitales, Centros de salud, Asilos
- * Maltrato en otros lugares: Reparticiones del Estado, Comunidad
- * Maltrato por parte de la pareja: (Otro anciano)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, que aborda la Violencia como un problema de Salud Pública en todo el mundo, refiere que el Maltrato a los Ancianos es uno de los rostros más ocultos de la violencia y que además tiene muchas posibilidades de aumentar, ya que en muchos países la población está envejeciendo rápidamente.

Según la definición de la *Organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido*, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores; "El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor".

A los problemas médicos habituales de los ancianos como son la incontinencia de los esfínteres, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión y la demencia, pudiera adicionarse el maltrato, teniendo en cuenta que es un problema ascendente, cada vez más frecuente en este grupo poblacional.

Los ancianos, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima frecuente de abusos y maltratos por parte de sus cuidadores y personas que conviven con ellos, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar. La *American Medical Association* definió el abuso en 1987 de la siguiente manera: "Todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona anciana".

La violencia es una enfermedad social, cuyo "ingrediente" principal es de orden socio-cultural. Existe una violencia estructural, con características propias de un "menú" con ingredientes sociales infaltables, que son «autóctonos» e innovados con la realidad socio-histórica de cada generación, en cada país o bloque comercial. Que no sólo deja "huellas" en el cuerpo, sino también en el aparato psicológico de quienes la viven, como resultado de episodios repetidos de violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva.

Dentro del entorno familiar hay formas de convivencia y diferentes modalidades de trato. Es allí donde se conjugan la suma de individualidades y don de afecto, en mayor o menor intensidad, entre cada uno de los miembros del grupo, se recicla o se destruye, en relación con la intensidad vínculo construido.

Así la violencia es la moneda social de "libre circulación", donde el maltrato es una de las formas de legitimar esa violencia, a través de los insultos, la violencia verbal y física, que nos anuncia la tragedia social, en la que participan los miembros de la familia, una comunidad o los países.

En casi todos los estudios de los factores de riesgo, el factor comunitario de aislamiento social resulta significativo en el maltrato de los ancianos. Como sucede con las mujeres maltratadas, el aislamiento de las personas de edad puede ser tanto una causa como una consecuencia del maltrato. Muchas veces se procede a aislar a las personas de edad debido a ciertas deficiencias físicas o mentales. Además, la pérdida de amigos y de miembros de la familia reduce las posibilidades de interacción social.

Aunque hasta ahora hay pocas pruebas empíricas sólidas, se considera que los factores sociales son importantes como factores de riesgo en el maltrato de los ancianos, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. En el pasado, generalmente se hacía hincapié en los atributos individuales o interpersonales como posibles factores causales del maltrato de las personas de edad.

En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel subyacente importante. Muchas veces se dice que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, y por ello menos merecedoras que otros grupos de las atenciones que brinda la protección social, e incluso de la atención familiar, y se las ha considerado como blancos fáciles para la explotación.

El abuso físico está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.

El psicológico o emocional es la conducta que causa angustia mental; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación.

El financiero es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador; es como actuar como un ladrón (dinero, cheques de seguridad social, pensiones), o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes).

El abuso por negligencia es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera. La física puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la negligencia emocional incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo solo por largos períodos; y la negligencia financiera se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano.

El abuso sexual está definido como el contacto íntimo no consensual, o la exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento.

Existe también el llamado abuso por negación, que es una conducta del anciano que compromete su salud y seguridad; puede ser ejemplificado por un adulto viejo que rehúsa la necesidad de ayuda en varias actividades diarias.

En la categoría de misceláneos se incluyen otros tipos de abuso como la violación de los derechos de la persona en cuanto a su dignidad y autonomía, el abuso médico y el abandono.

La prevalencia de casos de abuso en el anciano no es fácil de obtener debido a algunos factores como el miedo al desquite, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la incapacidad de responder cuestionarios o la presencia de demencia.

Existen factores biológicos que pueden actuar como "facilitadores" a las distintas formas de agresión, la explicación está en la interacción de la familia, la comunidad y la cultura para actuar como catalizadores sociales en un medio de cultivo socio/histórico en el que emergen.

En el Tercer Milenio debemos aprender a respetar la diversidad, la vida del otro, lo cual es una materia pendiente para dejar atrás el ser prehistórico que aún anida en la mente y el corazón del género humano.

Actualmente disponemos de herramientas –conocimientos- que permiten su detección, evaluación, e intervención en las situaciones de riesgo, en la que pueden estar involucrados los adultos mayores, pero la efectividad de estas herramientas tiene que ver con quien la utiliza (asimetría en la información), como se las utiliza, para que se la utiliza, y posteriormente que sus resultados sean demostrados y validados. A lo que se le debe agregar, que el marco para comprender esta nueva comorbilidad social debe ser amplio y comprensivo.

Los médicos deben estar preparados para preguntar a sus pacientes geriátricos acerca del abuso, mediante cuestionarios simples y directos, aun si los signos están ausentes, preguntándoles de una manera no judicial ni amenazadora, lo cual incrementará la probabilidad de obtener una historia adecuada.

El paciente y la persona que está a cargo de su cuidado deben ser entrevistados juntos y por separado, en ese orden, para detectar disparidad que ofrezca pistas para el diagnóstico de abuso.

Mi "misión" como medico es «hacer visible lo invisible» de todas aquellas causas y síntomas, que están coligados a esta "nueva" enfermedad social. Teniendo en cuenta que lo invisible es sinónimo de desconocido. Desconocer significa no hacerse responsable.

Conocer, por el contrario, implica el reconocimiento de que tenemos responsabilidades por cumplir.

Para hacer «visible» lo «invisible» y poder lograr cambios significativos en nuestras conductas, hace falta mostrar, medir, ocuparse, para poder hacer visible socialmente el Iceberg oculto de la violencia, el abuso, el maltrato y/o trato negligente hacia los ancianos.

Esta enfermedad se ha transformado en el nuevo Jinete de la Apocalipsis de los que envejecen en casa, o en cualquier institución de cuidados para adultos mayores.

En cuanto al abuso físico, el anciano raramente lo resuelve por sí mismo, y es más probable que se intensifique con el tiempo. Los signos de abuso pueden verse abiertamente manifiestos o sutiles, sin embargo, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de cada persona anciana que consulte.

Hay un número de hallazgos clínicos y observaciones, que cuando están presentes, hacen altamente sospechoso el diagnóstico de abuso, y ellos incluyen lesiones múltiples en varios estados de evolución, lesiones inexplicadas, retraso en buscar tratamiento, lesiones con historias inconsistentes, explicaciones contradictorias tomadas del paciente y quien lo cuida, hallazgos de laboratorio que indiquen sobredosis de medicamentos, magulladuras, marcas, laceraciones, quemaduras, enfermedades venéreas o genitales, malnutrición, deshidratación, úlceras de decúbito, pobre higiene, signos de retiro, depresión, agitación o conducta infantil.

Al referirnos a las causas, muchas teorías han sido desarrolladas para intentar explicar la conducta abusiva hacia las personas ancianas, y hay un número de factores psicosociales y culturales involucrados. Las teorías de maltrato al anciano han sido divididas en 4 grandes categorías: deterioro físico y mental del paciente, estrés de quien lo cuida, violencia transgeneracional y psicopatología del abusador.

La mayoría de las investigaciones iniciales sobre el maltrato de los ancianos se limitaban a estudiar el tema en el ámbito doméstico y se llevaron a cabo en los países desarrollados. Para tratar de explicar el maltrato de los ancianos, los investigadores examinaron la bibliografía especializada en psicología, sociología y gerontología y en el estudio de la violencia doméstica.

Para poder tener en cuenta la complejidad de este tema y los diversos factores asociados con él, los investigadores han recurrido al modelo ecológico, que se aplicó por primera vez en el estudio del maltrato y el descuido de los menores, y más recientemente en la del maltrato de los ancianos.

CONCLUSIONES

Hay una persona mayor de 60 años por cada 10 habitantes del planeta, la población mundial envejece a un ritmo más rápido que lo previsto. Y se espera que para el año 2050 una de cada cinco supere esa edad. "Se está gestando un nuevo tipo de "millonarios", que van aumentar con el paso del tiempo. Serán los millonarios de la longevidad, aquellas personas que viven un millón de horas, es decir, 114 años".

Actualmente es difícil encontrar personas tan ancianas, pero seguro que se van a ver cada vez más de aquí al 2050. Por lo que es necesario saber que:

El maltrato no es privativo de clase social desfavorecida.

Puede darse en la familia o en instituciones y los principales implicados son los familiares y cuidadores

No disponemos de una legislación específica de protección de las personas ancianas frente a los abusos, pero se deben notificar los casos de sospecha.

Todo profesional en relación con el anciano debe estar alerta respecto a signos y síntomas de maltrato.

Los propios ancianos deben conocer el problema del maltrato y los recursos sociales existentes para evitar reincidencias o secuelas.

Se necesita realizar mas esfuerzo en investigación sobre el maltrato al anciano.

Se ha comprobado que se produce maltrato de las personas mayores en los establecimientos de atención permanente (como los hogares de ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria) de casi todos los países donde existen este tipo de instituciones.

Son varias las personas que pueden infligir malos tratos: un miembro del personal asalariado, otro residente, un visitante voluntario o los familiares y amigos. Una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando aquel ingresa al sistema de asistencia institucional. A veces, el maltrato continúa en el nuevo ámbito.

La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones es considerable y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes; (los cuales necesariamente deben de diagnosticarse, puntualizarse e intervenir para que no se sigan llevando malas prácticas en el cuidado y atención de los adultos mayores):

- La prestación de la atención: por ejemplo, la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las

deficiencias en la atención de enfermería (por ejemplo la falta de cuidado de las úlceras de decúbito).

- Los problemas del personal: por ejemplo, el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.
- Las condiciones externas: por ejemplo, la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.
- Las políticas institucionales: por ejemplo, las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los ancianos pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de ancianos o de un consejo de familiares de ellos.

Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel protagónico en la difusión pública del problema del maltrato de los ancianos.

Los hospitales necesitan contar con programas de intervención en favor de las personas mayores maltratadas, el personal sanitario puede desempeñar un papel importante en los programas orientados a detectar el maltrato.

Si bien cabe suponer que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, muchos no son capaces de diagnosticar el maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales.

En las salas de urgencias, se tiene que prestar atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de la atención de salud a menudo se sienten más cómodos tratando a los jóvenes que a los ancianos, y muchas veces prestan poca atención a las inquietudes de estos últimos.

Los departamentos de urgencia deben emplear protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores enfocándose en abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos conductuales del maltrato de los ancianos, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso del alcohol o de drogas.

Si un médico u otro trabajador de la salud observa cualquiera de los signos siguientes, deberá dar paso a que el equipo multidisciplinario e incluso interinstitucional investigue la situación del paciente para determinar la posibilidad de que sea víctima de maltrato:

El anciano tarda en solicitar atención médica cuando se lesiona o enferma.

Las explicaciones del anciano o de la persona que lo cuida sobre las lesiones o la enfermedad son vagas o inverosímiles.

Las versiones del paciente y de la persona que lo cuida sobre los antecedentes clínicos son distintas.

Acude frecuentemente a los departamentos de urgencia porque una afección crónica ha empeorado, a pesar de que se ha indicado un plan de atención y el paciente cuenta con los recursos necesarios para cumplirlo en su hogar.

Una persona de edad con deficiencias funcionales llega a la consulta sin que la acompañe la persona que la cuida.

Los resultados de laboratorio no son coherentes con el relato del paciente.

Realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales.

Registrar las redes sociales del paciente, tanto formales como informales.

Indiscutiblemente la educación y la cultura son determinantes en la funcionalidad de una sociedad; sin embargo si estas se dan puntualmente dentro del núcleo de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores y discapacitadas, se vera un fruto mas favorecedor para este grupo que tiene mucho que enseñar a las futuras generaciones.

BIBLIOGRAFIA

1.- Lassonde L. Los desafíos de la demografía. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1997.p.262.

2.- Jackson FIC. Human genetic variation and health: new assessment approaches based on ethnogenetic layering. Brit Med Bull. 2004.

3.- <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/pocas/denuncias> por maltrato a ancianos.

4.- Martínez Fuentes AJ. Siglo XXI: los desafíos del envejecimiento. Un análisis desde la antropología. Revista Biología. 2003.

5.- López Moratalla N. La destrucción de los seres vivos. Biología del envejecimiento. Rev Investigación y Ciencia. Temas 11. 1998:4-8.

6.- Buena Praxis. Primer informe sobre el estado de envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe.

7.- Texto: Lucio Oscar Gonzáles Cuchallo Médico Neurólogo. Hospital Universitario Univalle. Colombia. Diplomado en Geriatria y Gerontología. Profesor Universitario.

8.- American Geriatrics Society. (2002) Geriatrics at Your Fingertips. New York: Blackwell Pub. Co.

9.- Rodríguez M. Leocadio y Solano Jaurrieta, JJ (eds) (2002) Bases de la atención sanitaria al anciano. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid: España.

10.- Kane, R.L., J. Ouslander, I.B. Abrass. (1997) Geriatria Clínica. Publicación especial de PALTEX: Organización Panamericana de la Salud.

El cuidado en el adulto mayor: la aplicación del modelo de atención social individualizado

David López Romero e Ismael Aguillón León¹⁵

Antecedentes

El antecedente histórico de la solidaridad social, se encuentra asociado a múltiples manifestaciones: primero en la época de la antigüedad de ayuda al necesitado, luego al socorro de los pobres prestado a través de las diversas órdenes religiosas hasta llegar a la acción benéfica asistencial y a la filantropía, como formas precursoras de la asistencia social, sin embargo el origen del trabajo social comienza como profesión en el siglo XX con la institucionalización de la enseñanza del servicio social, para intervenir racional y técnicamente con los programas dirigidos a los sectores sociales carentes de recursos económicos suficientes para satisfacer las necesidades básicas.

En este sentido la asistencia social se halla desde las primeras etapas de la humanidad desarrollándose al paralelo de su historia. Pero durante muchos siglos su ejercicio fue sólo la expresión empírica y desorganizada de intereses humanitarios, pues carecía del status jurídico e institucional que le ha otorgado hoy la sociedad. ¹⁶

El principal precursor de la asistencia social organizada en el siglo XVI, fue el filósofo español Juan Luis Vives, quien estableció en el "Tratado del Socorro a los Pobres", una serie de normas y principios para la obra de ayuda al prójimo, que pueden sintetizarse así: Derecho del individuo a una asistencia efectiva y organizada; estudio del caso para establecer un diagnóstico; tratamiento individualizado, medidas prácticas paliativas, curativas y aún preventivas.¹⁷

Estas preocupaciones relacionadas al bienestar de la población, también las encontramos en las obras de San Vicente de Paul, en los escritos de Juan de Medina, así como en los de Martín Lutero, Tomás Chalmers y otros reformadores de la época, quienes señalaron públicamente la necesidad de dar a la "asistencia social" un carácter orgánico, sobre la

¹⁵. Profesores investigadores del Área Académica de Gerontología ICESA y Trabajo Social del ICShu de la UAEH.

¹⁶ Sierra Sela. "Introducción a la Asistencia Social". Buenos Aires, Editorial Hvamanitas. Pág. 21 - 24. 1971

¹⁷ Entre sanos y enfermos López Romero David UAEH. 2012

base de principios preestablecidos. Cabe destacar al respecto la acción desarrollada por muchos pedagogos y educadores, en los aspectos vinculados estrechamente con los principios y finalidades de la “asistencia social”.

Por otra parte la práctica de la Gerontología Social, en el campo de acción se plasma en la operativización a partir de la asistencia social, con una mentalidad en la que se concibe su actuar como un técnico para hacer caridad, para la beneficencia y la filantropía, como un auxiliar del nivel técnico intermedio, útil para ayudar en las acciones del médico y/o abogado. En este campo profesional su objeto de intervención es el sujeto pasivo al que se le “ayuda” a resolver sus carencias y necesidades, dicha práctica contiene un interés técnico – científico para elevar el estatus profesional, donde al Gerontólogo se le dota de una preparación de la materia biológica, psicológica, social y cultural, que no solo explique las contrariedades de la gente como resultado de circunstancias personales, sino que se atienda a estos conflictos también como generadores de problemas sociales; esto significa que no basta el incidir en los trastornos individuales sino que se tiene que intervenir a nivel social, en donde se considere la participación comunitaria, como uno de los ejes para superar los desajustes sociales.

En lo que se refiere a la práctica comunitaria, esta es considerada como una parte medular de la profesión en América Latina, las cuales presentan ciertas características, como es el apoyo profesional a los sectores sociales, desde los niveles de intervención caso, grupo y comunidad, basados especialmente en la permanencia y observación en instituciones u organizaciones.

En un primer nivel de profundidad de la investigación social, se desarrollan estudios exploratorios, descriptivos y diagnósticos situacionales; a través de la observación y visita comunitaria e institucional. Así también, adquiere los conocimientos relacionados con las conductas sociales y patológicas que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades de los individuos.

Paralelamente se conoce el proceso administrativo y la trascendencia que tiene en el diseño, elaboración y ejecución de programas y proyectos sociales para la difusión, organización, participación y promoción de los servicios sociales.

Así también los conocimientos teórico-metodológicos de la Gerontología Social de Casos, (atención individualizada) en los niveles de atención: prevención, atención y rehabilitación desde el enfoque de la investigación y la planeación, mismos que son aplicados en una comunidad. A la par de ello, se le proporcionan los conocimientos sobre los niveles, tipos y dinámica de la comunicación en el proceso de desarrollo del individuo, grupo y comunidad.¹⁸

Cuando el adulto mayor se encuentra limitado por situaciones físicas o de otro orden, requiere de atención, comprensión y cuidado por lo tanto, en el presente trabajo nos abocamos a proponer la guía de estudio de Natalio Kisnerman¹⁹ la cual está considerada adecuada para su aplicación en diversas instancias que trabajen o atiendan a adultos mayores. La guía permite acercarnos a conocer los problemas y necesidades sociales a los cuales se enfrenta el adulto mayor, utilizando como instrumentos el diario de campo, encuesta, observación así como detectar como es que está constituida la institución, sus políticas, lineamientos, y el plan de trabajo que realiza el personal dentro de la misma y lograr un razonamiento metodológico, basado en la reflexión y la crítica encaminada a obtener un diagnóstico, que permita dar pauta a la creación de programas y proyectos que respondan a las necesidades de los residentes al igual que la institución con la finalidad de lograr un impacto y cambio social.

Modelo de Atención individualizada Centrado en la Tarea.

Para dar inicio a la aplicación del modelo de atención a la adulto mayor lo que se hace antes que nada es una investigación con el objetivo de indagar lo más que se pueda de información relacionada al individuos en todos los aspectos de ahí que se elabore una guía de entrevista mixta es primordial para obtener la siguiente información

- Datos generales: Nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento, y lugar de residencia.
- Estructura familia: Familia actual, familia de origen, con quiénes vive (elaborar familograma)
- Estado físico y mental

¹⁸ Meave, Partida Edna edit ENTS UNAM. 1994

¹⁹ Metodología y práctica de trabajo social Kienerman Natalio Edit. Humanitas 1989

- Motivo de solicitud del servicio
- Antecedentes
- Percepción de la situación de conflicto
- De la naturaleza del cambio
- De la naturaleza del problema
- Recursos disponibles

FICHA PREVIA

La ficha previa es considerada como la cédula en la que se consignan ciertos datos de identificación de un individuo o de una familia que es atendida por un profesional o institución de trabajo social

En una investigación social es de suma importancia realizar una ficha previa.- Como toda investigación se inicia con un motivo de estudio que puede equiparse con el planteamiento del problema en el que se expresa el por qué, el cómo, el cuándo, el dónde, y el con quién.

ELEMENTOS QUE DEBE CONSIDERAR LA FICHA PREVIA

- Datos personales (del sujeto)
 1. Nombre y apellidos
 2. Edad, fecha de nacimiento
 3. Nacionalidad
 4. Estado civil
 5. Escolaridad
 6. Ocupación
 7. Domicilio
 8. Medios de transporte
 9. Motivos de la visita

RELATO

El relato son todos aquellos acontecimientos en el que se ve inmerso el cliente o paciente y en ciertas ocasiones el trabajador social, redactados en forma cronológica por parte de éste profesional en el tratamiento de un caso individual en donde se reconoce la importancia de la redacción de historiales, informes, y crónicas como parte de su trabajo, empleando material de estudio así como la evaluación y elementos de la supervisión.

ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA PARA UN RELATO:

- Poseer habilidad para seleccionar información y anotarla oportunamente en su diario de campo o notas que haya tomado
- Organizar bien su material y disponer de él ordenadamente
- Usar lenguaje correcto y adecuado con la justa terminología, y ortografía y sintaxis

INSTRUMENTOS O TÉCNICAS PARA RECOPLIAR INFORMACIÓN

- Observación.
- Entrevista
- Cuestionarios

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

- Contactos directos: observación personal del equipo de evaluación destinada a comprobar la marcha del problema.

Una vez recopilada la información se elabora un del diagnóstico mismo que tiene por objeto señalar los elementos fundamentales y suficientes para sustentar el plan de trabajo.

Un diagnóstico no es definitivo, es un proceso de constantes enriquecimiento y modificación en donde ha de aportar.

- Una correcta y precisa formulación del problema
- La ubicación en el contexto en que tiene lugar el problema
- El análisis de factores causantes del problema en relación circular con el impacto en la causa directa y en otras áreas.
- La previsión de **alteraciones, riesgos y evolución** en el proceso hacia el cambio.
- El señalamiento de recursos humanos, materiales, emocionales, económicos que intervendrán en el proceso.

En el diagnóstico se requiere de **incorporar toda la información obtenida** en el momento de la investigación y **aplicar los referentes teóricos** que sustenten esta parte del conocimiento y comprensión de la realidad del usuario.

Un diagnóstico integral considera la información:

- Socioeconómica
 - Ingresos,
 - Egresos,
 - Miembros que aportan recursos,
 - Condiciones materiales de vivienda,
 - Condiciones generales de salud
 - Escolaridad

- Familiar: momento del ciclo vital, estructura o tipo de familia.
 - Uniparental:** padre o madre soltera + hijos
 - Nuclear o procreativa:** padre + madre + hijos
 - Extensa:** nuclear + abuelos + tíos + otros
 - Compuesta:** padre + madre + hijos + hijos de matrimonio anterior.

Mitos, secretos, rituales...

Dinámica en las relaciones personales entre sus miembros

- Psicosocial: (relaciones con medios y actividades religiosas, deportivas, sociales, artísticas, recreación,...).

Ahora bien, después del diagnóstico se realiza el pronóstico social.

El pronóstico puede ser: (favorable o desfavorable).

PRONÓSTICO FAVORABLE: Augura éxito en el desarrollo del plan de tratamiento del caso.

PRONOSTICO DESFAVORABLE: Este se da cuando los cambios del medio ambiente o las reacciones del cliente sean de manera negativa ante su problema, propiciando el pronóstico desfavorable.

El pronóstico en general deja ver la opinión del trabajador social respecto a las posibilidades, más o menos ventajosas que el caso pueda ofrecer.

Posterior al pronóstico se realiza el plan

Un plan es una idea que significa anticipar, prever qué vamos a hacer, cómo queremos hacerlo, de qué manera debe quedar, qué necesitamos para hacerlo; pero también significa crear las condiciones para asegurar que lo que se hace tendrá éxito.

La idea de planear parte de contar con una base para quien planea,

- Puede dar coherencia y sentido a su trabajo,
- Pueda desarrollar su capacidad de iniciativa y creatividad,
- Tenga en cuenta múltiples aspectos o factores del medio en el que se desenvuelve profesionalmente y en el que se llevará al cabo el plan,
- Tomar decisiones adecuadas dentro de una actividad comprometida hacia los propósitos, objetivos y metas del usuario en el contexto institucional.

El plan se concibe como:

Un instrumento escrito que refleja de manera concreta y cuidadosa lo que se piensa hacer, lo que se lleva al cabo y lo que nos permite valorar la forma en la que se realiza.

La planeación que da sustento a un plan de intervención individualizada debe ser estructural y dinámica, de tal manera que se cuenta con dos planes como lo son:

PLAN TENTATIVO: Tiene carácter exploratorio y experimental, su duración es variable y su duración es variable, de horas a meses. Éste plan se realiza después del diagnóstico inicial y al aplicarlo entramos a un tratamiento inicial.

PLAN DEFINITIVO: Resulta estable y duradero, esto no quiere decir que no se puede interrumpir teniendo que recurrir de nuevo a un plan tentativo que proceda a un cambio de tratamiento.

- ❖ Es estructural porque es un todo organizado en el que cada una de sus partes cumple una función específica a la vez que interactúa y se complementa con las otras. De esta manera se enriquece y se transforma.
- ❖ Es dinámica porque debe tener suficiente flexibilidad como para poder modificarla cuando sea necesario.

Es importante también realizar una promoción social.

Este requiere siempre de una cuidadosa atención por parte del Gerontólogo, como el conocimiento profundo del problema que afecta al sujeto y de los recursos con los que cuenta.

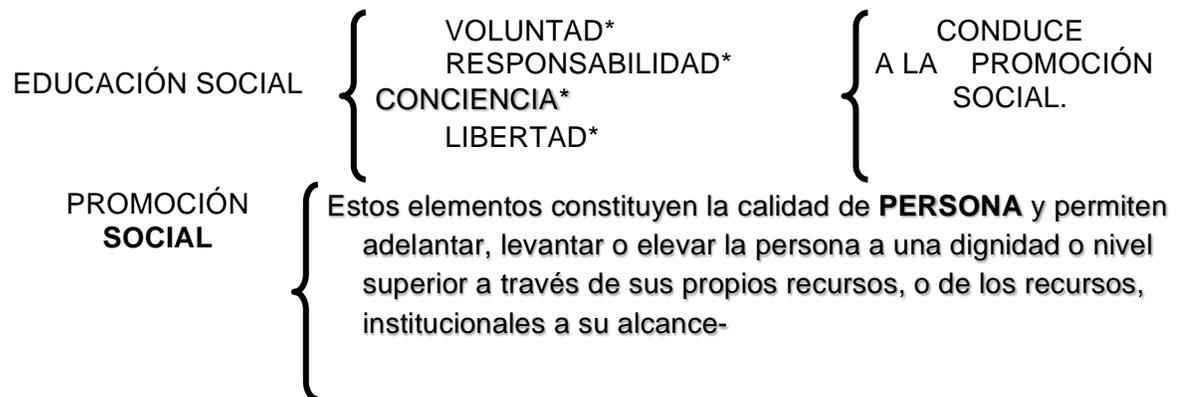
Las funciones del Trabajo Social son:

- ❖ Comprensión profesional del problema
- ❖ Clarificación al sujeto(s) de su problema(s)
- ❖ Dar terapia social de apoyo para construir un plan y tratamiento adecuado con la participación del propio sujeto.
- ❖ Orientación hacia los recursos a su alcance.
- ❖ Es necesario hacer ver al sujeto si observa las características de persona: **RESPONSABILIDAD, CONCIENCIA, LIBERTAD Y VOLUNTAD.**

PROMOCIÓN SOCIAL.

El Gerontólogo tendrá que revitalizar las fuerzas del individuo para transformarlo en persona ya que la integración humana indica que la voluntad será necesaria en todo tipo de promoción social así mismo la presencia de la responsabilidad, la conciencia y la libertad sin estos elementos de integración personal; el ser humano no tiene alternativas de superación a sus problemas de índole social.

Como observamos ambos enfoques son importantes en el tratamiento y podría decirse que ambos benefician al individuo ya que el segundo lo vincula con la Educación Social y el primero lo lleva hacia la Promoción Social.



Recursos personales, Familiares, comunitarios e Institucionales

Los recursos familiares al igual que los individuales son todos aquellos recursos con los que cuenta la familia para hacer frente a la una situación determinada.

Por otra parte **los recursos comunitarios**, son el conjunto de elementos humanos, materiales e institucionales de que dispone y a los que puede recurrir una comunidad para atender sus necesidades y resolver sus problemas

En cuanto a **los recursos institucionales** es considerado por (Ander Egg,1995) como todo medio o elemento institucional disponible para satisfacer una necesidad, resolver un problema o realizar una acción.

TRATAMIENTO

El tratamiento o terapéutica social es la fase de la dinámica activa que se sigue en la elaboración del plan.

FASES DEL TRATAMIENTO:

1.- INCIDENTAL: Comienza por lo general con el primer contacto del trabajador social con el cliente o paciente

2.- DELIBERADA: Con un propósito definido y planeado. Ésta fase es dinámica por excelencia, además de ser la más científica, porque es necesario desarrollar un plan que obedezca al diagnóstico interpretativo de la conducta del cliente de sus posibilidades y de las condiciones favorables o adversas del medio ambiente.

FINES QUE PERSIGUE EL TRATAMIENTO:

1.- Encausar al cliente a fin de que logre el conveniente ajuste a su medio y trate de vencer o atenuar el problema que le provoca una conducta conflictiva.

2.- El objetivo que persigue el Gerontólogo en su trabajo de casos es, por su carácter preventivo; evitar colapsos o derrumbes sociales (hogares que se desintegran, enfermedades que progresan rápidamente, actos delictivos etc.).

FACTORES QUE DEBEN INCLUIRSE EN EL TRATAMIENTO

- La persona misma (el caso)
- Su medio ambiente (compuesto por relaciones colaterales, instituciones afines etc.)
- El cliente y la situación (como un todo individual).

TIPOS DE TRATAMIENTO

DIRECTO: Éste tratamiento adopta dos formas:

- El cliente o paciente recibe ayuda en especie
- El cliente o paciente recibe orientación

INDIRECTO: El paciente recibe el auxilio o beneficio en una forma indirecta, abarcando la orientación y utilización de fuentes colaterales, lo que implica mejorar o cambiar las actitudes de otros elementos ajenos al cliente o paciente, siendo éste indirectamente el que recibe los beneficios.

REGISTRO DE CASOS Y REPORTE

Un registro procesado es aquel en el que la entrevista es registrada en cada una de las actividades que realice el Gerontólogo lo más cercana posible de lo que se expresa verbalmente, incluyendo reacciones significativas del cliente y cambios de humor y de respuestas, intenta captar la comunicación no verbal, la mirada ansiosa o el gesto nervioso.

REPORTE:

Uno de los aspectos operativos más importantes en el estudio social de caso es el reporte.

El reporte quiere decir comunicar parte de la investigación, permite reflexionar acerca de los problemas que presentan los sujetos del caso, además de que se puede elaborar y planear el trabajo.

El reporte sobre esta investigación contiene elementos que son básicos en el tratamiento individual ya que son la fuente de donde se obtuvieron los datos y que son los siguientes:
El mensaje y el destino.

Los requisitos del reporte son los que a continuación se mencionan:

- Comunicar de clara y concisa los datos más significativos
- Reflexionar, que es lo que reportamos, quién es el sujeto del estudio, la actitud del sujeto frente a sus problemas
- Utilizar los términos adecuados
- El reporte debe ser realizado siempre a computadora o maquina sin faltas de ortografía, con una redacción coherente, ubicando perfectamente el tiempo de verbos a emplear, personas, se redactara en tercera persona y el tiempo presente y pasado.
- El redactor debe de ser lo más objetivo posible evitando omitir datos relevantes del cliente y su situación

ESTUDIO SOCIOECONÒMICO

Como parte de la investigación y para conocer más a fondo la situación del cliente o paciente se recurre a al estudio socioeconómico es que se realiza el estudio que puede equiparse con el planteamiento del problema en el que se expresa el porqué, el cómo, el cuándo, el donde y el con quien.

MODELO

En cuanto al modelo podemos hablar que para resolver los problemas de un individuo desde el punto de vista del trabajo socia se requiere movilizar las capacidades del individuo para que se transforme en persona a través de la Educación Social y de su medio para que haga frente a sus problemas, a través del esfuerzo personal y con los recursos institucionales o comunales, a su alcance. Es decir, lograr su Promoción Social lo que implica que el ser humano es capaz de organizarse y movilizarse en la búsqueda de solución a sus necesidades, así como integrarse como persona de ahí la importancia de implementar dicho modelo de atención personalizada hacia el adulto mayor.

Modelo de corta duración: se reelabora a partir del modelo **Problem Solving**.

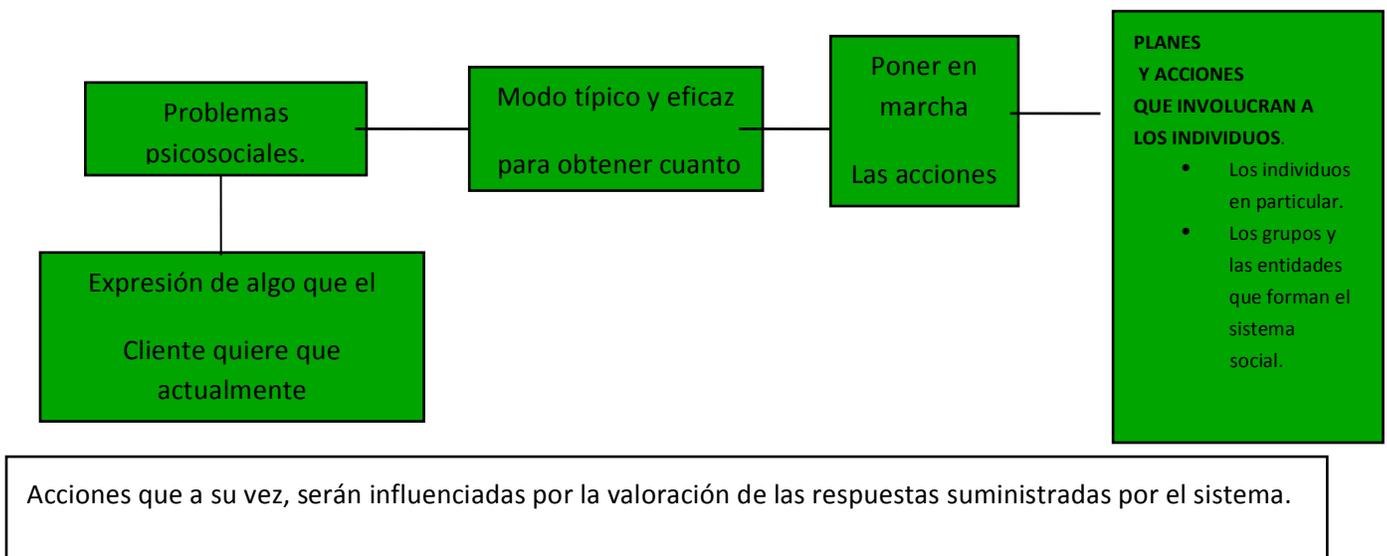
Su idea central es la de tarea, es decir el conjunto de acciones concretas confiadas al usuario que se compromete a realizarlas y hablar de ellas con el asistente social.

EL ROL DEL GERONTOLOGO SOCIAL.

Consiste en ayudar al cliente a poner en marcha los cambios que este desea y los cuales están dispuestos a trabajar.

PROBLEMÁTICAS PARTICULARES Y ESPECÍFICAS.

- Relaciones familiares e interpersonales.
- Desempeño de roles.
- Establecimiento de las relaciones sociales.
- Obtención de los recursos necesarios.
- Enfrentar el sufrimiento emocional que surge como reacción a factores situacionales.



El Modelo Centrado en la Tarea, no trata de afrontar las cosas remotas del problema si no los factores que lo están causando actualmente y dirige la atención a los factores sobre los que el cliente o paciente y el asistente social pueden modificarlos.

Obtiene puntos de aplicabilidad en el texto del Trabajador Social, su concepto fundamental es el de dar Vida a un proceso de aprendizaje Social, más que un proceso terapéutico.

PROCESO QUE SIGUE.

INICIA: Con ayuda dada al usuario en la individualización de “problemas específicos” nacen de la exigencia irrealizadas que definen en términos de condiciones específicas que se necesita de un cambio.

ANALISIS DEL PROBLEMA: Lleva a considerar los tipos de acciones necesarias para resolverlo a pensar qué cosa podría facilitarlos y los obstáculos en que se interponen.

PLAN ESTRATEGICO DE ACCIÓN: Son las que comprende las acciones y tareas que asume el usuario y el trabajador social respectivamente, teniendo como base un contrato estipulado con precisión en función del plan de acción.

AYUDA DEL GERONTOLOGO SOCIAL.

Primero en Decidir juntos acerca de las tareas que se confían a cada uno.

Posteriormente, en el apoyo al usuario para la realización de la propia tarea.

TAREAS ASUMIDAS POR EL GERONTOLOGO SOCIAL.

1. Guardaran relación con el desarrollo y la utilización de los recursos materiales, la influencia y la sensibilización de personas significativas del ambiente del usuario para que puedan convertirse en una ayuda para el usuario mismo.

2. La acción del Trabajador Social: Es un medio para estimular, promover la acción.

3. Debe caracterizarse por la presencia de los elementos de Aceptación, Confianza, comprensión y Estimulo que favorezcan un clima de colaboración y lleven a estimular un contrato recíproco sobre la base del acuerdo y el sostén.

ROLES.

1. Pone en disposición a toda una gama de recursos (incluida la supervisión del operador social mismo).
2. Confiere al asistente social una “autoridad de oficio fundamental en el proceso de asistencia.

FASES DEL PROCESO.

- Especificación del problema.

- Contratación.
- Planificación de la tarea.
- El análisis y la superación de los obstáculos mediante la puesta en marcha por parte del Gerontólogo Social, de una serie de técnicas específicas: El estímulo, consejo o asesoramiento, el juego del rol, la exploración y los métodos de tratamiento cognitivo.
- Experimentación y actividad guiada, el Trabajador Social ayuda al usuario a realizar la propia tarea también a través de la técnica del juego del rol, es decir, de la experimentación preventiva de la tarea por desarrollar, o bien mediante la actividad guiada: seguir y acompañar al usuario cuando por primera vez experimenta el nuevo comportamiento o realiza la acción acordada.
- Revisión de la tarea, los procesos del usuario se controlan siempre al comienzo de cada coloquio o entrevista, y esta revisión sirve para enfocar el plan estratégico.
- Conclusión, el proceso de conclusión comienza ya que en la fase se establece la duración del tratamiento.

Dentro de la institución habrá que resaltar la labor que realiza el Gerontólogo, ya que no tiene una tarea fácil, pues se ve involucrado en todas las áreas y con todos los profesionales e internos estos les permiten diagnosticar, planificar ejecutar, implementar y gestionar, logrando el bienestar en el adulto mayor.

Bibliografía

Ander Egg, Ezequiel. *Introducción al Trabajo Social*. Editorial Magisterio 1995

Hidalgo Jorge. *El envejecimiento: aspectos sociales*. Universidad de Costa Rica, San José. 2001

López, David. *Entre sanos y Enfermos*. UAEH. 2012

Mogaras, Ricardo. *Gerontología Social*. Herder, Madrid. 2004

Sierra, Sela. *Introducción a la Asistencia Social*., Editorial Hvmánitas. Buenos Aires 1971

Kienerman, Natalio. *Metodología y práctica de trabajo social* Edit. Humanitas Buenos Aires 1989

Meave, Edna. *Metodología para el Estudio Social de Casos*, Ediciones Etme. México 1994

Segunda Parte

...Algo para practicar

Alimentación saludable, nutrición y envejecimiento exitoso

*Javier Villanueva Sánchez
Trinidad Lorena Fernández Cortes
Amanda Peña Irecta
Miroslava Porta Lezama
Zuli Calderón Ramos*

Envejecimiento.

En países en desarrollo como el nuestro, se ha observado un incremento acelerado de la población de mayores de 60 añosⁱ. Este aumento de personas mayores, demandará más servicios de salud y beneficios sociales específicos^{ii,iii}. Acorde con este perfil demográfico, nuestro país enfrenta retos transicionales importantes en materia de salud y nutrición. La Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT-2006) aplicada en México, mostró que las personas de 60 años o más tienen: estaturas bajas; prevalencias bajas de desnutrición; y prevalencias altas de: sobrepeso y obesidad, anemia, factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad troncal e hipercolesterolemia. Además de proporciones elevadas de manifestaciones clínicas de hipertensión arterial y de diabetes tipo 2^{iv}.

Las enfermedades prevalentes en la actualidad, están fuertemente ligadas con cambios importantes en el ambiente y conductas. Se ha demostrado que una mayor exposición a estilos de vida occidentales, que incluyen el tabaquismo y el deterioro de los patrones de alimentación y actividad física han tenido como consecuencia la elevación de los niveles de factores de riesgo clave en las ECNT: obesidad, lípidos séricos anormales, hipertensión arterial y niveles de glicemia. En las sociedades antiguas, de recolección y caza, la dieta estaba constituida principalmente de carbohidratos. Con el desarrollo económico la cantidad de grasa, sodio y azúcares añadidos en la dieta se han incrementado, mientras que la cantidad de vegetales y fibra han disminuido^v. Ha ocurrido también un descenso importante en los niveles de actividad física como resultado de cambios profundos en la organización de la sociedad: hay menos labores manuales, las actividades de tiempo libre comprenden menos actividad física y mayor uso de videojuegos, se ha reducido el uso del transporte público, hay más automóviles particulares, tal que se han reducido el caminar y el uso de bicicleta^{vi}.

Impacto del estilo de vida y el envejecimiento

Existen matices en el perfil epidemiológico que representan diferentes retos y oportunidades. En adultos mayores del norte de México, se reportan correlaciones negativas de la actividad física con la grasa corporal y la presión arterial sistólica y diastólica, así como del IMC con la glucemia post carga^{vii}. En personas mayores de 60 años de la zona metropolitana de la Cd. de México, se han encontrado asociaciones del riesgo nutricional con factores biopsicosociales, nutricionales, y funcionales, como: IMC bajo; artrosis; síntomas depresivos; no recibir una jubilación; percepción de no tener el suficiente dinero para vivir; hacer sólo una o dos comidas al día; dificultades para acostarse; y pasear sin ayuda^{viii}.

En concreto, la salud de los adultos mayores es el resultado complejo de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgo conductuales tabaquismo, alcoholismo,

régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y en la participación en el mercado laboral)^{ix}

Alimentación y envejecimiento

El comportamiento alimentario previo y durante la vejez, es uno de los factores ambientales que determinan la calidad de vida de los sujetos^x, y al mismo tiempo, los cambios propios del envejecimiento contribuyen a la modificación de las prácticas alimentarias y por ende el estado de nutrición de los individuos; por lo tanto este tema requiere de especial atención.^{xi}

Cambios en las preferencias alimentarias con la edad

Los adultos mayores se caracterizan por tener hábitos alimentarios sumamente arraigados, sin embargo estos se ven alterados en relación al proceso salud- enfermedad y por modificaciones propias del envejecimiento. Algunas de estas modificaciones que impactan en la alimentación, se describen a continuación:

I. Cambios metabólicos y funcionales:

a) Boca: existe la pérdida de piezas dentales o uso de prótesis mal ajustadas; atrofia ósea maxilar y mandibular; disminución de la masa muscular masticatoria; disminución en la producción de saliva, de ptialina y amilasa salival; disminución del sentido del gusto por la atrofia y disminución de las papilas gustativas; disminución del olfato^{xii,xiii}. A causa de estas modificaciones se optan por el consumo de alimentos de consistencia blanda, restringiendo el consumo de frutas y verduras crudas, de carnes y cereales enteros^{xii}, o bien se someten los alimentos a cocción extrema comprometiendo el aporte nutricional de estos. Las preparaciones “caldosas” son preferidas debido a que contrarrestan los problemas de masticación y en algunos casos los de deglución. En los peores escenarios la variedad de alimentos es sumamente restringida e incluso se opta por omitir tiempos de comidas.

b) Estómago e intestino: el vaciado intestinal se ve retardado; existe una importante disminución en la secreción de ácido gástrico y del factor intrínseco (comprometiendo la absorción del calcio, hierro y la vitamina B12); disminución en la secreción de enzimas pancreáticas, entre otras.^{xiv,xv,xvi}. Lo anterior origina que la sensación de plenitud se alcance con poco volumen de alimento, además la digestión es más lenta, lo anterior aunado a los problemas de mal absorción ponen en riesgo el aporte de nutrimentos y energía que consume el individuo.

c) Incontinencia urinaria o fecal: La cantidad de líquidos que se consumen al día, puede verse restringida cuando se padece incontinencia urinaria tratando de evitar los “accidentes”^{xvii}, o bien debido a la pérdida de la sensación de sed; el consumo de alimentos sólidos también puede verse restringido en el caso de la incontinencia fecal.

II. Dependencia económica: durante esta etapa los ingresos se ven disminuidos o nulos, quedando a expensas de la posibilidad económica familiar, limitando la cantidad, calidad y variedad de los alimentos a los que tiene acceso. La dependencia económica no suele ser exclusivamente en cuestiones alimentarias, sino en cualquiera de sus necesidades.^{xii, xvi,xvi, xviii, xix}

III. Dependencia en la preparación de los alimentos^{xviii}, en institucionalizados o minusválidos, por disminución en la coordinación motriz^{xx}, la abulia^{xxi}, a causa de enfermedades como Alzheimer, Parkinson y demencia senil^{xiii} o simplemente por la tendencia familiar de desplazarlo de esta actividad.

IV. Factores psicológicos^{xxi} como la depresión, que es más frecuente en la vejez y puede desarrollar en los individuos que la padecen, anorexia o hiperorexia^{xii,xx} aumentando su vulnerabilidad de padecer deficiencias o excesos nutricionales.

También existen modificaciones en las preferencias alimentarias que no representan un riesgo para la salud, sino por el contrario. Los temas de salud, calidad de vida y muerte se vuelven de especial interés para los adultos mayores, propiciando el cambio a prácticas más saludables^{xii} que eviten o retarden la aparición de enfermedades o de complicaciones de las que ya se padecen.

Efectos del envejecimiento sobre los sentidos: Textura, Sabor, Olor

La habilidad para percibir la textura de los alimentos en la boca cambia con la edad por varias razones. A partir de la edad de 50 años, la función masticatoria cambia significativamente. También disminuyen, la habilidad para manipular los alimentos en la boca y reconocer las formas (estereognosis oral). Estos problemas son mayores con el uso de prótesis dentales y se ven influenciados por problemas musculares asociados con la mordida, el posicionamiento y masticación del alimento, así como con la disminución en la sensibilidad oral^{xxii}.

Los sentidos del gusto y el olfato están íntimamente relacionados y su combinación produce la sensación de sabor, la disfunción de alguno de ellos repercute en el otro^{xxii}. En los adultos mayores la cantidad mínima de sabor, que debe estar presente en los alimentos para ser detectado, es de más del doble que la de un adulto universitario. Durante el proceso de envejecimiento se pierden papilas gustativas, disminuyendo principalmente la capacidad de percibir lo salado pero conservando en mayor medida la percepción a lo dulce; también se atrofian los receptores olfatorios limitando la capacidad de distinguir olores^{xx}, dando como resultado que el individuo refiera que los alimentos no tienen sabor, pierdan el apetito y el goce por alimentarse^{xiii,xvii} o bien prefieran alimentos sumamente sazonados, aumentando el consumo de grasas, sal y azúcar^{xxiv}. Esta situación no sólo puede comprometer su estado de nutrición, también lo lleva a perder la satisfacción al comer alterando su estado psicológico^{xi}, e incluso lo pone en riesgo de otras situaciones, como la incapacidad de distinguir comidas en estado de descomposición o bien químicos o sustancias que puedan poner en riesgo su salud o vida.^{xxii}. Otros factores que pueden propiciar o agravar la pérdida de estos sentidos son el hábito de fumar y el consumo de alcohol, pobre higiene bucal, alteraciones en la salud bucal, el consumo de algunos medicamentos y enfermedades^{xvii}. Para propiciar que el adulto mayor recupere el apetito, se necesita proporcionar alimentos con sabores y olores más fuertes, servirlos de forma atractiva, colorida y de buena apariencia^{xiii}.

La percepción y respuesta a los estímulos fisiológicos básicos como la sed, el hambre y el sueño se ve disminuida en los adultos mayores alterando su comportamiento alimentario y haciéndolos vulnerables a excesos o deficiencias que ponen en riesgo su estado de nutrición y salud.

Variedad y ambiente

Una sana alimentación en esta edad debe ser promovida en los propios adultos mayores y familiares e incluso en los responsables de alimentarlos en las instituciones, la variedad puede lograrse a través del consumo de alimentos disponibles en el hogar con las modificaciones de textura que se requieran, debe recordarse que la variedad en la compra de alimentos no está determinada por el monto de recursos económicos destinado a ello, con un limitado presupuesto puede comprarse alimentos que proporcionen los requerimientos de los adultos mayores, procurando la compra de alimentos de temporada o de productos de oferta. La soledad, el aislamiento y la depresión repercuten negativamente en las características de la alimentación del adulto mayor por lo que se recomienda que se realicen actividades que los incluyan que los hagan sentirse parte de la familia o bien permitan el desarrollo de sentimientos de amistad en aquellos que están institucionalizados ya sea hacia sus pares o cuidadores, pero nunca dependencia.

El entorno en el momento de alimentarse debe ser agradable, proporcionando el tiempo suficiente para la ingesta de alimentos, procurando la iluminación del lugar^{xiii} facilitando su movilidad y autosuficiencia, además de promover la socialización. En la preparación y presentación de alimentos no hay que olvidar que deben ser servidos con determinada temperatura, textura, olor, sabor y apariencia que estimule al adulto mayor a consumir los alimentos.

Nutrición y envejecimiento.

Con el envejecimiento, las necesidades de nutrimentos aumentan, por lo que la extrapolación de requerimientos establecidos para población adulta no parece lo más adecuado^{xxv}. Actualmente, las evidencias científicas sobre los cambios fisiológicos que ocurren con la edad, y con efecto de plantear recomendaciones nutricionales, se considera apropiado diferenciar dos grupos de edad: de 60 a 69 años, y más de 70 años^{xxvi}. Estudios de nutrición en adultos mayores de México describen una ingesta energética entre 1350 y 1800 kcal, en la que sólo el 7.4% de las mujeres y el 8.7% de los hombres alcanzan una ingestión de energía igual o mayor a la recomendación (IDR) para este grupo de edad^{xxvii}. Por otro lado, aunque con el envejecimiento disminuyen las necesidades de energía, no sucede lo mismo con vitaminas y minerales, las cuales aumentan^{xxviii}. Por ello, se sugiere que los adultos mayores deben ingerir dietas con menor cantidad de energía y alta densidad en nutrimentos como proteínas, vitaminas y nutrimentos inorgánicos^{xxix}. Factores ligados al proceso de envejecimiento^{xxx} que contribuyen al desarrollo de deficiencias nutricionales en adultos mayores se muestran en la Figura 1.

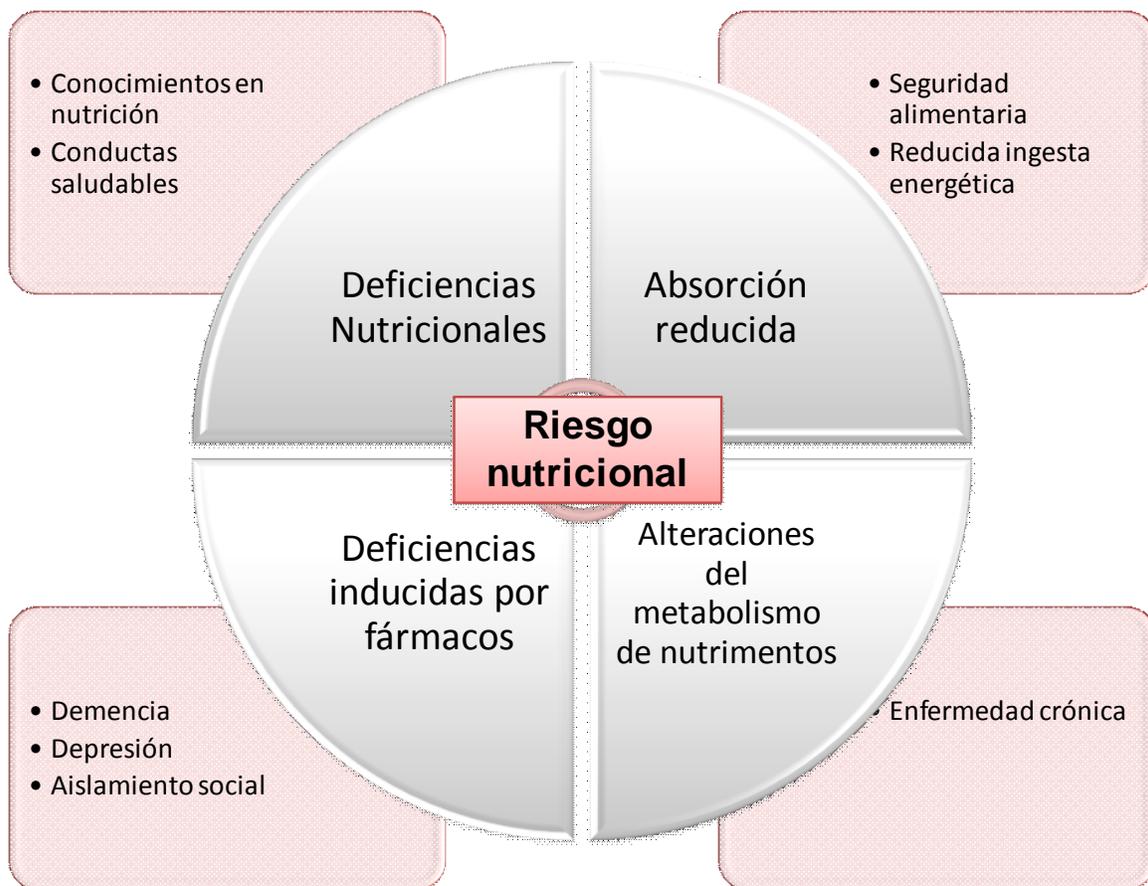


Figura 1. Factores que afectan el estado de nutrición de adultos mayores.

La desnutrición en un extremo, es un factor de riesgo de diversas enfermedades, aumenta el riesgo de hospitalización o institucionalización, conduce a una mayor susceptibilidad a infecciones, mala cicatrización de heridas, anorexia, menor calidad de vida, deterioro de la capacidad funcional, aumento de los recursos sanitarios y finalmente, mortalidad^{xxxii}. El sobrepeso u obesidad, condiciones no suficientemente estudiadas en nuestro entorno, condicionan riesgos mayores asociados a ECNT que aumentan la vulnerabilidad e incrementan la fragilidad, lo que los hace más vulnerables a factores estresores, tanto internos como externos, acortando y deteriorando la calidad de vida^{xxxiii}.

Nutrición y envejecimiento exitoso

Las estrategias nutricionales clave para incrementar la longevidad y reducir el riesgo de las enfermedades crónicas comunes incluyen la optimización del peso corporal, atención especial en la ingestión de algunos nutrientes, consumo de alimentos funcionales, y el mejoramiento o corrección de los patrones de la ingesta dietaria.^{xxxiii}

La alimentación es un componente esencial de la calidad de vida, una alimentación inaceptable o desagradable puede conducir a la baja ingestión de alimentos sólidos y líquidos y con ello provocar deficiencias de vitaminas y minerales,^{xxxiv} así como desnutrición y otros efectos negativos para la salud,^{xxxv} además de que los medicamentos

pueden afectar la absorción de vitaminas y también pueden interferir con el metabolismo hepático, causando la eliminación de vitaminas.^{xxxiv} En cuanto al patrón dietario, existe evidencia de que una dieta variada en los adultos mayores que incluya frutas, verduras, granos enteros, oleaginosas, aceite de pescado, leche baja en grasa y productos bajos en grasa, provee diversos beneficios, incluida la función cognitiva.^{xxxvi}

El alto consumo de ciertos alimentos (vinagretas para ensalada, oleaginosas, pescado, jitomates, vegetales crucíferos, frutas, carne de ave, verduras de hoja verde claro y verde oscuro) y la disminución de otros (carne roja, mantequilla, leche entera, vísceras) pueden tener un papel protector contra el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer;^{xxxvii} en el mismo sentido, se ha demostrado que la adherencia a una dieta saludable, como la mediterránea (dieta alta en frutas, vegetales, legumbres, granos enteros, pescado y grasas saludables), disminuye la incidencia y mortalidad por esa misma enfermedad.^{xxxvi}

Por otro lado, la posición de la Asociación Americana de Dietética (ADA por sus siglas en inglés), afirma que la restricción de sodio, colesterol, grasa, y/o hidratos de carbono en adultos mayores, no ha demostrado beneficios contundentes, por lo que resulta necesario evaluar en cada caso el riesgo versus beneficio de una dieta terapéutica.^{xxxv} Al individualizar las dietas menos restrictivas será posible mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de los adultos mayores, particularmente aquellos con pobre ingestión de líquidos y sólidos o con pérdida involuntaria de peso.^{xxxv}

Ingestión de nutrimentos clave

Proteínas

La ingestión adecuada de proteínas es necesaria para mantener la masa muscular y ósea.^{xxxiii} La anorexia del envejecimiento es considerada como un factor de riesgo importante en el desarrollo y progresión de la sarcopenia, por lo que la atención sobre la ingestión de proteína es clave como estrategia de intervención.^{xxxviii}

La preservación de la masa muscular no debe traducirse directamente como el mejoramiento de la función muscular, sin embargo, sugerir una adecuada ingestión de proteína es solamente una estrategia parcial para el tratamiento de la sarcopenia.^{xxxiii}

La recomendación diaria de ingerir 0.8 g/kg puede no ser adecuada para el mantenimiento de la masa muscular de adultos que tienen entre 55 y 77 años de edad, y recomendaciones excesivas de 1g/kg pueden ser necesarias para retardar la pérdida de masa muscular con la edad,^{xxxiii} incluso la ingestión diaria de 1.2-1.5 g/kg de proteína se ha reportado como adecuada en términos de salud y funcionalidad^{xxxiv} y para prevenir la sarcopenia.^{xxxviii}

Maximizar la ingestión de carne puede ayudar a prevenir la desnutrición y la pérdida involuntaria de peso y las complicaciones adicionales que conllevan.^{xxxv} Es más importante ingerir cantidades suficientes de proteína de alta calidad (25-30 g) en cada comida, más que ingerir todo el requerimiento en una sola toma, debido a que más de 30 g en una sola comida puede no estimular la síntesis de proteína muscular.^{xxxviii} Los

aminoácidos esenciales son los principales responsables de la estimulación del anabolismo de la proteína muscular en adultos mayores sanos.^{xxxviii} La leucina es el aminoácido que incrementa el anabolismo de la proteína y disminuye el rompimiento protéico.^{xxxviii} Los suplementos sin una cantidad adecuada de leucina no estimulan la síntesis de proteína.^{xxxviii} Alimentos ricos en leucina son el frijol de soya, frijol chino, y productos de origen animal como carne y pescado.^{xxxviii}

Lípidos

La recomendación de reemplazar ácidos grasos saturados por ácidos grasos poliinsaturados ha demostrado ser mejor que otro tipo de sustituciones para prevenir enfermedad coronaria.^{xxxiii} Se ha sugerido que la grasa dietaria alta es un factor de riesgo para presentar enfermedad de Alzheimer.^{xxxiii}

Los ácidos grasos omega 3, cuya fuente principal es el aceite de pescado, han demostrado ser benéficos para la salud cardiovascular y para reducir el riesgo de muerte cardíaca súbita. También se sugiere que influyen en la función cerebral, incrementan la capacidad cognitiva y la salud mental a través de la función neuronal, la plasticidad sináptica y la neurogénesis adulta.^{xxxv}

Micronutrientes (Minerales)

El sodio, potasio, calcio y magnesio, juegan un rol relevante en la conservación de la salud y la prevención de enfermedades crónicas. Debido a que la hipertensión es el principal factor de riesgo para el accidente cerebrovascular, la reducción de la ingestión de sal es una meta importante para prevenirlo.^{xxxiii} El incremento de la tensión arterial relacionado con la edad, rara vez se ha observado en los lugares donde el consumo es menor de 100 mmol de sodio por día.^{xxxiii} La prevalencia de hipertensión es alta en sociedades con alta ingestión de sal y la reducción del consumo de sal, reduce la tensión arterial.^{xxxiii}

La reducción a 83 mmol de sal por día está asociada a la reducción de 7.2 mmHg en la tensión arterial sistólica y 3.2 mmHg en la tensión arterial diastólica, tanto en sujetos normotensos como hipertensos.^{xxxiii} El efecto adverso de la ingestión de sal sobre la tensión arterial, puede contrarrestarse con el incremento de la ingestión de potasio y magnesio.^{xxxiii} Además del efecto adverso sobre la tensión arterial, la ingestión elevada de sal puede incrementar el riesgo de osteoporosis a través del incremento obligatorio de la excreción urinaria de calcio.^{xxxiii} La ingestión adecuada de calcio es importante para reducir el riesgo de osteoporosis, la ingesta diaria recomendada de calcio para adultos mayores es de 800 mg por día.^{xxxiii}

Micronutrientes (Vitaminas)

Las vitaminas antioxidantes tienen un posible papel en la preservación de la función cognitiva y la prevención de la enfermedad de Alzheimer.^{xxxiii} La deficiencia de vitamina B₁₂ es un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y daño cognitivo.^{xxxiii} Se ha demostrado que la vitamina C y otros antioxidantes promueven la salud vascular.^{xxxviii} La vitamina D está involucrada en procesos fisiológicos, tales como la función muscular, la salud cardiovascular, ósea y dental, así como la prevención de cáncer colorectal, y la disminución del riesgo de caídas y fracturas.^{xxxiii,xxxviii} También existe asociación de la vitamina D con la salud psicológica

como depresión y baja función cognitiva, aunque la evidencia no es contundente.^{xxxiii} Por otro lado, las vitaminas B₆, B₁₂ y folatos son necesarias para el metabolismo de la homocisteína.^{xxxiii}

El nivel bajo de vitamina B y niveles elevados de homocisteína están ligados a patomecanismos de demencia y también se han observado en pacientes con enfermedad de Parkinson, especialmente en aquellos que reciben levodopa.^{xxxiii} Se sugiere un posible papel de la suplementación con folatos en la depresión y la demencia, aunque la evidencia no es contundente, ha mostrado su efecto en la mejora de la memoria, y rápido procesamiento sensor y motor.^{xxxiii}

Con el avance de la edad, la piel no puede sintetizar la vitamina D eficientemente y los riñones son menos capaces de convertir la vitamina D a su forma activa.^{xxxviii} Niveles séricos menores de 50 nmol/L de 25 hidroxivitamina D se consideran insuficientes, y menores de 25 nmol/L se consideran deficientes.^{xxxiii} Concentraciones entre 70 y 80 nmol/L de 25 hidroxivitamina D se consideran como suficiente para pronósticos saludables, aunque son mejores los niveles entre 90 y 150 nmol/L.^{xxxiii} La suplementación con vitamina D es la única estrategia efectiva de alcanzar niveles sanguíneos adecuados de vitamina D, debido a que su contenido en los alimentos es bajo.^{xxxiii} Salmón, atún, jurel, y otros pescados son buena fuente de vitamina D; en cantidades pequeñas se pueden encontrar en hígado, queso y yema de huevo.^{xxxviii} La exposición al sol no es una estrategia segura para la síntesis de vitamina D, debido a que depende de la latitud geográfica, la hora del día, la nubosidad, el contenido de melanina en la piel y el uso de cremas.^{xxxviii}

En México, la anemia en los adultos mayores es altamente prevalente,^{xxxix} en especial la ferropénica por lo que debe considerarse dentro de la evaluación nutricional y su respectiva suplementación, dado el caso.

La ingestión insuficiente de folatos a través de la dieta es común en la vejez, esa deficiencia puede causar anemia macrocítica e incrementar los niveles de homocisteína, y está asociada con el incremento del riesgo de cáncer colorrectal, posiblemente con cáncer cervical, discapacidad y depresión.^{xxxiv} Los folatos están presentes en el jugo de naranja, vegetales de hojas verde oscuro, oleaginosas, fresas, frijoles, chícharos y espárragos, entre otros.

Sin embargo, no debe dejar de considerarse a los alimentos como fuente idónea de antioxidantes, otras vitaminas, minerales y fibra.^{xxxviii} Los alimentos ricos en antioxidantes son todos los tipos de frijoles, papas rojas, fresas, moras, arándanos, ciruelas, manzanas, cerezas, ciruelas pasas y nueces.^{xxxviii}

En cuanto a la vitamina B₁₂, la evidencia de la asociación de anemia y concentraciones subnormales de esa vitamina en adultos mayores es limitada e inconclusa, por lo que no puede decirse contundentemente que su deficiencia sea un factor de riesgo para desarrollar anemia en este grupo de edad,^{xi} sin embargo, esa falta de evidencia no implica que los pacientes con anemia perniciosa o la malabsorción de vitamina B₁₂ contenida en los alimentos relacionada con la edad, no se verán beneficiados con su suplementación.^{xi} El consumo de 5 raciones de frutas y verduras al día puede proporcionar niveles de vitamina C por arriba de los 60 mmol/L y está asociado con una diferencia de 4 veces en la mortalidad entre los 40 y 79 años de edad.^{xxxiii} Los alimentos ricos en fitoquímicos que

se encuentran en frutas cítricas, manzanas, fresas, moras, arándanos, tienen efecto benéfico sobre la neurodegeneración, que no está mediada por la acción antioxidativa sino por la habilidad para proteger a neuronas vulnerables, incrementar la función neuronal, estimular el flujo sanguíneo cerebral, e inducir la neurogénesis.^{xxxiii}

Tabla 1. Ingestión diaria recomendada e ingestión diaria sugerida de vitaminas para población mexicana de adultos mayores.^{xii}

Vitaminas			Minerales		
Nutrimento	Edad (años)		Nutrimento	Edad (años)	
	51 a 70	> 70		51 a 70	> 70
Vitamina A (mcg equivalentes de retinol)	570	Sin información suficiente	Calcio (mg)	1200	1200
Vitamina D (mcg)	10	15	Cobre (mcg)	750	750
Vitamina E (mg)	13	13	Cromo (mcg)	18	18
Vitamina K (mcg)	75	75	Fósforo (mg)	700	700
Tiamina (mg)	0.9	0.9	Flúor (mg)	2.40	2.35
Riboflavina (mg)	0.9	0.9	Hierro (mg)	12	12
Piridoxina (mg)	1.3	1.3	Magnesio (mg)	260	260
Niacina (mg)	12	12	Selenio (mcg)	48	48
Vitamina B₁₂ (mcg)	3.6	3.6	Yodo (mcg)	125	125
Ácido fólico (mcg de equivalente de folato)	460	460	Zinc (mg)	11	Sin información suficiente
Vitamina C (mg)	75	70			
Ácido pantoténico (mg)	5	5			

Líquidos

En la vejez se es más susceptible a desarrollar problemas en el balance de líquidos y electrolítico, debido a alteraciones fisiológicas renales y alteración de la sensibilidad de la sed. Se ha demostrado que los adultos mayores no consumen cantidades adecuadas de líquidos para mantener concentraciones electrolíticas ideales en plasma. La alteración del balance hídrico y electrolítico además de los mencionados puede deberse a la discapacidad física, daño cognitivo y consumo de algunos medicamentos.^{xxxiv}

Actividad física

Si hablamos de envejecimiento exitoso, es fundamental que se promuevan estilos de vida saludable como lo es la Actividad Física (AF). La AF es algo que parece sencillo de realizar pero que no muchas personas tienen la decisión de hacerlo, ya que en la mayoría de los casos se ponen una infinidad de justificaciones que van promoviendo u originando un estilo de vida sedentario que es poco favorable para lograr una vejez con éxito.^{xlii}

A medida que van pasando los años en el ciclo de la vida se va generando un deterioro celular, deterioro que se maximiza o se minimiza por el adecuado aprovechamiento de los nutrientes que aporta la alimentación y por el estilo de vida que se profesa en etapas jóvenes de dicho ciclo. De ahí la importancia de estilos de vida positivos en la población joven y adulta que permitan iniciar y mantener un proceso del envejecimiento exitoso. Sin embargo es común en muchos adultos mayores situaciones como la desnutrición, la

Por actividad física se entiende que es cualquier movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo.

Argumentos para recomendar la actividad física a las personas mayores:

§ **Especificidad.** La masa ósea expuesta a la actividad física es la que recibe los beneficios. Éstos, a su vez, dependen de la edad, la condición hormonal, el estado nutricional y el tipo de actividad física que cada adulto mayor quiera y pueda realizar.

§ **Frecuencia.** Los efectos positivos se presentan en la medida en que la actividad física se practique con regularidad y por periodos prolongados.

§ **Reversibilidad.** Los efectos protectores del ejercicio sobre la osteoporosis se pierden si se suspende en definitiva la actividad física. Por el contrario, si se realiza al menos una vez a la semana los efectos se conservan.

§ **Dieta incorrecta y ejercicio excesivo.** Las deficiencias de calcio y otros nutrientes, así como rutinas excesivas, limitan los efectos protectores que proporciona la actividad física^{xliii} |Error! Marcador no

depresión y la osteoporosis puedan persuadir a la inactividad física^{xliii xliv}.

La osteoporosis suele definirse como una reducción de la masa mineral ósea que resulta en disminución de la resistencia ósea e incremento de la susceptibilidad a fracturas con traumatismos leves o moderados. Uno de los factores que participan en la aparición de esta patología es el del sedentarismo. Una parte de la disminución de la densidad ósea que acompaña al avance de la edad puede deberse a la disminución de los niveles de actividad física en fases tardías de la vida. Se sabe que actividades vigorosas y de alto impacto en hombre jóvenes y mujeres antes de la menopausia incrementan la masa ósea y que la realización de actividad física en individuos de mayor edad que han sido sedentarios puede incrementar la densidad ósea o bien disminuir la velocidad de su pérdida^{xliv}.

La actividad aeróbica y los ejercicios de fortalecimiento muscular se relacionan con incremento y mantenimiento de la densidad ósea, sobre todo en sitios esqueléticos que reciben tensión directa a través de la ejercitación. Para las mujeres posmenopáusicas se recomiendan ejercicios aeróbicos durante 20 minutos 3 veces por semana junto con ejercicios de fortalecimiento muscular para estabilizar la densidad ósea. La actividad física en este grupo también mejora la función muscular y puede participar en el descenso de la fragilidad que tienen a sufrir fracturas secundarias a alguna caída^{xlii,xliv}.

El ejercicio es una actividad física que es planeada, estructurada, repetitiva y que tiene un propósito. Este propósito dependerá de los factores protectores o de riesgo que quiera aumentar o disminuir la persona dispuesta a realizar ejercicio y el profesional de la salud conlleva la responsabilidad de saber qué es ó qué recomienda: ¿ejercicio o actividad física?

Un punto clave en la realización de cualquier tipo de ejercicio es la condición física, que se logra o se adquiere cuando la composición corporal, la fuerza muscular, la flexibilidad de las extremidades y la capacidad cardiorrespiratoria (condición aeróbica) alcanzan su nivel óptimo y permiten que el individuo se mantenga físicamente activo^{xlii}. Es por eso que la condición física juega un papel vital en la recomendación para realizar un ejercicio con un grupo de personas con características similares; por ejemplo, no se puede recomendar el mismo ejercicio a adultos de 65 años con una complicación ósea y a un grupo de adultos de 65 años con una vejez y con una condición física óptima. Actualmente se sabe de los numerosos efectos positivos de la actividad física sobre la salud, tanto por sus efectos protectores y preventivos como por su utilización en el tratamiento de algunas enfermedades^{xliii}.

La mortalidad general es menor en personas que son activas, la actividad física moderada y los ejercicios de resistencia disminuyen la tensión arterial, el ejercicio de entrenamiento y moderado aumenta las lipoproteínas de alta densidad (LAD) lo que trae consigo un efecto cardioprotector. La actividad física promueve un mayor flujo sanguíneo coronario, mejorando el intercambio de oxígeno y aumentando el diámetro de las arterias coronarias. La actividad física previene la osteoporosis mediante 3 mecanismos: a) favorece el pico de la masa ósea durante las tres primeras décadas de vida, b) mantiene el pico óseo durante la tercera década y c) previene la pérdida de masa ósea a partir de la cuarta y quinta décadas de vida. Sobre la diabetes tipo 2 tiene un efecto protector mejorando el control de la enfermedad. Además la actividad física promueve la pérdida de grasa corporal al tiempo que preserva la masa muscular^{xlii,xlvi}.

La promoción de la actividad física y del ejercicio son aspectos en los que el sector salud debe enfatizar para lograr tener un impacto benéfico para la población, pero cabe destacar que no solo depende del sector salud la aceptación para su realización sino que ésta dependerá de cada persona y de cada institución en la que se encuentre estudiando, laborando o habitando^{xliii}. Para el mejoramiento de la actividad física o la realización de ejercicio los adultos mayores tendrán que asesorarse por profesionales en la materia de actividad física y ejercicio, esto con la finalidad de preservar, rehabilitar o mejorar su estado de salud o condición física y no poner en riesgo su estado funcional. El estado de nutrición, la dependencia de algún familiar para realizar sus actividades, la fragilidad, factores de riesgo como osteoporosis y tabaquismo, entre otros, son aspectos y factores que tienen que contemplar tanto el profesional de la salud, la persona que cuida al adulto mayor y el mismo adulto mayor, cada vez que vaya a realizar algún tipo de ejercicio^{xliii,xlv}.

Valoración del riesgo nutricio en el adulto mayor

Evaluación Global Subjetiva y Calidad de la Dieta

La nutrición es un importante determinante del envejecimiento exitoso por su potencial para modular la transición de vulnerabilidad a fragilidad y dependencia. Los factores

nutricionales están estrechamente relacionados con el desarrollo y la evolución de la fragilidad en el envejecimiento individual.

La desnutrición es el principal factor de riesgo nutricional asociado a la mortalidad. Se vincula por lo regular con la pérdida de peso no intencional, que se ha reportado como la principal causa de la disminución funcional. La prevalencia de desnutrición en hospitales y asilos es muy elevada y va aparejada con depresión, infecciones, sarcopenia, fragilidad, caídas, fracturas, pérdida de la autonomía y por ende un incremento en la mortalidad. Por desgracia, en muchas instituciones prevalece la negligencia para evaluar el estado de nutrición de las personas en edad de senectud e incluso se ha reportado que pacientes con desnutrición empeoran durante su estancia en los hospitales^{xlv}.

Existe una herramienta que permite a los profesionales clínicos llevar a cabo una intervención temprana para proporcionar el apoyo nutricional adecuado, evitar un mayor deterioro funcional y mejorar los resultados adyacentes al tratamiento que tenga prescrito el adulto mayor, y esa herramienta es conocida como el Mini Nutritional Assessment (MNA®), que es una herramienta y un método de detección y evaluación que puede usarse para identificar a pacientes de edad avanzada con riesgo de desnutrición.

En la evaluación mínima del estado de nutrición (MNA®), la puntuación se obtiene mediante factores nutrimentales positivos, de manera que se forman tres categorías:

- **Alta: indica un buen estado de nutrición (≥ 24 puntos).**
- **Intermedia: indica riesgo nutricional (17- 23.5 puntos).**
- **Baja: indica desnutrición (<17 puntos).**

Se trata de un procedimiento constituido por mediciones antropométricas simples y preguntas cortas, que se pueden responder en un lapso aproximado de 10 minutos. Incluye apartados de evaluación antropométrica, general, dietética y de auto percepción del individuo en relación con su salud y nutrición. La calificación que se obtiene en cada apartado permite distinguir a los adultos mayores con una nutrición adecuada de aquellos que estén en

riesgo de desnutrición o que ya se encuentren desnutridos^{xlvii}.

Otro instrumento creado y validado por investigadores Canadienses conocido como Elderly Nutrition Screening (ENS por sus siglas en inglés), permite determinar riesgos y con ello hacer una oportuna intervención. Este instrumento evalúa aspectos relacionados con el consumo dietético, como son la compra o adquisición y preparación y consumo de alimentos, los cuales afectan negativamente al consumo de energía y nutrientes. Evalúa el consumo de energía y proteínas y el peso corporal del sujeto, lo que permite clasificar el nivel de riesgo y realizar las recomendaciones apropiadas. Es confiable y válido para detectar riesgos nutricionales en los adultos mayores en asilos o residencias^{xlviii}.

Envejecimiento Activo

Víctor Hugo Flores Canales

En el mundo, así como en nuestro país, la proporción de personas mayores asciende más apresuradamente que cualquier otro grupo social. La esperanza de vida aumenta cada vez más permitiendo, llegar actualmente a los hombres a 72 años y en el caso de las mujeres a 78 años, lo que significa el envejecimiento global de la población mexicana

En nuestra sociedad el envejecimiento puede considerarse por un lado un avance y por el otro un gran desafío, pues supone una mayor exigencia social y económica. De todas maneras, lo más importante, el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida es la calidad de vida de los mayores, que les va a permitir mantener la actividad y la independencia: como vivir los años “extra” y como disfrutarlos.

¿Qué es el envejecimiento activo?

El envejecimiento activo es 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 envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en el sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones.

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, e incluyendo a aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. El término “Salud” se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por lo tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física.

Mantener la autonomía y la independencia es uno de las metas primordiales que se buscan a medida que se envejece para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo.

La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios. Pero siempre respetando las expectativas, satisfacciones personales del individuo.

El término «envejecimiento activo» fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con la intención de dar a conocer en la población un «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en necesidades” a otro “basado en los derechos”, que reconocer los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que

envejecen, y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto a corto como a largo plazo no solo por un sector de la población, sino por la sociedad como por los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores. La sociedad debe apoyar una “cultura del envejecimiento activo y saludable” que permita que los mayores:

- Sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas
- Necesiten una atención sanitaria y social menor.
- No padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y una buena calidad de vida.
- Sigam participando en el ámbito económico, social, cultural y político, tanto a través de trabajos remunerados como de colaboraciones sin remunerar.

Factores clave para el envejecimiento activo: qué debería hacer la sociedad por y para los mayores.

Para lograr una “cultura del envejecimiento activo” es necesaria la interacción de factores de índole sanitaria, económica del entorno físico, personales, psicológicos, conductuales e incluso sociales. Para el fomento del envejecimiento activo, los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, estableciendo programas de educación nutricional y de salud bucal y programas de ejercicio para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza. Estos programas permitirán evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores “informales” y los cuidadores profesionales. Hay que indicar que a los cuidadores “informales”, en su mayoría mujeres, se les debería prestar atención especial por el riesgo elevado de que caigan enfermos apoyándoles con formación, asistencia temporal y/o ayudas económicas

Dentro de los factores económicos inciden los ingresos, el trabajo y la protección social:

Ingresos: Respecto a los ingresos, las personas que más preocupan son aquellas que

viven solas, sin hijos ni familiares, pues el riesgo de llegar a la indigencia es mayor. Asimismo, hay que prestar especial atención a los mayores que viven en el medio rural ya que de entrada sufren un mayor aislamiento que los que viven en un medio urbano.

Terreno laboral: En el terreno laboral, es necesario apoyar la contribución activa y productiva de los mayores, tanto en trabajos remunerados como sin remunerar (el hogar, el cuidado de niños o de otros mayores) y en labores de voluntariado (en colegios, comunidades, organizaciones públicas, museos y empresas, privadas).

Estas actividades mantienen aumentan sus contactos sociales y su bienestar mental, a la vez que hacen que se sientan reconfortados por su contribución a la sociedad. También se puede apoyar esta área con programas de jubilaciones graduales o parciales.

Protección social: Respecto a la protección social, la familia sigue siendo el principal apoyo de los mayores. De todas formas, debido al cambio actual en la estructura familiar por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es necesaria una mayor protección social y pública para evitar la soledad y la mayor vulnerabilidad.

El medio físico: Que el medio físico tenga en cuenta a los mayores puede ser determinante en el hecho de que dichas personas sean dependientes o independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor sea física y socialmente activa si puede ir a pasear con seguridad en parques bien iluminados y acceder al transporte local con facilidad.

Las personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas salen menos de casa y, por tanto, son más propensas al aislamiento y a la depresión, así como a que su estado físico sea peor y tener más problemas de movilidad.

Respecto a las viviendas, una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los mayores. Se podría potenciar el desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda, como viviendas compartidas o tuteladas que favorezcan el desarrollo individual y social, evitando a la vez el aislamiento.

La biología, la genética y la capacidad de adaptación

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 30 años que no se mantiene en forma.

Durante el proceso de envejecimiento capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria, disminuyen de forma natural. Sin embargo, esto puede compensarse con un incremento de la sabiduría, de los conocimientos y de la experiencia. Es más frecuente que la falta de actividad práctica la falta de motivación y de confianza, el aislamiento y la depresión, sean causa de la disminución del rendimiento cognitivo que el envejecimiento en sí mismo.

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como la cardiopatía, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres varía considerablemente de persona a persona. En general, no padecer enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual, de la herencia genética, de la conducta personal, de la adaptación a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico. Las personas mayores que se adaptan bien tienden a tener un autocontrol y una actitud positiva y están convencidos de alcanzar metas.

Factores conductuales

Sobre los factores conductuales, uno de los mitos sobre el envejecimiento gira sobre la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde pero no es así. Realizar una actividad física adecuada evitando la vida sedentaria llevar una alimentación sana, no fumar, el consumo prudente de alcohol y el uso correcto de los medicamentos en la vejez, pueden evitar enfermedades y el declive funcional, pueden fomentar las relaciones sociales, prolongan la longevidad y mejoran la calidad de vida.

Factores del entorno social

Respecto a los factores del entorno social, hay que señalar que el apoyo social de

familiares, amigos, vecinos o voluntariado, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida (y especialmente en la actualidad, en el área de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación) y la protección frente al abuso tanto físico, sexual, psicológico y económico, son fundamentales para mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Evitar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación y el abuso disminuye enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

Conclusiones

Los mayores son más vulnerables que el resto de la población, debido a la edad, a las enfermedades crónicas ya las discapacidades que sufren. Por lo tanto, el reto que se debe plantear nuestra sociedad es mantener una vejez activa y saludable en la medida de lo posible y, sobre todo, una calidad de vida aceptable.

Para desarrollar un envejecimiento positivo, la sociedad debe proporcionar a los mayores oportunidades para que puedan ser independientes, para que gocen de buena salud y para que sean productivos. Asimismo es importante que disfruten de una mayor seguridad y comodidad, fomentando el bienestar y creando entornos ambientales más propicios y favorables. Hay que pensar más en capacitar que en discapacitar, considerando a los mayores como participantes y contribuyentes activos de la sociedad.

Es importante detectar lo antes posible la pérdida de autonomía y establecer las medidas necesarias para que las personas mayores mantengan la mayor independencia posible, incluso recurriendo a programas. Como razones de peso para fomentar el envejecimiento activo nos encontramos con un menor coste de los servicios sociosanitarios y médicos, una mejora de la interacción social y mejor salud física, mental y psicológica. Asimismo, una de las medidas que se deben llevar a cabo es la aproximación de los medios de comunicación a los mayores, que proporcione a la sociedad una imagen positiva del envejecimiento activo y saludable y que divulgue y popularice el término “envejecimiento activo” a través de debates políticos, en foros públicos y en los mismos medios de comunicación. Además se debería fomentar la investigación en este campo, implicando a las personas mayores en calidad tanto de asesores como de investigadores.

La OMS reconoce que la salud pública implica una amplia gama de acciones para mejorar la salud de la población y que la salud va más allá de la provisión de servicios sanitarios básicos. Por consiguiente, se compromete a trabajar en colaboración con otras agencias internacionales y las mismas Naciones Unidas para alentar la puesta en práctica de políticas de envejecimiento activo a escala global, regional y nacional. Debido a la naturaleza especial de su trabajo, la OMS proporcionará asesoramiento técnico y desempeñará un papel catalizador para el desarrollo de la salud. Sin embargo, esto sólo puede conseguirse con un esfuerzo común. Todos juntos debemos proporcionar las pruebas y demostrar la eficacia de los diferentes cursos de acción propuestos.

Por último, sin embargo, dependerá de las comunidades nacionales y locales desarrollar metas y objetivos culturalmente sensibles, específicos para cada género y realistas para aplicar políticas y programas adaptados a sus circunstancias únicas.

El enfoque del envejecimiento activo proporciona un marco para el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales sobre el envejecimiento de la población. Poniendo juntos los tres pilares para la acción de la salud, la participación y la seguridad, se dispone de una plataforma para llegar a un consenso que aborde las preocupaciones de múltiples sectores y de todas las regiones. Las propuestas y las recomendaciones políticas son de poca utilidad a menos que se pongan en práctica acciones de seguimiento. Ha llegado el momento de actuar.

Bibliografía

- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- ARANGO, C. y MISUTU, G. (1997). Apoyo Social y Autoestima: Su influencia en el bienestar de los ancianos. Quindío. Colombia
- Envejecimiento activo: un marco político Organización Mundial de la Salud, Revista Esp. Geriatria y Gerontología 2002;37(S2):74-105 104

Construyendo ambientes saludables para una sociedad longeva

Horacio Islas Granillo

1. Introducción.

Actualmente la salud es considerada como el equilibrio biológico , psicológico y social del individuo. El mantener una relación armoniosa entre estas tres variables implica preservar buenos hábitos higiénicos y una adecuada actitud ante la vida.

En la boca se llevan a cabo muchas de las funciones importantes del ser humano como lo es el hablar, comer (masticar y deglutir), gesticular a veces respirar así como el inicio del proceso de la digestión de los alimentos. Es también en la boca donde muchas de las enfermedades sistémicas se manifiestan. Es el caso de infecciones virales como el sarampión, degenerativas como la diabetes y ahí también se presentan efectos secundarios de la ingesta de fármacos como el caso de algunos medicamentos antihipertensivos.

Son Muchas las enfermedades que afectan a la boca y tejidos peribucales propiamente. Las más frecuentes son la caries dental, la enfermedad periodontal y los desórdenes de maloclusion o “mordidas inadecuadas”. Aunque muchas de los programas de salud bucal se centran en la prevención de estas patologías, estas siguen siendo muy frecuentes en la población y el gasto público y privado para su prevención y atención es considerable.

Finalmente, en la boca y sus estructuras anexas como son las glándulas salivales, articulación temporomandibular, músculos masticadores, etc., también llamado sistema estomatognático, se producen cambios en sus diferentes tejidos y órganos durante el proceso de la vida y más manifiesto en personas ancianas. Estos cambios llevan a disminuir las funciones de la boca. Si además le agregamos la presencia de enfermedades crónico-degenerativas como la

Diabetes o la Artritis Reumatoide, el funcionamiento se hace complejo disminuyendo por ende la calidad de vida del individuo.

Este capítulo pretende entre otras cosas informar acerca de las principales enfermedades bucales que se presentan en adultos mayores, sus características fisiopatológicas y cómo podemos atenderlas para llevar una mejor calidad de vida con más longevidad.

2. La boca. Vía de entrada al cuerpo.

La boca es una cavidad ubicada en la parte inferior de la cara, está constituida por diferentes órganos como son: lengua, paladar, carrillos (cachetes), dientes y encías así como la entrada de las fauces. En esta cavidad se llevan a cabo muchas funciones esenciales para la vida como son la masticación de los alimentos, y donde se inicia el proceso de la digestión por algunas enzimas que están presentes en la saliva, como la amilasa. Por otro lado también es nuestra herramienta de comunicación oral a través del habla y la emisión de sonidos. La succión es una maniobra que el individuo desarrolla en etapas temprana de la infancia y que a través del trabajo de diversos grupos musculares hace posible esta actividad, la deglución se da por el paso de los alimentos de la boca al estómago y donde gracias a la saliva se hace posible el paso del bolo alimenticio para continuar con su digestión. El gesticular nos ayuda también a expresarnos con un lenguaje no hablado donde los músculos peribucales juegan un papel importante.

En esta cavidad bucal revestida toda por una mucosa oral a excepción de los dientes y lubricada por la saliva se pueden identificar manifestaciones de enfermedades sistémicas, de ahí la necesidad de explorarla y revisarla habitualmente con la intención de poder identificar alguna anomalía.

Sin presencia de un flujo de saliva adecuado, se dificulta la deglución de los alimentos, se tiene mayor riesgo de padecer caries o enfermedad periodontal

(enfermedad de encías y hueso maxilar). Por tanto es de importancia conocer que padecer la secreción niveles bajos de saliva en boca (hiposalivación o xerostomía) nos puede generar alteraciones y enfermedades bucales.

Por otro lado las enfermedades de la boca, como son las caries, la enfermedad periodontal, el apiñamiento dental, la falta de dientes (anodoncia) y las infecciones bucales y traumatismos (mordeduras, hábitos perniciosos, cepillado traumático, etc.) dificultan en gran medida las funciones de esta cavidad en un individuo adulto mayor.

Dentro de las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, como son: el edentulismo parcial o total. Estos cambios no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente (1). El envejecimiento trae cambios físicos y sistémicos así como cambios dentro de las estructuras orales como pueden ser dientes, mucosa oral, periodonto, ligamento, glándulas salivales.

Por último es frecuente encontrar que los pacientes mayores presentan la pérdida parcial o total de los dientes, esto hace que muchos de ellos porten prótesis fijas o removibles, que a sus vez retienen placa dentobacteriana y si no están bien adaptadas generan traumatismos y función inadecuada de la masticación y la estética. Gran parte de los problemas bucales que presentan los adultos mayores se atribuyen el uso de prótesis desajustadas.

Consejos prácticos:

Considerando la cantidad de trastornos y enfermedades que se pueden presentar en boca, el uso de prótesis bucales para reemplazar dientes perdidos, además de las múltiples manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas como la diabetes, cardiopatías etc., es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- ❖ Realizarnos la autoexploración bucal periódica en los labios, carrillos, lengua y por supuesto los dientes, para identificar cambios en su textura, forma y color normal.

- ❖ Llevar a cabo citas periódicas al menos cada 6 meses con el dentista para que nos evalúe el estado actual de nuestra boca y de las prótesis que usemos.
- ❖ Realizar las medidas de higiene bucal, es decir cepillado dental, uso de hilo dental o auxiliares de limpieza, diariamente con aditamentos y técnicas adecuadas.

3. Cambios de los tejidos y órganos de la boca con el envejecimiento.

A continuación se hará mención acerca de los principales cambios en los tejidos de la boca

a) Mucosa oral.

Principalmente se presenta la atrofia del epitelio de la mucosa bucal, atrofia del dorso lingual, incremento en la queratinización por lo que es muy susceptible a la presencia de daño o escoriación con alimentos u objetos, hay disminución del número de terminaciones nerviosas, disminución del número de corpúsculos gustativos, várices, pigmentaciones melánicas. Otros trastornos se presentan por: desnutrición, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos, hábitos nocivos, etc., (2). Por otro lado en mujeres los dolores originados en la mucosa bucal pueden ser de causa posmenopáusica con deficiencia estrogénica.

Algunos adultos mayores están en riesgo de desarrollar infecciones por hongos, como *la candidiasis*, que se pueden resolver con tratamientos tópicos y sistémicos. La queilitis angular por ejemplo produce escoriaciones a nivel de la comisura labial (foto 1). El cáncer oral es principalmente una enfermedad de adultos mayores de 50 años: Cualquier lesión en la mucosa que persista por 3 o 4 semanas y que dificulta conocer su origen, debe ser entonces investigada para determinar el diagnóstico (3).



Foto. 1 Queilitis angular

Consejos Prácticos.

- ❖ Realizarnos la autoexploración bucal periódica en los labios, carrillos..
- ❖ Acudir al dentista y solicitar que examine nuestra boca en caso de identificar algún cambio y anomalía.
- ❖ En caso de padecer alguna enfermedad sistémica es necesario llevar un control adecuado de esta con el médico pertinente e informar a nuestro dentista.
- ❖ Realizar las medidas de higiene bucal adecuada.

b) Tejidos periodontales

En el periodonto que son los tejidos que dan soporte y protección a los dientes también se presentan cambios con el envejecimiento, estos están relacionados con la pérdida de inserción de los dientes a sus tejidos de soporte. Dentro de esos cambios podemos observar una boca con dientes que presentan encías retraídas, y muchas veces con caries radicular.

En muchos casos estos signos y síntomas de daño a la encía y al hueso del alveolo ocasiona que los dientes se encuentren débiles y con movilidad, además que han migrado de su lugar de implantación. Si agregamos a esto encías inflamadas y sangrantes con cantidades grandes de depósitos de cálculo o sarro, hablamos que se ha presentado una enfermedad llamada *periodontitis*, enfermedad muy prevalente en personas adultas y mayores y que tienen un origen temprano, debido en gran parte a bacterias incluidas en una biopelícula de la boca, que causan daño al periodonto y sino son tratadas hacen que el individuo

pierda sus dientes y termine usando prótesis que a la larga modificarán en mucho la función masticatoria.

El tratamiento de la enfermedad periodontal es múltiple y variado, lo importante aquí es identificar en qué grado de avance se presenta y pueden mantenerse aún los dientes en boca (4) El dentista de práctica general está capacitado para identificar la presencia de esta enfermedad, y referirá en casos muy avanzados al *Periodoncista*, quien es el odontólogo especialista en darle solución a estos problemas.



Foto 2. Periodontitis

Consejos prácticos.

- ❖ El paciente puede ayudar a prevenir este tipo de enfermedades gingivales y periodontales o bien ayudarse a controlarlas a través de una buena y frecuente higiene bucal. El uso de aditamentos de higiene bucal como son el cepillo dental con cerdas suaves, el hilo o seda dental, un buen dentífrico con fluoruros y el uso de algún enjuague bucal con clorhexidina o triclosán.
- ❖ La visita periódica al dentista o bien al periodoncista puede en gran medida controlar las secuelas de esta enfermedad.

c) Glándulas salivales e hiposalivación.

A través de los años las glándulas salivales sufren cambios en su estructura y función (5), sin embargo gran parte de la disminución del flujo salival en personas

ancianos es atribuido a la presencia de algunas enfermedades sistémicas como la diabetes y/o a la ingesta de muchos fármacos para el tratamiento de dichas enfermedades. En poca medida se atribuye a terapias de radiación en cabeza y cuello en pacientes bajo tratamiento de tumores o en pacientes que presentan síndrome de Sjögren quienes además de ausencia de saliva, presentan daño en glándulas lacrimales y sudoríparas.

Como se mencionó el factor principal de disminución de la saliva es por la ingesta de fármacos, ya que muchos adultos mayores se encuentran en tratamientos de una o más patológicas y bajo terapia de polifarmacia. En ese sentido es de importancia recalcar que cerca de 350 drogas están relacionadas con efectos hiposalivales especialmente antidepresivos tricíclicos, sedantes y tranquilizantes, antihistamínicos, antihipertensivos, agentes citotóxicos y anti-Parkinsonianos.

. Consejos prácticos:

- ❖ Realizar una higiene bucal adecuada ayuda a mejorar las condiciones de salud en boca.
- ❖ En algunos pacientes se hace necesario utilizar saliva artificial por casos graves de hiposalivación . la infusión de nopal brinda grandes beneficios cuando se usa regularmente.
- ❖ Esta contraindicado el uso de enjuagues con alcohol.

d) Sentido del Gusto

Durante el proceso de envejecimiento se puede generar atrofia del epitelio de la lengua similar al que pasa en la patología de glositis marginal atípica o conocido como *lengua geográfica*, por otro lado también existen cambios en la preferencia alimenticia del adulto mayor y en los hábitos dietéticos de los ancianos, quienes orientan sus gustos hacia alimentos dulces y cariogénicos (2).

El sentido receptivo se ve poco alterado, por diversas razones tales como la deshidratación, desnutrición y fármacos, puede haber cambios en la percepción de los sabores a este transtorno se le conoce como *disgeusia* los cuales pueden

alterarse o también pueden ser desagradables. Algunos trastornos como la definición del sabor salado se presentan por alteraciones en receptores gustativos, así también los sabores dulce, ácido y amargo. (6)



Foto 5. Lengua con descamación de papilas.

Por otro lado aunque no hay papilas en paladar y piso de la boca, el uso de prótesis totales o parciales puede alterar la secreción de saliva por glándulas menores y contribuyen indirectamente a tomar sabor a los alimentos.

En algunas enfermedades degenerativas crónicas como la diabetes, además que algunos pacientes presentan hiposalivación, muchos presentan cambios a nivel terminaciones nerviosas, que pueden afectar la identificación de sabores. La deficiencia de nutrientes en la dieta tales como la vitamina B y C produce además de desnutrición, glositis o inflamación de la mucosa, que lleva al paciente a presentar dolor y/o ardor en la lengua lo que también dificulta la identificación de sabores.

Consejos Prácticos:

- ❖ Una dieta balanceada ayuda a reducir el riesgo de avitaminosis.
- ❖ Por otro lado la higiene bucal adecuada reduce la inflamación de los tejidos bucales.

e) Dientes

Además de los tejidos y órganos blandos como los labios, la lengua, carrillos y paladar, en la boca del adulto deben existir de 28 a 32 dientes con características anatómicas y funcionales específicas. Estos órganos permanentes erupcionan después de los 6 años y deben de mantenerse para brindar al proceso de masticación, deglución y fonación un óptimo desempeño. Sin embargo son variadas las afecciones que presentan los dientes desde su erupción hasta su avulsión o extracción.

A través de los años los dientes van cambiando de forma, apariencia y color, esto se debe al uso y función, aunque algunas veces hábitos perniciosos como el bruxismo o la bruxomanía pueden desgastar en exceso los dientes y generar problemas al paciente. Aunque puede considerarse el desgaste dental o *atricción* (foto 6), como un defecto del uso y masticación a través de los años. Hábitos como el tabaquismo o el beber vino tinto o café, también pueden intervenir en cambiar el color de los dientes a un aspecto más amarillo o café. Un cepillado inadecuado o con un aditamento que presente cerdas duras, puede desgastar también los cuellos de los dientes y generar sensibilidad a un paciente con raíces denudadas.



Foto 6. Dientes desgastados y con caries y obturaciones a nivel radicular.

Además de todo lo anterior, las patologías como la Caries, fracturas dentales, restauraciones defectuosas pueden alterar la vida de los órganos dentales y por ende la calidad de vida del adulto mayor.

La caries es considerada la enfermedad bucal más prevalente en el ser humano, aunque su fisiopatología es diferente en niños, adultos o adultos mayores, los ataques de caries siempre ponen en riesgo la vida de los dientes. Un ejemplo clásico es el daño de una caries en nivel avanzado a la pulpa del diente, generando una infección de esta y la posible evolución a un absceso dental (7). Otra es el deterioro de la estructura del esmalte y dentina como consecuencia la fractura del diente o muela y por ende la extracción o tratamiento endodóntico (eliminar el paquete vasculonervioso del conducto dental).

Es de importancia recalcar el daño excesivo o dolor que implica una caries avanzada, por lo que en la mayoría de los casos el dentista termina por extraer el diente o muela generando más adelante la posibilidad de colocar una prótesis que funcionara en menor probabilidad a la función dada por el diente.

Por tanto, los dientes deben de cuidarse como auténticos tesoros de nuestro cuerpo. Ya lo menciona el gran Miguel de Cervantes Saavedra en su obra *El ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*: “Sancho.... Una boca sin dientes es como un molino sin piedras... y en mucho se ha de valorar un diente más que un diamante...”.

Aunque actualmente las técnicas modernas de prostodoncia, incluyen aditamentos tan predecibles como el implante dental oseointegrado hecho a base de una aleación de titanio (material biocompatible con el cuerpo), todavía no se ha podido recuperar al cien por ciento esa biodinámica específica que da cada diente a las funciones de la boca.

Consejos prácticos:

- ❖ Llevar a cabo citas periódicas al menos cada 6 meses con el dentista para que nos evalúe el estado actual de los dientes y de mantenimiento a los ya restaurados
- ❖ Realizar las medidas de higiene bucal, es decir cepillado dental, uso de hilo dental o auxiliares de limpieza, diariamente con aditamentos y técnicas adecuadas ayuda a prevenir pérdida dental.

- ❖ El chequeo o mantenimiento de las dentaduras es algo que pocas veces se da una vez colocadas, por tanto se sugiere hacer ajustes y limpieza cada 6 meses en dentaduras artificiales.

f) Enfermedades sistémicas con efectos en la boca.

Con el paso de los años, y el envejecimiento de los órganos y sistemas viene la aparición de enfermedades crónico degenerativas que pueden alterar la calidad de vida del adulto y adulto mayor. El tratamiento de estas patologías puede en gran medida generar cambios en la boca y sus tejidos.

La Diabetes tipo 2 es una de las enfermedades más frecuentes en personas mayores de 30 años(8). Esta enfermedad genera complicaciones en diferentes órganos y tejidos del cuerpo humano. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran: 1) las nefropatías o daño renal, 2) las neuropatías o daño a las terminaciones nerviosas, 3) las retinopatías que afectan directamente el sentido de la vista, 4) las microangiopatías que llegan a producir adormecimiento de extremidades como dedos de manos y pies, 5) los desórdenes cardiovasculares como la hipertensión arterial, riesgo de infarto agudo al miocardio e incluso accidentes vasculares cerebrales, 6) y la enfermedad periodontal, esta última reconocida como la principal afección bucal del paciente diabético.

Además de esto, los tejidos de la boca del diabético principalmente el que no está controlado, se encuentran con menor irrigación, y deficiencia para la cicatrización de heridas producidas por traumatismos y lesiones que pudieran presentarse en boca. La hiposalivación es un transtorno frecuente en diabéticos así como la presencia de un aliento cetónico, cuando se trata de estados de hiperglicemia mantenidos por periodos prolongados(9). Otra complicación de la diabetes es el riesgo de padecer infecciones, esto por un sistema inmune deprimido, debido a esto es muy frecuente observar además de enfermedad periodontal, la presencia de abscesos en boca que deberán tratarse con medicamentos antibióticos antes de curarse en la consulta dental.

Otra enfermedad frecuente en adultos mayores es la Hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular silenciosa que se caracteriza por niveles elevados de tensión arterial mayores a 100 mmHg diastólica y 140 mmHg sistólica que con el paso de los años pueden ocasionar tanto un accidente vascular cerebral (ictus) así como infarto agudo al miocardio (IAM). La aparición de la Hipertensión arterial genera el riesgo de hemorragias frecuentes en heridas o sangrado espontáneo en la nariz (epistaxis), esto puede también alarmar al paciente. Si bien, estos niveles sostenidos de tensión arterial elevada puede generar complicaciones en órganos blanco como corazón, riñón, pulmón, cerebro, etc., actualmente existen medicamentos que tienen diferentes mecanismos de acción y solos o combinados pueden controlar estos niveles de tensión arterial. (10)

El paciente hipertenso no controlado puede presentar ligeros moretones en mucosa del paladar o piso de la boca, esto debido a la ruptura de pequeños vasos sanguíneos, también tiene el riesgo a hemorragias en heridas bucales. Otra complicación bucal muy frecuente en hipertensos es la hiposalivación, esta atribuida principalmente al efecto secundario de los medicamentos antihipertensivos que generan menor producción de saliva y por ende mayor riesgo de enfermedad infecciosa en boca y dificultad para deglutir alimentos.

También las enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardiaca congestiva, que se caracteriza por un retorno venoso inadecuado y la aparición de edema (hinchazón de piernas), en boca pueden presentar los pacientes hiposalivación, esto inducida por el efecto de los fármacos que la tratan. La angina de pecho y el Infarto agudo al miocardio son dos cardiopatías isquémicas que afectan la irrigación hacia el corazón ocasionando en muchos casos un dolor irradiado hacia la mandíbula que requiere tratamiento médico de urgencia.(5)

La artritis reumatoide que es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciéndose dolor, deformidad y dificultad para el movimiento, aunque también puede afectar otras partes del organismo (11). Es una enfermedad crónica, muy prevalente en ancianos con una baja frecuencia de curación espontánea, aunque con un tratamiento adecuado se consigue un buen

control de la enfermedad en la mayoría de los casos (12). Dentro de las complicaciones odontológicas de esta enfermedad es que el paciente anciano tiene problemas para realizar su higiene bucal a través de un cepillado adecuado y en muchas ocasiones requiere de aditamentos especiales como cepillos eléctricos, portahilos o mangos interdientales. Por otro lado en ocasiones la articulación temporomandibular que regula la apertura, cierre y movimientos de la boca puede ser afectada por esta enfermedad.

Algunas otras enfermedades frecuentes son del tipo de la osteoporosis y aunque generalmente afecta a huesos largos, los huesos maxilares pueden verse afectados por esta enfermedad. Enfermedades neurológicas como el Alzheimer o la demencia senil también son frecuentes en adultos mayores aunque su frecuencia aumenta en etapas avanzadas de la vejez. Los trastornos Tumorales y Neoplásicos, también pueden afectar a individuos ancianos aunque su pronto diagnóstico puede en gran medida salvar la vida de estos pacientes. Todos estos padecimientos en alguna medida pueden agravar el deterioro bucal y por ende disminuir la calidad de vida del paciente adulto mayor.

Consejos prácticos:

- ❖ Si padecemos alguna enfermedad crónica degenerativa como diabetes, hipertensión u otro, es importante llevar un control metabólico y médico de la enfermedad para poder llevar a los problemas de la boca, El padecer una enfermedad sistémica implica ya *per se* un mayor empeño en la adecuada higiene bucal .
- ❖ Llevar a cabo citas periódicas al menos cada 6 meses con el dentista para que nos evalúe el estado actual de nuestra boca, prótesis y de tratamiento paliativo a problemas sistémicos que podamos presentar.
- ❖ Realizar las medidas de higiene bucal, es decir cepillado dental, uso de hilo dental o auxiliares de limpieza, diariamente con aditamentos y técnicas adecuadas.

Considerando los argumentos anteriores, podemos concluir que es importante autoexplorar nuestra cavidad bucal e identificar cambios o patologías que se vayan presentando a través de los años. Si padecemos alguna enfermedad sistémica es de importancia saber que puede traer cambios o manifestaciones en boca y de igual forma muchas enfermedades de la cavidad oral como la caries y/o la enfermedad periodontal también puede generar efecto en órganos alejados de esta. Sin embargo si nosotros damos revisamos la boca con frecuencia, acudimos al dentista, llevamos una nutrición adecuada y llevamos una adecuada adherencia terapéutica con los medicamentos y terapias, podemos mejorar las condiciones de salud bucal y llevar de esta forma una vida en ambientes saludables para una vida mas longeva.

Bibliografía

1. Villa V, Barrios C. Estado gingival y evaluación de la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental. UNN 2005.
2. Taboada O, L.Gomez Y, Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. Rev.ADM, pp. 125-129.2005
3. Lozano A. Introducción a la Geriatría, 2da edición. Méndez Editores. 2000
4. Díaz Guzmán L, Gay Zárate O, Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Rev.ADM, Vol. LXII, No. 1, Enero-Febrero 2005 pp. 36-39.
5. Clinician's Guide: Oral Health in Geriatric Patients second edition.
6. Escobedo PJ, Rico VB. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Mex 1996; 38: 236-242.
7. Ozawa Deguchi, José. Estomatología geriátrica. México. Trillas, pp30-53
8. Gray RS, Fabsitz RR, Cowan LD, Lee T, Howard BV, Savage PJ. Risk factor clustering in the insulin resistance syndrome: the Strong Heart Study. Am J Epidemiol 1998; 148:869-78.
9. Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Capítulo 338. Diabetes mellitus» (en español). *Harrison online en español*. McGraw-Hill. Consultado el 22 de julio de 2009.

10. Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española de 65 o más años asistida en atención primaria. Rev. Esp Cardiol. 2005;58:359-66
11. Sociedad Española de Reumatología, Que es la Artritis Reumatoide, Pharmacia Pfizer 2002
12. Soledad M, García M, Artritis Reumatoide fisiología y tratamiento, CIMED, marzo 2004

LA RELAJACIÓN COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Verónica Rodríguez Contreras

Sergio Santamaría Suárez

Jorge G. Escobar Torres

Verónica Valdez Fuentes

INTRODUCCIÓN

Variados son los acontecimientos que provocan emociones, conductas o pensamientos que generan malestar o conflictos en cada persona. ¿Qué determina la reacción o el impacto que tiene un suceso en una persona? Tiene que ver con la naturaleza del acontecimiento (accidentes, enfermedades, discusiones, inconformidades, acontecimientos en el hogar, trabajo, jubilaciones, etc.); de nuestro repertorio de habilidades para dar solución a los conflictos externos e internos, de las redes sociales y/o familiares con las que contemos y de las ideas o pensamientos que nos generemos sobre lo acontecido.

En el plano psicológico se pueden presentar emociones como el miedo, enojo, culpa, depresión, ansiedad, resentimiento, envidia o vergüenza; en el pensamiento se crean olvidos, ideas catastróficas o irracionales y en nuestras conductas impulsividad, agresión o pasividad. Y dichas emociones traen como consecuencia desánimo, sensación de infelicidad, quitan energía y optimismo.

En el plano físico el cuerpo puede reaccionar con tensión muscular, dolores de cabeza o corporales, hipertensión, alergias, problemas en la piel, diarreas o estreñimiento, agotamiento, insomnio o exceso de sueño, puede acelerar las manifestaciones de una enfermedad, etc.

En general la armonía que nuestro cuerpo posee se ve alterada cuando las demandas de lo cotidiano rebasan nuestras posibilidades de solucionarlos y cuando las dinámicas de vida obnubilan las necesidades y estabilidad del mismo cuerpo.

Las dificultades que presenta el adulto mayor, son dificultades que independientemente de su origen pueden ser en su mayoría disminuidas a través de diversas técnicas de relajación.

El entrenamiento en relajación constituye una de las estrategias de intervención y prevención que reduce o evita, por mucho, los estados alterados del organismo y la conciencia, que no es difícil de aprender y que los beneficios son a corto y largo plazo, no requiere de muchas sesiones para aprenderla y es auto aplicable.

En este capítulo pretendemos brindar el conocimiento de algunas técnicas de relajación como estrategia en el cuidado de la salud física y mental de las personas de la tercera edad con el fin de mejorar su calidad de vida.

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Sobre su aplicación

Aunque parezca que las técnicas de relajación son de manejo y aplicación sencilla, hay que considerar que para ejecutar cualquier técnica no es suficiente conocerla o saberla aplicar, es necesario saber por qué la vamos aplicar, cuándo hay que hacerlo, a qué personas, porque por sencilla que parezca y que pudiera ser aplicada para todos, se necesita una evaluación previa para determinar si es viable implementarla o no.

Lo que podría negar su aplicación son indicaciones médicas o características personales que le impidan concentrarse porque pueden generar estados de ansiedad.

Si una técnica es utilizada sin un objetivo claro en el tratamiento, se presenta una pérdida de tiempo y esfuerzo inútil, además se pierde el interés y motivación de la persona, también se puede generar desconfianza hacia el terapeuta, en la eficacia de la técnica y del tratamiento, por otro lado despertar la creencia en la persona de ser incapaz para ejecutar órdenes.

Por lo tanto se requiere de una evaluación previa para determinar si es candidato a usar la técnica de relajación y qué técnica es la adecuada para su caso; posterior a su aplicación se puede evaluar para determinar su efectividad y continuidad.

Las evaluaciones que pueden realizarse son las entrevistas, autorregistros, cuestionarios, la observación y para algunas personas considerar los signos vitales como la presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y pulso.

Objetivos de la relajación

La relajación no sólo es una técnica curativa, sino preventiva, sirve para controlar o evitar la ansiedad, el estrés, la tensión, asma, hipertensión arterial, insomnio, dolores de cabeza debidos a la tensión, fobias, dolor crónico, entre otras. Además mantiene el cuerpo descansado y con mayor habilidad en la ejecución de tareas, incremento en la habilidad mental y creatividad, el cuerpo puede recuperarse prontamente de los agotamientos y las respuestas afectivas o emocionales se presentan con mayor libertad y asertividad.

Según Tittlebaum (citado en Rosemary, 2005) la relajación tiene tres objetivos:

1. Como medida de prevención, para proteger a los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario, y especialmente a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés (Selye, 1974).
2. Como tratamiento para facilitar el alivio del estrés en condiciones tales como hipertensión idiopática, ansiedad, estrés, asma, insomnio, dolores de cabeza debidos a la tensión, fobias, dolor crónico.
3. Como una técnica para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz. El estrés puede debilitar mentalmente a las personas; la relajación puede facilitar el restablecimiento de la claridad de pensamiento. Se ha descubierto que la información positiva almacenada en la memoria resulta más accesible cuando la persona está relajada (Peveler & Jhonston, 1986).

Teniendo claro los principios de aplicación y objetivos de la técnica de relajación pasamos al plano de las relaciones interpersonales para su aplicación y éxito.

Relación interpersonal: personal de salud-adulto mayor

Establecer empatía, una buena relación de trabajo y confianza del adulto mayor hacia su terapeuta, facilitará en gran medida el éxito de las técnicas que se apliquen ya que esto genera una buena adherencia terapéutica, la cual implica que el adulto mayor lleve a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta.

La importancia de la adherencia tiene lugar si consideramos que en las técnicas de relajación al inicio el adulto mayor la realiza con ayuda del terapeuta, pero es el adulto mayor quien la ejecutará en casa varias veces y de manera continua para aprenderla y ser usada cuando la requiera, sólo él decidirá habilitarla puesto que el terapeuta sólo es

un guía para ésta práctica, condición que evita la dependencia del adulto mayor y genera su independencia.

Caballo (1993), refiere que el papel del terapeuta es motivar al paciente y asegurarse que aprenda bien a:

- a) reconocer y relajar la tensión muscular,
- b) practicar diariamente en casa,
- c) aplicar la relajación en su vida cotidiana y ante situaciones estresantes específicas, y
- d) convertirla en un hábito.

Voz del terapeuta

El tono y la intensidad de voz que el terapeuta utilice cambia según el procedimiento de relajación que emplee –relajación progresiva, pasiva, autógena, hipnosis, meditación etc.-. Esto es debido a los fundamentos y a la lógica que hay detrás de cada técnica. Por ejemplo la relajación progresiva, al fomentar el proceso de discriminación tensión-relajación, es en la que menos tonos de voz sugestivos hay. La voz sigue un tono normal, un poco bajo y pausado, pero que no va perdiendo en volumen ni haciéndose cada vez más lento. Por el contrario las técnicas de hipnosis pretenden alcanzar estados de relajación profundos mediante el uso de frases y palabras sugestivas (Caballo, 1993).

REQUERIMIENTOS

Espacio físico

De manera general para ejecutar la técnica de relajación se recomienda una habitación con el mínimo de ruido que pueda haber (aunque también se entrena al paciente para que a pesar de los ruidos externos pueda concentrarse), una temperatura agradable (entre 22 y 25°C), luz tenue que permita la concentración sin dejar obscuro el cuarto, un lugar que le genere al paciente confianza y que tenga buena ventilación.

La técnica puede realizarse de manera acostada o sentada, se puede utilizar una colchoneta, una silla o sillón, un sofá, etc. Ya adquirida la técnica de relajación se

recomienda que el paciente la ejercite en todas las formas para poder aplicarla de manera automática en varias circunstancias.

Ropa

En cuanto a la ropa se recomienda sea cómoda para el paciente, que no estén apretadas y favorezcan la buena circulación, evitar los objetos que impidan el confort y el ejercicio de tensar-relajar las partes del cuerpo.

LA RELAJACIÓN

Cuando hablamos de relajación, hablamos de un estado de bienestar, donde existe una disminución de la tensión tanto física como mental. La relación que existe entre el cuerpo y la mente es elemental puesto que las alteraciones o bienestar de alguno repercutirá en el otro, así tenemos que nuestros músculos al encontrarse tensos y estresados generarán pensamientos y acciones negativas que desorganizarán el buen funcionamiento que la persona tiene; cuando los músculos están relajados y fuera de tensión la mente genera nuevos procesos de pensamientos, organizados, planeados y su conducta es favorable para su desempeño. Se presenta un estado de bienestar y satisfacción con uno mismos y con quienes los rodean, se generan vínculos que permiten nuevas dinámicas y se adquiere habilidad en la conducta planeada.

Finalmente cabe señalar que la relajación nos permite conocer nuestro cuerpo en sus diferentes estados, permite de manera rápida y precisa identificar las partes y estados que desagradan, que son o no habituales y que lastiman, teniendo como posibilidad actuar de manera activa en la solución de éste.

A continuación hacemos mención de algunos tipos de relajación y la forma en que se ejecutan.

Relajación Completa

Está basada en la estrategia de la **relajación muscular progresiva** iniciada por Jacobson en 1974, que se utiliza de manera socorrida en el campo clínico. Consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera está diseñada para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado un

ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj, con el cual se puede regular el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa (Latorre, 1992).

A continuación se utiliza una técnica de meditación utilizando una imagen visual como punto de concentración para la exploración sensorial, cuando se está físicamente relajado. Esto tiene la ventaja de fijar la atención en un solo campo sensorial a la vez. También es una forma práctica de entrenarse para trasladar la atención de una cosa a otra, donde los pensamientos positivos y agradables se utilizan para interpretar la tensión y los miedos que producen los pensamientos negativos al individuo (Latorre, 1992).

El proceso completo requiere de unos 25 minutos, y se aprende y demuestra con facilidad. Un beneficio útil de esta técnica es el modo en que las personas que la practican obtienen efecto de relajación generalizados a todo su campo cuando solamente se utilizan uno o dos de los tres componentes.

El proceso de relajación

Latorre (1992) propone diversas fases para el proceso de relajación. Consideramos que dicha propuesta aporta una base tanto teórica-metodológica como práctica, por tal motivo, la transcribimos a continuación:

<i>Etapa I: preparación</i>	Cuando esté preparado para empezar, elija una habitación tranquila y concédase por lo menos treinta minutos, para relajarse sin interrupciones. Siéntese en una silla cómoda, que tenga un buen respaldo o acuéstese boca arriba en una cama, colchoneta o manta extendida en el suelo. Deje que su cuerpo repose totalmente... Cierre los ojos y concédase un minuto para pensar favorablemente acerca de la relajación que va a iniciar...
<i>Etapa II: respiración</i>	Centre su atención en la respiración... Note cómo su ritmo respiratorio se enlentece hasta hacerse fácil y regular... No requiere de ningún esfuerzo por su parte, ocurre por sí solo... Intente imaginar cómo su pecho se llena y vacía... sube al inspirar y baja al espirar... cómo se tensa al entrar el aire... y se relaja al salir. Solamente se trata de observar tranquilamente su ritmo respiratorio durante tres minutos...
<i>Etapa III: tensión/relajación</i>	En esta etapa vamos a practicar la tensión y la relajación de sus músculos. Utilizaremos como guía su ritmo respiratorio natural; tensaremos y

relajaremos grupos musculares de todo su cuerpo. Lo que es importante es recordar que tensaremos los músculos al inspirar y los relajaremos al espirar. En caso de que quede alguna tensión, libérese de ellas con nuevas espiraciones. Al espirar, liberando la tensión repítase para sus adentros (mentalmente una palabra que usted elija, que le tranquilice como por ejemplo: relax, calma, tranquilidad, paz, relajación, bien, etc.). Después de relajar el grupo muscular, note la diferencia entre la tensión y la relajación... cómo sus músculos relajados están blandos, pesados y calientes. A continuación vamos a ir relajando determinados grupos musculares:

- Manos.- Tensar las manos cerrando los puños y apretando. Relájelas...
- Antebrazo.- Tensar los antebrazos doblando las manos por las muñecas estirando los dedos hacia arriba. Relájelas...
- Bíceps.- Tensar los bíceps intentando tocar los hombros con sus puños. Relájelos...
- Hombros.- Tense los hombros levantándolos como si quisiera tocar las orejas. Relájelos...

Experimente cómo sus extremidades superiores pesan... se ablandan... están calientes... relajadas... y usted está muy tranquilo.

- Frente.- Ténsela levantando las cejas lo máximo posible. Relájelas...
- Rostro.- Tense su cara arrugando la nariz y apretando los ojos. Relájelos...
- Labios.- Apriete los labios uno contra el otro. Relájelos...
- Lengua.- Apriete la lengua contra el paladar. Relájela...
- Cuello.- Presione la cabeza contra el respaldo de la silla o la colchoneta. Relájelo.

Experimente cómo toda su cabeza pesa, se ablanda... está caliente...relajada...y usted muy tranquilo.

- Pecho.- Inspire profundamente de modo que se expandan los músculos del tórax. Contenga el aliento durante cinco segundos y después échelo. Permita que su ritmo respiratorio vuelva a ser tranquilo y regular.
- Estómago.- Tense manteniendo hacia adentro los músculos del

	<p>estómago (aspirando hacia la columna vertebral). Mantenerlo así durante cinco segundos y relajar. Permita que su ritmo respiratorio vuelva a ser tranquilo y regular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espalda.- Haga un arco con su espalda. Relájela... • Experimente cómo toca la musculatura de su tronco, se ablanda... pesa... está caliente... relajada... y usted está muy tranquilo. • Piernas y muslos.- Ténselas levantándolas de la silla o colchoneta. Relájelos... • Pantorrilla y pies.- Ténselos llevando los dedos del pie hacia atrás. Relájelos... <p><i>Experimente cómo todo su cuerpo está pesado... caliente... relajado... y usted está muy... muy tranquilo.</i></p>
<p><i>Etapas IV: escena relajante</i></p>	<p>Centre ahora su atención en su imaginación. Imagine alguna escena relajante, que le haya agradado mucho, una imagen o recuerdo de alguna experiencia en la que usted se sintió a gusto y relajado... Puede utilizar alguna que ya conoce o puede recrearla en este momento (campo, playa, bosque...)</p> <p>Es importante recrear esta escena o imagen elegida lo más profundamente posible, experimentando sus sonidos, vista, formas, temperaturas, colores, olores y otras sensaciones. Recuerde que está relajado y disfrutando, soltando todas las tensiones... Disponga de unos minutos para recrearse en ello.</p>
<p><i>Etapas V: repliegue</i></p>	<p>Vaya abriendo lentamente su conciencia a los sonidos de la habitación y a las sensaciones de su cuerpo... ordene mentalmente y a su cuerpo que se vayan despertando lenta y suavemente... Cuando todo su cuerpo esté despierto, abra los ojos, sintiéndose aquí y ahora, despejado y fresco para la acción. Si le apetece bostece, estírese... y empiece a incorporarse lentamente sin movimientos bruscos.</p>

Relajación pasiva

A diferencia de la relajación progresiva, en ésta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar grupos musculares. Aunque la relajación progresiva permite percibir estados de tensión muscular de forma muy específica, la técnica de la relajación pasiva tiene alguna ventaja sobre la anterior. Caballo (1993), refiere que puede ser muy útil en los siguientes casos:

- 1) Con personas que encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos.
- 2) En personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales.
- 3) Como ayuda inicial para personas que encuentran difícil relajarse en casa. Para ello, las instrucciones se graban para que el paciente lo escuche y practique diariamente.

Se puede incluir al final de esta técnica un ejercicio de imaginación, recrear un paisaje o lugar de tranquilidad para el paciente o permitir que él recree alguno ya vivido y nosotros sólo le guiamos en voz y respiración. Podemos retomar la etapa IV y V de la relajación completa.

La meditación

Un método alternativo para inducir la relajación es mediante la meditación. Es una técnica que ayuda a acrecentar la conciencia de la realidad. De manera que la consecución de una conciencia directa lleva a no tener intermediarios de formas o símbolos.

Existen diversos caminos para realizar la meditación de acuerdo a las distintas propuestas sea de las religiones o de las filosofías de vida. Es así que el catolicismo, el cristianismo, el budismo (Theravāda, Mahāyāna, Vajrayāna), el hinduismo, el Islam, el camino Tolteca, etc., proponen varios métodos para encontrar las verdades trascendentales. Es así que existen las meditaciones silentes concentradas en el conteo de las respiraciones pausadas, las meditaciones que incorporan los sonidos (oraciones, mantras, cánticos, etc.), etc. Para Wilber (2003) existen meditaciones concentrativas, receptivas, mántricas o silentes.

La meditación puede ayudar a detener la usual traducción e interpretación que se tienen del mundo exterior e interior; la detención de ese proceso implica que el adulto mayor pueda llegar a mejores niveles de interacción con la realidad dado que los usuales modos de relación con la realidad se encuentran sesgados y esa parcialidad lleva al sufrimiento. Washburn considera que a través de la práctica constante de la meditación emergen “a la conciencia” toda clase de extraños recuerdos, recuerdos olvidados, recuerdos insignificantes, recuerdos no reprimidos sino olvidados o preconscientes. Podemos pasarnos meses enteros contemplando esta <película> subliminal sumergente que reaparece en la conciencia y danza ante nuestra atónita mirada interna” (Washburn en Wilber 2003).

Por ejemplo, Santa Teresa de Ávila (1565, 2010) habla de los tres tipos de vías para acceder a la Conciencia; la Oración Mental la cual “No es otra cosa... sino tratar de amistad estando muchas veces tratando a solas con quien sabemos nos ama” (p. 32). La oración vocal utiliza las fórmulas usuales (Padrenuestro, el Salve, etc.) mientras que “Llamo yo meditación [ascética] al discurrir mucho con el entendimiento” (p. 34).

La meditación puede ser practicada en cualquier etapa de la vida; de hecho se le puede considerar un acelerador del proceso evolutivo del desarrollo y no practicarla pudiera constituir un freno a la mejora del adulto mayor. El crecimiento interior no posee edades y consideramos que a medida que se acumulan los años debería redoblar el esfuerzo y la voluntad para proseguir el desarrollo en todos sus niveles. Si el egocentrismo oscurece la verdad, entonces la individuación (Jung) y la interiorización (Wilber, 2005) coadyuvan a la disminución narcisista de la conciencia y el mejor acceso a las verdades profundas de la vida.

La meditación entonces, realiza una limpieza de las telarañas que impiden la correcta visión, acción, sensación de la vida, y se puede realizar en cualquier edad, condición física y mental.

¿Cómo practicar la meditación silente y concentrativa?

Para iniciar un proceso de meditación se necesitan cojines, un tapete y una manta.

Proceso de meditación:

1. Sentarse en uno o varios cojines abultados que levanten los glúteos de manera que las rodillas toquen el suelo. Las colchas dobladas pueden sustituir a los cojines. En esa posición habrá una cierta inclinación (glúteos arriba y rodillas abajo). Esta posición ayudará a distribuir el peso del cuerpo y podrá meditarse durante un lapso mayor sin demasiado dolor.
2. La posición sentada es con los pies cruzados, media loto o loto entera.
3. Se colocan las manos a la altura de los genitales poniendo la mano derecha abajo y encima la izquierda; hay que juntar los pulgares de modo que los 4 dedos (meñique, anular, medio e índice) queden paralelos al piso y encima de ellos los pulgares se tocan.
4. La espalda debe estar erguida y la mirada debe dirigirse a un punto en el suelo situado a un metro o metro y medio de los genitales.
5. Hay que inhalar lentamente por nariz expandiendo la caja torácica a los 4 puntos (al frente, por detrás y a los lados); al terminar de inhalar hay que apretar el recto y contener por dos o tres segundos el aire. Después exhalar en silencio, lentamente por nariz; la caja torácica regresa a su lugar y se distiende el recto. Esta inhalación-Contención-Exhalación representa el Uno. Cuando se exhala se mentaliza el Uno como número.
6. Se vuelve a repetir todo el paso 5 y al finalizar se mentaliza el número Dos. Se repite todo este proceso hasta llegar al Diez y después se desciende del Diez al Uno.
7. Durante la meditación evitar movimientos como rascarse, voltear, ver celulares, reloj, etc. y considerar que el adulto mayor es el verdadero dueño de su cuerpo y el manejar las distracciones es porque así lo decide.
8. La práctica de la meditación puede ser durante 20-30 minutos diarios. Los cambios se observarán al cabo de seis meses.
9. Se puede practicar solo y en grupo, la ventaja del grupo es que puede otorgar fuerza y equilibrio.
10. La meditación se potencializa cuando además de la técnica se adereza con la devoción. Se puede elegir el fin de la devoción particular de acuerdo a las creencias (Dios, Cristo, Buda, el Cosmos, la Verdad, el Amor, el Yo Universal, etc.).

CONSIDERACIONES FINALES

El sufrimiento de las personas adquiere mayor o menor agudeza de acuerdo a las vivencias, modos de vida, tipo de personalidad, circunstancias en el que se presentan los eventos dolorosos o impactantes, redes de apoyo con las que se cuente, estado físico y psicológico.

Así, las técnicas de relajación se posicionan como una oportunidad de mejorar las condiciones físicas y mentales de una persona puesto que se trata de una técnica fácil de aprender, con resultados evidentes a la mirada de quien la practique.

Por último cabe mencionar que el adulto mayor presentan por su propio desarrollo un desgaste físico que puede desencadenar angustias, miedos y estrés; por lo que dotarlos de un entrenamiento en relajación les será de gran utilidad para manejar situaciones estresantes y problemáticas en su vida diaria, con mayor habilidad.

REFERENCIAS

- Álvarez, B. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México. Trillas
- Brannon, L., Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*, Ed. Paraninfo
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España. S. XXI.
- Latorre, J., Beneit, P. (1992). *Psicología de la salud*. Lumen. Argentina.
- Oblitas, L. (2002) *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Ed. Plaza y Valdez México
- Peveler & Jhonston, 1986 citado en Rosemary A. Payne, 2005. *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo. España.
- Ribes Iñesta, Emilio (2008). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Trillas. México.
- Santa Teresa de Jesús (c. 1565, 2010). *Las Moradas. Libro de su vida*. México: Porrúa Sepan Cuantos.
- Selye, 1974 citado en Rosemary A. Payne, 2005. *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo. España.

Sweeney (1978) citado en Rosemary A. Payne, 2005. *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo. España.

Taylor, S. (2003). *Psicología de la salud*. McGrawHill. México.

Titlebaum, 1988 citado en Rosemary A. Payne, 2005. *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo. España.

Washburn, M. (1999). *Psicología Transpersonal en una perspectiva psicoanalítica*. España: Liebre de Marzo.

Wilber, K. (2003). *Los tres ojos del conocimiento*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (2005). *Sexo, ecología, espiritualidad: el alma de la evolución*. Vol. 1. Libro Dos. Barcelona: Kairós.

El arte de vivir en equilibrio en generaciones jóvenes y personas de edad: Guía práctica para combatir el estrés

Sandra Lorena Rosas Meneses

Introducción

El propósito de esta guía práctica para combatir el estrés es que con la promoción y aplicación de estas técnicas la población tenga una vida activa, saludable, productiva y paliativa de calidad.

Por ello es importante alentar la promoción de ejercicios prácticos para vivir en equilibrio entre generaciones jóvenes y las personas de edad; ya que ellas también son importantes depositarias de la historia, los valores de una sociedad y proporcionan la necesaria continuidad inter generacional particularmente en estos tiempos de transición, asimismo esta guía consta de un enfoque pluridisciplinar ya que todos los seres humanos somos diferentes, tenemos diversos roles y gustos, que por lo tanto no es suficiente basarse en un solo autor o en una sola técnica para combatir el estrés.

Actualmente vivimos en un mundo dinámico y globalizado, en donde las grandes masas se concentran en las ciudades y cada una de estas personas es un mundo lleno de creencias, tradiciones y diferentes actividades por hacer, pero en su gran mayoría lamentablemente no nos preocupamos por lo más importante que es el propio bienestar físico y mental hablando en general, no se ha fomentado la cultura del bienestar cuerpo-mente y por consecuente afecta al propio desarrollo social ya que somos seres humanos y poseemos sentimientos y emociones que nos generan una reacción, ya sea positiva o negativa.

Desafortunadamente las condiciones ambientales, la escuela, el trabajo, las relaciones sociales y los eventos que se van presentando a lo largo de nuestra vida generan tensión, ansiedad y sobretodo estrés; la gente a corta edad como es en el caso de la adolescencia ya sufre de estrés y no es demás mencionar que con el paso del tiempo para las personas adultas trae como consecuencia enfermedades físicas y mentales.

El estrés es la reacción de nuestro cuerpo cuando se enfrenta a situaciones que causan un cambio, estos acontecimientos no se pueden predecir, sin embargo, si se puede controlar la forma de reaccionar ante ellos.

En la vida diaria existen situaciones que pueden generar estrés, por ejemplo el exceso de trabajo, las responsabilidades, algún acontecimiento importante, etc. afectando nuestra vida diaria y en ocasiones, la relación con las demás personas.

Existen técnicas que ayudan a liberar y controlar la tensión muscular, emocional y a manejar las relaciones estresantes. En esta guía se proponen varias técnicas para tener un manejo adecuado del estrés y con ello disminuir síntomas y sus consecuencias y así estar en equilibrio tanto física, psicológica y espiritualmente.

Las técnicas recomendadas en este manual son las siguientes:

1. **Alimentación:** El conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc.
2. **Ejercicio físico (Tai chi):** El ejercicio físico regular ayuda a eliminar algunos desechos metabólicos que resultan de experiencias estresantes.
3. **Meditación:** Produce un estado de relajamiento mediante la concentración de los pensamientos, su propósito es reducir las reacciones negativas causadas por estresores que afectan la mente y el cuerpo.
4. **Calidad del sueño:** La duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día. La restricción en el horario del sueño pueden conducir a privación parcial o total del sueño.
5. **Gimnasia cerebral:** Logra la comunicación entre mente y cuerpo ayuda a eliminar el estrés y las tensiones que el organismo acumula al mover la energía bloqueada y permitiendo que fluya libremente entre el cuerpo y la mente, además de que permite la integración de las funciones del hemisferio izquierdo y derecho.
6. **Inteligencia emocional:** Ayuda a sentir, entender, controlar y modificar los propios estados emocionales y los de los demás y con ello reducir situaciones estresantes, dirigirlas y equilibrarlas.

7. **Autonomía personal:** Manifiesta que cada persona es capaz de decidir y elegir por sí misma, mediante la iniciativa personal, aceptación, elección, decisión y responsabilidad.
8. **Creatividad: Proporciona las** bases para que a través de un proceso creador se pueda buscar la solución adecuada para determinado problema ya que nos permite abrir la percepción y generar alternativas además de que es un principio para el mejoramiento de la inteligencia personal.
9. **Asertividad:** Reduce el estrés que se produce al interactuar con los demás, enseña a defender los derechos de cada persona pero sin agredir ni ser agredido.
10. **Administración del tiempo:** Permite realizar las actividades en tiempo y forma y con ello se evita que se prolonguen tareas o situaciones que se posterguen y causen estrés.



EL ESTRÉS

¿Cuántas veces usted ha sentido estrés o ha escuchado a algún conocido, vecino, amigo o familiar decir que se siente estresado ya sea por que va a presentar un examen, tiene mucho trabajo, por un divorcio, por la muerte de un familiar, etc.?

El estrés estará presente muchas veces en nuestras vidas, es inevitable, pero la forma de reaccionar ante el depende de nosotros.

Definición

El estrés es considerado una respuesta biológica y psicológica que prepara a las personas para reaccionar y enfrentarse a las demandas que se le presentan, este ocurre cuando existen cambios en la vida que afectan el equilibrio mental, emocional o físico del individuo; se origina por el instinto que tiene el cuerpo de protegerse de la presión física o emocional que lo está alterando.

Importancia

En la actualidad, las personas no podemos evitar el estrés pero si podemos aprender a manejarlo para minimizar sus efectos.

Es importante indicar que cada uno reacciona de manera diferente a situaciones estresantes, algunas personas se estresan frente a situaciones que a otros no les estresan. La forma de reaccionar ante el estrés va a depender de la personalidad, la educación y la experiencia de vida.

Beneficios biopsicosociales

Dentro del enfoque biopsicosocial de la salud, el estrés es parte fundamental para explicar la relación que existe entre acontecimientos ambientales, respuestas fisiológicas y salud.

Son las demandas psicosociales las que causan y ponen en acción las respuestas ante el estrés, las cuales si son muy intensas y frecuentes podrían afectar la salud de las personas.

Cuando se presentan altos niveles de estrés una persona puede modificar su comportamiento hasta el punto de afectar lo que le rodea o autodestruirse, por lo tanto, se

puede ver afectada la relación con su pareja, con su familia, con su entorno laboral, con su propia salud y con la sociedad.

Existen dos tipos de estrés:

1. Estrés positivo o también conocido como eustrés, el cual es una respuesta normal ante una situación estresante, es de poca duración, tiene una función adaptativa, ayuda a las personas a enfrentarse exitosamente a la situación que genera tensión, hace que el cuerpo y la mente estén alerta, se concentren y llenen de energía para empezar la acción y resolver los problemas.
2. Estrés negativo o distrés, el cual es una respuesta anormal o patológica que no le permite a las personas adaptarse adecuadamente y se convierte en un obstáculo para el desarrollo. Este ocurre cuando se enfrentan a circunstancias que provocan niveles altos o agudos de estrés, provocándose una reacción de lucha o huida.

El estrés causa que el cerebro se ponga en alerta, este es encargado de preparar al cuerpo para la acción defensiva, entonces el sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para mantener a la expectativa a los sentidos, se acelera el pulso, la respiración se hace más profunda y los músculos se tensan, esta respuesta se programa biológicamente y ayuda a defendernos contra situaciones amenazantes; esta respuesta es de lucha o huida.

Existe poco riesgo cuando los episodios de estrés son infrecuentes o duran poco, sin embargo, cuando las situaciones estresantes no se resuelven el cuerpo se queda en un estado constante de activación provocando un aumento en la tasa de desgaste de los sistemas biológicos y aumenta el riesgo de enfermedad.

Algunos síntomas del estrés son los siguientes:

- ☀ Físicos:
 - ☀ Dolor de cabeza
 - ☀ Dolor de estomago
 - ☀ Dolor de espalda
 - ☀ Taquicardia
 - ☀ Fatiga
 - ☀ Presión sanguínea alta
 - ☀ Insomnio
 - ☀ Dolor de pecho
 - ☀ Hiperventilación
 - ☀ Subir o bajar de peso

- ✧ Sequedad de boca
- ✧ Dilatación de pupilas
- ✧ Manos frías o sudorosas
- ✧ Estreñimiento
- ✧ Tensión de hombros y cuello
- ✧ Respiración agitada

- ✧ Emocionales:
 - ✧ Problema de relaciones con otras personas
 - ✧ Depresión
 - ✧ Agresión
 - ✧ Fatiga
 - ✧ Frustración
 - ✧ Aumento en uso de alcohol, tabaco u otras drogas
 - ✧ Falta de motivación
 - ✧ Temor
 - ✧ Dificultad para tomar decisiones
 - ✧ Aislamiento
 - ✧ Perdida de control
 - ✧ Reír o llorar sin razón
 - ✧ Apatía
 - ✧ Aburrimiento
 - ✧ Culpabilidad
 - ✧ Mal humor
 - ✧ Nerviosismo

- ✧ Mentales:
 - ✧ Dificultad para concentrarse
 - ✧ Dificultad para aprender
 - ✧ Olvidar asuntos o cosas
 - ✧ Olvidar el tema de la conversación

Entre los estresores o desencadenantes del estrés se encuentran los aspectos:

1. Individual: ambigüedad y conflicto con el rol en el trabajo, sobrecarga de trabajo, aspectos relativos al desarrollo de la carrera, responsabilidad por otras personas, estresores inherentes a la profesión y al desarrollo profesional, etc.
2. Personal: algunas de ella son las dificultades financieras, divorcio, muerte de un familiar y violencia intrafamiliar, etc.
3. Factores grupales: aislamiento dentro de un grupo, etc.
4. Organizacionales: dentro de este nivel se puede encontrar el clima organizacional, la estructura organizacional, territorio y tecnología, etc.
5. **Manejo del estrés**

El manejo de estrés consiste en controlar y reducir la tensión provocada por situaciones estresantes, realizando cambios emocionales y físicos.

Algunos consejos prácticos son los siguientes:

- 1) Aprender a relajarse;
- 2) Determinar objetivos y prioridades;
- 3) Concentrarse en lo positivo;
- 4) No ser perfeccionista;
- 5) Dormir o descansar adecuadamente;
- 6) No prolongar las decisiones;
- 7) Realizar una administración efectiva del tiempo donde se considere tiempo para el trabajo, ocio e imprevistos;
- 8) Anticipar tareas para evitar posteriores aglomeraciones;
- 9) Aprender a decir no;
- 10) Aprender a descansar y respetar los días de descanso, vacaciones y tiempo de ocio;
- 11) No asumir responsabilidades que no correspondan;
- 12) Identificar y mejorar la propia capacidad de trabajo;
- 13) Delegar responsabilidades;
- 14) Concentrarse en lo que se está haciendo y evitar interrupciones;
- 15) Conectar y expresar los sentimientos y emociones;
- 16) No posponer los asuntos pendientes;
- 17) Evitar las adicciones al alcohol, tabaco u otras drogas;
- 18) Separar el trabajo de la vida privada y no llevarse trabajo a casa;
- 19) Acostumbrarse a hablar de las dificultades o problemas pidiendo ayuda cuando se necesite;
- 20) Escuchar música relajante;
- 21) Practicar un pasatiempo;
- 22) Realizar ejercicios moderados regularmente;
- 23) Visitar al médico cuando sea necesario;
- 24) Platicar los problemas con alguna persona de confianza;
- 25) Establecer un orden de prioridades;
- 26) Concentrarse en el presente;
- 27) Llevar una dieta balanceada;
- 28) Buscar ayuda profesional si presenta problemas para un manejo adecuado de estrés;
- 29) Aprender técnicas para un manejo adecuado de estrés.

Los niveles de trabajo para el control de estrés son:

❖ FÍSICO:

El desarrollo y mantenimiento de un buen estado físico ayuda en la prevención del estrés, ya que el ejercicio aumenta la resistencia física y psicológica de la persona a los efectos de este.

❖ PSÍQUICO- MENTAL:

La relación que existe entre mente y cuerpo es directa, cuanto más entrenada este la capacidad de concentración, incrementará la fuerza de voluntad y la energía mental.

❖ ESPÍRITU:

Existe una relación recíproca entre la energía y los sentimientos, ya que los sentimientos se producen en la mente y son dirigidos por el espíritu. Cuando existe un equilibrio es más fácil controlar las emociones y con ello el estrés.

A continuación se encuentra un instrumento con el cual puede medir sus niveles de estrés:

¿ES USTED VULNERABLE AL ESTRÉS?

Piense en el pasado

En la lista siguiente señale con una cruz el recuadro que indique cuanta aflicción le puede causar cada uno de los sucesos de trabajo y personales que se describen.

SUCESO	MUCHA	MODERADA	POCA	NADA
Despido o renuncia				
Nuevo ingreso en el empleo				
Reorganización de la dependencia				
Pérdida económica o disminución de ingresos				
Muerte de un amigo íntimo o miembro de la familia				
Mudanza o traslado				

Separación o divorcio				
Próximo matrimonio				
Crédito para una casa nueva				
Ser víctima de un robo				
Nacimiento de un hijo, adopción, hijastro u otra persona agregada al hogar				
Complicación en el sistema judicial				
Seria enfermedad o lesiones de un amigo o miembro de la familia				
Aumento en responsabilidades de cuidar un pariente enfermo				
Inseguridad en el empleo				
Relaciones poco cordiales con el jefe inmediato				
Cambio de prioridades en el trabajo				
Relaciones poco cordiales con compañeros de trabajo				
No hay oportunidad de avanzar y desarrollarse				
Exceso de trabajo				
Falta de flexibilidad para hacer frente a emergencias familiares o personales				
Favoritismo o injusticia en políticas de ascenso				
Constante vigilancia de su desempeño laboral				
Trabajo rutinario o poco interesante				
Especial reconocimiento en su labor				

Presión por fechas límites en su trabajo				
Perdida de motivación en su trabajo				
Su liderazgo no es efectivo				
Dificultades financieras				
Desavenencia con cónyuge o socio				
Deterioro de la salud personal				
Crianza de un hijo				
Encontrar quién cuide a su hijo o problemas con situación actual de dicho cuidado				
No tiene tiempo suficiente para pasarlo con quien está más cerca de usted				
Vecindario peligroso				
Malas relaciones con un pariente íntimo (papá, hermano, yerno)				
Conflicto sexual o frustración				
Conflicto trabajo- familia				

Soledad o falta de intimidad				
Cuestiones de fecundidad o reproducción.				

MUCHA: USTED ES UNA PERSONA MUY VULNERABLE AL ESTRÉS, TOME MEDIDAS PREVENTIVAS.

MODERADA: IMPLEMENTE MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA SU CONTROL.

POCO O NADA: USTED ES DE LAS PERSONAS QUE CANALIZA POSITIVAMENTE SU ANGUSTIA, PUEDE TRABAJAR BAJO MUCHA PRESIÓN.

SEÑALES QUE EL ESTRÉS ESTA AFECTANDO SU SALUD

En la lista siguiente señale con una cruz el recuadro que indique con qué frecuencia ha experimentado los síntomas que se indican.

SÍNTOMAS FISICOS	NUNCA	UNA O DOS VECES AL MES	CASI TODOS LOS DIAS
Dolor de espalda			
Problemas de peso (pérdida o exceso)			
Dolores de cabeza			
Problemas respiratorios, garganta irritada			

Problemas de estomago (colitis, gastritis, úlceras)			
Dolores inexplicables			
Dolor de pecho			

SÍNTOMAS DE CONDUCTA	NUNCA	UNA O DOS VECES AL MES	CASI TODOS LOS DIAS
Alimentación (no tener tiempo para comer, comer muy aprisa)			
Fumar en exceso			
Tomar bebidas alcohólicas			
Tomar calmantes			
Huir de relaciones estrechas			
Critica, culpa o ridiculiza a los demás			
Se siente víctima o que se aprovechan de usted			
Le fastidian las personas que le rodean			
Accidentes o heridas			

SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS	NUNCA	UNA O DOS VECES AL MES	CASI TODOS LOS DIAS
Le cuesta trabajo concentrarse			
Le abruma el trabajo			
No tolera ningún ruido			
Se distrae fácilmente			
No puede quitarse una idea de la cabeza y está siempre preocupado			
Se siente deprimido, desalentado o sin esperanza			
Pierde la memoria			
No quisiera asistir al trabajo			
Le cuesta trabajo tomar decisiones			
Le cuesta trabajo relajarse, siempre es rígido			

NUNCA: NO VIVE AFECTADO POR EL ESTRÉS

UNA O DOS VECES AL MES: APLIQUE MEDIDAS PARA CANALIZAR ADECUADAMENTE EL ESTRÉS.

CASI TODOS LOS DÍAS: NECESITA ATENCIÓN PERSONALIZADA.

BIBLIOGRAFÍA

- Davis, K., & Newstrom, J. (1999). *Comportamiento humano en el trabajo*. Mc Graw Hill.
- Bustamante, J. P. (s.f.). Control del estrés y relajació. *FUndacion Opera Prima & Neuronilla.com*. Recuperado el 6 de Agosto de 2011, de <http://centros5.pntic.mec.es/capsanmar/recurso/materiales/control%20estress%20y%20relajacion.pdf>
- Gobierno del estado de Veracruz (s,f) .Taller vivencial de crecimiento interior (manejo del estrés). Recuperado el 6 de agosto de 201, de http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/CGINICIO/PDFS_MARCOLEGAL/TALLER%20VIVENCIAL%20DE%20CRECIMIENTO%20INTERIOR.PDF
- Martín Daza, F. (s.f.). NTP: Prevención del estrés:intervención sobre el individuo.
- Moreno Sánchez, A. (2007). Recuperado el 10 de Agosto de 2011, de <http://www.masdermatologia.com>
- Moreno Sánchez, A. (2007). Estrés y enfermedad. Recuperado el 10 de Agosto de 2011, de <http://www.masdermatologia.com>
- *NIOSH*. (1999).El Estrés...En el trabajo. Recuperado el 9 de Agosto de 2011, de http://www.bychan.de/procrastination/Stress_bei_der_Arbeit.html

CREANDO UN HABITO DE ALIMENTACIÓN

La alimentación es fundamental para estar en equilibrio, por lo que es bueno recordar “cuerpo sano, mente sana” los buenos hábitos alimenticios se están cuestionando hoy en día, pero por que convertir algo fácil en complicado; el conocer como alimentarnos nos permite prevenir enfermedades, es decir una buena alimentación conlleva a mantenerse saludables y estar preparados para cualquier exigencia física o mental.

Por lo general, al momento de preparar la comida en nuestra familia elegimos las más fáciles de cocinar, las más baratas o las que, en un principio, aparecen como las más sabrosas.

Un hábito se pueden definir como una acción o actividad repetitiva, en la mayoría de veces de manera mecánica e inconsciente y tienen un alto grado de permanencia a lo largo de la vida, por ello es de cuidado conocer los hábitos que llevamos a cabo día a día, ya sea en el trabajo, la familia y a nivel personal.

Diversos estudios afirman que este se puede desarrollar en 21 días, la clave es ser persistentes y comprometernos con nosotros mismos.

Hoy en día llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir

alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

Importancia de los alimentos...

La energía necesaria para las funciones vitales como el del corazón, la respiración y de todo el cuerpo nos llega mediante el consumo de hidratos de carbono simple y complejo.

Azúcares, almidón, y algunas grasas y lípidos.

Los alimentos nos ayudan a formar, reparar y mantener los órganos, tejidos y sistemas de defensa nuestro cuerpo necesita de proteínas, tanto de origen animal como de origen vegetal.

Las vitaminas y los minerales tienen la función de regular los procesos químicos y fisiológicos que se producen constantemente en nuestro organismo para que todos se realicen con armonía.

Los alimentos son quienes nos proporcionan energía para movernos, mantener nuestra temperatura corporal, crecer y lograr cuanta función vital podamos imaginar. Es decir que nos alimentamos para poder vivir.

Además de ser una necesidad el estar bien alimentados nos permite un mejor desempeño en el trabajo, y por ende una mayor producción y oportunidad de satisfacer esta necesidad.

Reglas para la formación del hábito alimenticio.

1. Comer rápido es dañino.

El comer lento favorece la digestión, devorar no es cognitivo, se pierde conciencia sobre qué hemos comido y cuánto. Lo apropiado es destinar 30 minutos para almorzar y/o cenar. Evitar distracciones como la tv y el computador. Los más ansiosos deben dejar los cubiertos sobre la mesa, hacer pausa y retomar.

2. No comer hasta hartarse.

Tenemos que tener claro la porción adecuada que nuestro organismo necesita para saciarse. Para eso también tenemos que comer lento. El consejo es dejar un poco de comida en el plato, para practicar el “no comer como respuesta al hecho de observar alimentos”. Lo que se dice “comer hasta que no quede nada”, también puede ayudar ocupar una cuchara pequeña para llevar porciones pequeñas a nuestra boca.

3. No llenar los platos.

Siempre comemos lo que vemos. Entonces es necesario no llenar los platos. Para tener una buena nutrición tenemos que servir porciones más pequeñas. Ojo que todos tenemos distintas raciones, niños de adultos. Para eso se pueden medir las porciones con tazas. O usar platos más pequeños al momento de servirles a los niños.

4. Masticar es importante.

Para darle menos trabajo al proceso de digestión, debemos masticar bastante nuestros alimentos. Además es de suma importancia saborear la comida. Los alimentos crudos siempre necesitan más tiempo de masticar, lo mismo con carnes las cuales debemos masticar alrededor de 20 veces antes de tragarlas.

5. No saltarse las comidas

Debemos comer cada 3 o 4 horas, sin saltarnos las comidas principales. De esa forma si se llega con menos hambre a la mesa se puede controlar el tamaño de las porciones. Si se siente hambre entre comidas es necesario consumir una colación liviana para luego no caer en el picoteo.

6. Frutas y verduras son lo más importante.

Al menos tenemos que tener 5 raciones de ellas al día, ya que contienen vitaminas y minerales importantes, además de antioxidantes que previenen el daño celular, aportan fibra y son bajas en grasas. Se recomienda beber jugos de frutas al desayuno, fruta de postre al almuerzo, ensaladas, guisos, etc.

7. Productos integrales pueden ayudar.

La fibra que dichos alimentos otorgan disminuye la absorción de glucosa, disminuyen los niveles de colesterol y aumentan la saciedad. Para que decir que evitan constipaciones y estreñimiento.

8. La última comida del día debe ser liviana.

Esto porque el metabolismo vespertino es menor que el de la mañana, ya que el cuerpo se prepara para dormir. Además al estar en reposo se produce una mayor absorción de todas las calorías. Siempre hay que establecer un límite de dos horas desde nuestra última comida y la hora de dormir.

9. Si hablamos de alcohol que sea vino o champaña.

Estas dos son las bebidas alcohólicas que aportan menor cantidad de calorías en comparación con licores destilados como pisco, ron, whisky y otros peores como pisco sour. Además el vino tiene una acción antioxidante celular beneficiosa, cabe decir que su alto consumo es perjudicial para la salud. Obviamente para bajar de peso hay que evitar toda ingesta de alcohol.

10. Ejercicios siempre.

No hay buena salud sin ejercicios de por medio. Hay que mantenerse en forma y combatir el stress. Se recomienda realizar actividad física a lo menos tres veces por semana. Caminar diariamente unos 30 minutos, o también repartir dicha caminata en dos veces al día.

Guía de acción para los próximos 21 días

Es de fundamental importancia que conozcamos los alimentos, lo que contiene cada uno de ellos y cuáles son sus funciones para poder incorporarlos a nuestra dieta diaria y proteger así nuestra salud.

Los alimentos contienen nutrientes indispensables para nuestro cuerpo.

Los alimentos se clasifican según su función:

GRUPOS DE ALIMENTOS PROTECTORES DE LA SALUD

FORMADORES: son los que nos ayudan a formar nuestro organismo: piel, cabello, huesos, uñas, músculos y sangre y tienen proteínas que las encontramos en los productos de origen animal y en las legumbres que son de origen vegetal.

ENERGÉTICOS: son los que nos dan energías para poder levantarnos, cambiarnos, jugar, estudiar y trabajar.

Tienen hidratos de carbono, azúcares y grasas.

REGULADORES: son los que nos permiten mantenernos sanos y que nuestros órganos funcionen bien: aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo.

Es necesario que en nuestras comidas diarias estén presentes alimentos de estos tres grupos para lograr un equilibrio en nuestra alimentación y en nuestra salud. Si comemos de cada uno de estos alimentos, habrá niños, adolescentes, jóvenes y ancianos sanos.

Con esta información seremos capaces de crear una serie de combinaciones de alimentos para cada día y así obtener todos los beneficios de una buena alimentación.

La aplicación de esta técnica radica en la construcción de un hábito y en especial de este un buen hábito alimenticio, es importante seguir el proceso mínimo por 21 días, si se fractura no tendrá la eficiencia que debería, así que voluntad y persistencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Contreras. y García, M. (2005). Alimentación y Cultura. España: Ariel S.A.
- Longo, E.N. y Navarro, E.T. (1994). Técnica Dietoterapica. Argentina: El Ateneo
- Esquivel, R. Martínez, S., Martínez, J. (2005). Nutrición y Salud. (2da ed.). México: Manual Moderno

EJERCICIO BASADO EN EL TAI CHI

Definición

Sucesión de movimientos corporales encadenados y armónicos, lentos y suaves, coordinados con la respiración para conseguir una mejor salud, larga vida y defensa propia.

Importancia La inactividad es la causa principal de las enfermedades. Y entre los ejercicios creados, el Tai Chi es considerado la mejor disciplina para evitar enfermedades. Ya que pone en juego cada parte del cuerpo y beneficia no sólo al sistema muscular.

Beneficios biopsicosociales

Estimula el sistema nervioso central, baja la presión arterial, alivia a los músculos de las tensiones, aumenta la eliminación de toxinas del cuerpo, brinda masajes a los órganos internos mejorando su funcionalidad, mejora la digestión y la circulación de la sangre y evita el estrés, que afectan nuestras relaciones personales y/o actividades diarias.

EJERCICIO

Preparación:

- 1.- Colóquese con las piernas juntas y las manos en los costados, (comience a respirar).
- 2.- Separa la pierna izquierda de manera que queden a la altura de los hombros, mientras gira las palmas de las manos que quedan abiertas hacia atrás.

Comienzo:

- 1.- Levante ligeramente las muñecas, arrastrando los brazos y codos hacia abajo, hasta la altura de los ojos (las palmas deben mirar hacia abajo, los codos apuntan al suelo mientras que los brazos están paralelos).
- 2.- Las axilas se encuentran ligeramente abiertas, como si se tuviera un huevo en cada una.
- 3.- Traslade el peso a los talones, empuje con las palmas de las manos.

4.- Baje las manos hasta la altura de la cadera, al mismo tiempo dobla ligeramente las rodillas, las manos estarán separadas al ancho de los hombros, delante de la cintura, como apoyadas en una mesa con la punta de todos los dedos.

5.- Con la columna recta y la coronilla erguida, se gira la pelvis hacia dentro de forma que sienta como estira la columna.

6.- Al mover los brazos las muñecas actúan como si estuviesen sujetas mediante un hilo. El movimiento de los brazos debe poseer la fluidez como el movimiento dentro de una masa de agua.

7.- Los omoplatos ligeramente separados evitando cualquier bloqueo en la conexión horizontal de los brazos, por lo que el pecho debe estar relajado. Las rodillas no deben sobrepasar la punta de los pies.

(Es posible que tras realizar este movimiento continuamente comience a entenderlo. Si alcanza la perfección en su ejecución habrás logrado cierta maestría en el Tai Chi).

La grulla blanca extiende las alas

1.- Gire ligeramente el torso hacia la izquierda, baje la mano izquierda con la palma hacia abajo y adelante la mano derecha en una curva.

2.- De medio paso hacia delante con el pie derecho de forma que quede a la distancia de un hombro en línea resta detrás de la pierna izquierda.

3.- Pase todo el peso al pie derecho empezando por los dedos hasta reposar toda la planta, suba la rodilla izquierda ligeramente mientras gira la palma derecha hacia arriba.

4.- Extienda la pierna izquierda hacia adelante apoyando la punta de los pies mientras despliega los brazos.

5.- Suba la palma derecha por delante del codo izquierdo hasta extender el brazo por encima de la cabeza, la palma derecha abierta al frente y extendida.

6.- Al mismo tiempo que baja la izquierda y extiende los brazos y la palma hacia abajo a lado de la cadera. La pierna derecha queda extendida soportando todo el peso.

7.- La cadera basculada, la columna recta, los hombros relajados y la coronilla como colgando de un hilo.

BIBLIOGRAFÍA

- HYPERLINK "http://mitaichi.blogspot.com/2008/11/maestro-de-tai-chi-hay-diferentes.html" <http://mitaichi.blogspot.com/2008/11/maestro-de-tai-chi-hay-diferentes.html>
- HYPERLINK "http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Tai%20Chi1.pdf" <http://www4.ujaen.es/~jggascon/Temario/Tai%20Chi1.pdf>
- www.semanasalud.ua.es/semana_3/taichi1.htm

MEDITACIÓN

Definición

La meditación describe la práctica de un estado de atención concentrada, sobre un objeto externo, pensamiento, la propia consciencia, o el propio estado de concentración.

IMPORTANCIA

Es algo difícil de enseñar porque se podría decir que cada persona puede hacerlo a su manera. Puede significar dejar que aparezcan los pensamientos y observarlos, sin intervenir, sin intentar reflexionar sobre ellos, como quien mira a través de la ventanilla de un tren; o puede consistir en rezar o también en dejar fluir la mente tratando de no pensar en nada.

BENEFICIOS

La meditación también es un fenómeno multidimensional que puede ser útil en un marco clínico y en una variedad de formas. Está asociada con estados de relajación psicofisiológica, los cuales se ha propuesto que optimizan la eficiencia de los innumerables mecanismos intrínsecos autorreparadores del cuerpo. La subsecuente normalización de los desequilibrios fisiológicos acumulados pudiera entonces ayudar a mantener una buena salud y a prolongar la vida útil. La meditación puede ser utilizada para aliviar el estrés, la ansiedad y otros síntomas físicos, además de que produce cambios cognitivos que pueden ser aplicados en la autoobservación y el manejo conductual y para la comprensión de los patrones cognitivos limitantes o autodestructivos.

El fundamento y esencia última de la meditación es hacer que el ser humano alcance mayores grados de perfección y plenitud actualizando su potencia cognoscitiva más perfecta, como dice Aristóteles, la cual es su inteligencia. Estos mayores grados de

perfección y plenitud implican un mayor conocimiento y toma de conciencia de realidades que se encuentran más allá del mundo físico y que son el fundamento del mismo.

Muchas formas de meditación implican un tipo de retiro de la atención del mundo exterior y de los patrones usuales de la actividad perceptual, cognitiva, emocional y motora, lo cual se ejecuta en un estado de quietud interna y externa.

TECNICA

Hay formas de meditación que utilizan música, movimientos o contemplación visual o auditiva de objetos físicos o procesos (por ejemplo, mirar fijamente la llama de una vela, observar o escuchar una corriente de agua o las olas del mar, etcétera).

La meditación budista, también llamada meditación completa de la mente trata de mantener la mente totalmente enfocada en el momento presente. No en el pasado, no en el futuro, no en connotaciones mentales, justo en el presente, aquí y ahora.

Buda dice, nuestra mente es como una cadena de reacciones y deseos y esto es porque nos atrapamos a nosotros mismos en esta pérdida de reacciones, dejando de experimentar el verdadero significado de la vida.

Ej.-Cuando comes una manzana, nuestra mente puede decir “Me sentiría mejor si como un plátano”, entonces tu cambias y en lugar de una manzana tu comes un plátano y cuando esta comiendo el plátano, tu mente dice “me sentiría mejor si yo como piña” porque se supone que la piña es mas cara, y mas difícil de conseguir. Una vez que tú consigues la piña esto continúa sin cesar.

Otra manera de explicar esta técnica de sentirse plenamente en el tiempo presente seria cuando realizas alguna actividad como cocinar o conducir. Normalmente la mente inconsciente estará en otro lugar pensando en el pasado o en el futuro. Cosas que no deberíamos haber dicho en nuestra ultima conversación o todas las cosas que tenemos que hacer una vez que consigamos el lugar que tenemos en mente o imaginamos conversaciones con las que la mente da vueltas.

Consejos prácticos para meditar

- 1- **Calma.** La hora de la meditación debe ser seleccionada con cuidado, debes seleccionar una hora en la que tengas tiempo para hacerlo, recuerda la meditación requiere que estemos tranquilos.
- 2- **Rutina.** Para esto hay que seleccionar un lugar especial (un sofá, la cama o cualquier otro lugar) y una determinada hora.
- 3- **Concentración.** Antes de comenzar un periodo de meditación es importante mentalmente decirle a nuestro cuerpo y nuestro ser: calma, olvida el pasado, olvida el presente, olvida el futuro.
- 4- **Posición.** Si te sientas para meditar trata de sentarte con la cara al norte o al este. Siéntate cómodo en una posición en la estés relajado.
- 5- **Espacio.** Puedes usar ese espacio para crear un ambiente bonito, lleno de calma y tranquilidad, poner flores frescas, incienso y mantenerlo fresco y ordenado. Este será tu refugio.
- 6- **Respiración.** La primera actividad a la hora de meditar es respirar profundo, debes estar consciente de tu respiración. La respiración puede ser rítmica: primero inhalas, luego sostienes el aire y finalmente exhalas, trata de mantener en mismo tiempo en cada actividad.

Cuando se aspira el aire es conveniente imaginar que entra la pureza hasta el último rincón de nuestras células, y cuando se exhala, se puede visualizar cómo las impurezas abandonan el cuerpo.
- 7- **Despacio.** No esfuerces la mente a pensar en algo rígidamente, respira y trata de concentrarte en la respiración deja que la mente se tranquilice poco a poco.
- 8- **Enfoque.** Selecciona un punto focal en el cual concentrarte, puede ser el punto medio entre tus cejas o el corazón. Trata de enfocar tus pensamientos en ese punto, imaginariamente visualízalo.
- 9- **Mantras.** Si deseas puedes usar un mantra (la palabra que se repite constantemente). Uno de los mantras más usados es OM.

Los mantras son palabras o frases generalmente en sánscrito, que se recitan en voz alta o bien de manera interna, de forma rítmica y repetitiva como objeto de la meditación.

10- Constancia. La práctica perfecciona, si practicas estos pasos u otras técnicas de meditación veras como esto brinda tranquilidad a tu vida.

No esperes resultados inmediatos, la meditación toma tiempo. Empieza con unos minutos e incrementa el tiempo paulatinamente.

Estas experiencias meditativas iniciales se caracterizan por permitirnos estar “como en el cine mirando una película”.

El testigo que mira esa película, el cual somos nosotros mismos, se des-identifica de todos esos elementos mentales sabiendo que él no es ellos.

Esto implica un gran avance cognoscitivo de la conciencia pues dejamos de cargar con elementos que creíamos que eran necesarios para nosotros.

Así llegamos a la comprensión de que existe un testigo de todo lo que pasa pero que no es todo lo que pasa, donde encontramos paz, plenitud y descanso y te **libera del estrés**.

La constancia es indispensable y si hay enfermedad o tristeza, la meditación permite llegar a un punto de estabilidad y paz interior.

Meditando no sólo nos mejoramos a nosotros mismos sino que este bienestar se extenderá a nuestro alrededor produciendo beneficios a los demás.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Pabla Arias, P. (1998). La utilidad de la meditación como modalidad terapéutica.
- Cuba: Medicina General integral. (Capdet Rev)
- BIBLIOGRAPHY \ 2058 Landolfi, H. J. (2004). *Escuela de Filosofía para el Excelencia del Ser Humano.* Recuperado el Septiembre de 2011, de Sabiduría.com: www.sabiduria.com
- Lindisima.com. (1999). *Consejos Prácticos para Meditar.* Recuperado el Septiembre de 2011, de Belleza Integral y Natural: www.lindisima.com
- Yoga, T. S. (2011). *Different types of meditation.* Recuperado el Septiembre de 2011, de Meditación: <http://www.theseecretsofyoga.com>

CALIDAD DEL SUEÑO

Definición de sueño

La duración del sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día. Las restricciones en el horario del sueño pueden conducir a privación parcial o total del sueño.

Definición de sueño: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Importancia

Al dormir bien y descansar totalmente, hacemos que nuestro cuerpo pueda funcionar adecuadamente a los requerimientos del día a día. De este modo se evita forzar a l cuerpo a un desgaste superior al que es adecuado, así pues, si vamos a la escuela, si trabajamos o si tenemos cosas que hacer en casa las haremos bien y con el esfuerzo necesario.

PARA TENER SUEÑO

1.- Cena algo ligero como fruta o un plato de cereal.

2.- Has una lista de los pendientes que tienes para el día siguiente y no te quedes preocupado por las cosas que tendrás que hacer.

3.- Date una ducha antes irte a dormir para que duermas relajado. TIP: Disfruta tu ducha, deja de preocuparte por lo demás.

4.- Si aun haciendo todo lo anterior no puedes dormir bien, es hora de que apliques la siguiente **técnica**:

a).- Ponte ropa holgada, cómoda para hacer ejercicio en casa.

b).- Salta la cuerda: Durante 5 minutos brinca la cuerda. En caso de que no puedas brincar la cuerda brinca sin ella alternando cada pie de modo que brinques solo con uno cada vez que desees saltar. O camina lo más veloz que puedas.

c).- Continuamos con 2 series de 10-15 repeticiones de sentadillas. Este ejercicio consiste en permanecer de pie, con los pies juntos, la espalda recta y flexionar las rodillas como si quisiéramos tocar el suelo con el trasero y sin bajar del todo volver a subir. Si tendemos a perder el equilibrio o nos cuesta mucho ponernos de pie, podemos sujetarnos ligeramente a una silla y no bajar totalmente. O podemos cambiarlo por sentarnos y pararnos de una silla.

d).- Este ejercicio consiste en 2 series de 10-15 repeticiones de abdominales. Este conocido ejercicio te ayudará a sentir el cansancio suficiente para dormir de maravilla. En caso de que te sea muy complicado hacerlo puedes omitirlo.

e).- Continuaremos con unas sencillas rotaciones de cintura. Estando de pie con los pies ligeramente separados y sin levantarlos del suelo, haremos un giro de la cintura hacia la derecha y luego hacia la izquierda. Haremos 2 series de 10 repeticiones.

f).- Por último propongo dos series de 10 repeticiones de lagartijas. Para llevar a cabo este ejercicio te recomiendo que apoyando las rodillas en suelo (es más sencillo que apoyando solo la punta de los pies) y las manos (a la altura de los hombros). Bajes el cuerpo y vuelvas a subir.

g).- Ahora ¡YA TERMINASTE!, puedes ducharte si lo deseas e irte a dormir. Del modo que has tensado tus músculos en este momento lo único que van a querer es relajarse y no moverse hasta el día siguiente.

Cómo elegir la mejor almohada:

- ✚ La **almohada** es un producto muy personal, y en gran parte la responsable de nuestro descanso diario. Por ello, a la hora de elegir la almohada adecuada debemos tener en cuenta una serie de aspectos:
- ✚ La compensación también es importante: fíjese en las propiedades de los materiales de relleno para ver si su **transpiración** es buena o mala.
- ✚ La postura que adoptamos a la hora de dormir.
- ✚ Una almohada debe asegurar que las vértebras cervicales y las dorsales formen el mismo ángulo que cuando estamos de pie.
- ✚ Dormir sin almohada puede provocar hipertensión, y la aparición de contracturas cervicales.

¡Dulces sueño

Beneficios biopsicosociales:

La calidad de sueño se ve afectada y traspasa a los entornos biológicos, psicológico y social del individuo. Cuando un sujeto duerme de 6 a 8 horas corridas y con un verdadero estado de relajación afectara de modo positivo sus relaciones sociales porque al no tener una constancia en las horas de sueño la irritabilidad comienza a provocar estragos en la forma como el individuo se comunica o trata a las personas que le rodean.

Por otro lado cuando se sufre de insomnio, amneas, etc., o simplemente el sueño no fue reparador, las afecciones físicas se hacen visibles los ojos irritados, dolor de cabeza, bostezos frecuentes, pérdida de fuerza física.

Y el entorno psicológico comienza a ser claramente fastidiado por la pérdida de memoria, falta de concentración y estados de estrés elevados.

Bibliografía

- fifi, A. y Bergman, R. A. (2006). Neuroanatomía funcional. Texto y atlas. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (9ª ed.). México: Mc Graw Hill

GIMNASIA CEREBRAL

Definición

La gran mayoría de las personas hemos experimentado el estrés, la pregunta es: ¿Qué hacer para eliminar tensiones y estrés?

La gimnasia cerebral está comprendida por una serie de ejercicios y métodos cuya utilidad radica en mantener activo al cerebro, mientras más se utilice menores son las posibilidades de que presente fallas. La gimnasia cerebral ayuda a poner en movimiento al cerebro y mejora funciones como el lenguaje, la atención, la memoria y la creatividad.

Importancia

Estos ejercicios en pocas palabras permiten mejorar el funcionamiento del cerebro y son sencillos, prácticos aparte de fáciles de realizar, ya que permite una integración de ambos hemisferios y cabe mencionar que son muy útiles para mantener nuestro cerebro en buenas condiciones, sobre todo cuando no se practica ningún deporte o actividades que impliquen una gran inversión en tiempo; además favorecen también el desenvolvimiento social del individuo ya que se siente libre de tensiones con armonía y por lo tanto desempeñará sus actividades lo mejor posible.

El hemisferio izquierdo es usualmente el más utilizado ya que por la sociedad donde vivimos tenemos que utilizar la lógica.

A través del movimiento experimentamos nuestro potencial para aprender, pensar y crear, en cada uno de nosotros esta la decisión de mejorar nuestra salud y nuestro bienestar en general. La plasticidad neuronal solo necesita de un movimiento para liberar el potencial ya que nos proporciona la habilidad de aprender.

¿Cómo es el aprendizaje mente-cuerpo?

Los seres humanos nos expresamos a través de nuestro cuerpo, los sentidos y los movimientos activan las redes neuronales, haciendo que éste se conforme como una herramienta de aprendizaje.

Desarrollando los sentidos

Desde la gestación hasta la vejez, el cerebro es quién proporciona la información necesaria del entorno que nos rodea. A través de nuestros ojos, oídos, nariz y piel recibimos sensaciones y éstas se convierten en conocimiento

- El oído, ya que desde que somos un feto, lo primero que desarrollamos éste sentido; a las doce semanas ya nos movemos espontáneamente y nuestros nervios , pulmones y diafragma empiezan a sincronizarse con los primeros patrones de sonido.

- Los olores están muy ligados a la memoria y por tanto desempeñaran un papel muy importante inicial del niño a lo largo de su vida.

El olor también es usado para alertarnos del peligro. Cuando una persona o un animal tiene miedo secreta feromonas que pueden fácilmente ser detectadas por ciertos animales que relacionaran al temor. Un bebé o un niño puede ser capaz de reconocer inmediatamente la sensación de peligro o de miedo en su medio ambiente y reaccionar para protegerse.

- El tacto, inmediatamente después del nacimiento, estimula el crecimiento de las terminaciones sensoriales del cuerpo sujetas a los movimientos motores, en la orientación espacial y la percepción visual. Si no se presenta esta activación, los movimientos musculares serán diferentes y se presentaran distorsiones en el aprendizaje.

La piel se encuentra llena de terminaciones nerviosas que determinan el aprendizaje por lo tanto si alguien nos toca se incrementa la producción de hormonas en el cerebro y se activa todo el sistema nervioso.

- Y por último está la vista, nosotros aprendemos viendo, las imágenes penetran por nuestros ojos y se invierten hacia atrás mientras entran por el nervio óptico y a través del quiasma óptico. Se dirigen al tálamo al lóbulo occipital donde la visión primaria es procesada. La visión completa se produce cuando la información de todos los lóbulos cerebrales ha sido procesada.

Beneficios biopsicosociales

Una de las ventajas más importantes es que previene la enfermedad de Alzheimer en general, sin embargo sus beneficios hacia la población pueden ser de acuerdo a la edad:

-Jóvenes de hasta 25 años: mejora atención, concentración, memoria, integrarse mejor con compañeros y mejora de las relaciones sociales.

- Adultos entre 25 y 35 años: ayuda a tener confianza en las entrevistas, hablar en público con seguridad y soltura.

- Adultos entre 36 y 65 años: les sirve para mejorar en algún aspecto de su persona.

- Personas de la tercera edad: Recupera de fuerza, motricidad y memoria.

Tanto el cuerpo como el pensamiento y la emoción están ligados mediante las redes neuronales. Gracias al desarrollo emocional, el ser humano es sociable y es esencial para entender el pensamiento, la imaginación y las relaciones sociales.

Cuando se involucran emociones a lo largo de la vida tendremos mayor éxito en los resultados esperados, además nuestras emociones no dependen de nosotros sino del medio ambiente físico y social, por lo tanto es esencial que nos conozcamos a nosotros mismos y podamos manejarlas positivamente.

Ejercicios:

A través del movimiento experimentamos nuestro potencial para pensar y crear, en cada uno de nosotros esta la decisión de mejorar nuestra salud y nuestro bienestar en general. La plasticidad neuronal solo necesita de un movimiento para liberar el potencial ya que nos proporciona la habilidad de aprender, a continuación se mencionan ejercicios que implican el uso de los sentidos:

El siguiente ejercicio ayuda a normalizar la presión sanguínea, a despertar el cerebro, estabilizar una presión normal de sangre en el cerebro, a alertar el sistema vestibular y aumentar la atención cerebral.

Botones cerebrales:

1. Las piernas moderadamente abiertas.
2. La mano izquierda sobre el ombligo presionándolo.

3. Los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionan las arterias carótidas que se encuentran en el cuello.
4. Los dedos restantes colócalos entre la primera y segunda costilla.
5. Apoya la lengua en el paladar.

El siguiente ejercicio tiene un efecto inmediato ya que activa el oído interno y trabaja con la memoria a corto plazo.

Sombrero de pensar:

1. Estirar un poco las orejas con los dedos pulgar e índice.
2. Masajearlas de arriba hacia abajo a terminar en el lóbulo inferior.
3. Repite tres veces el ejercicio.

El presente ejercicio ayuda para activar e incrementar la memoria, integra ambos hemisferios cerebrales, centra la atención cerebral y ayuda a la concentración.

Pinocho:

1. Inhalar por la nariz y frotarla rápidamente diez veces.
2. Exhalar sin frotarla.
3. Repetir el ejercicio cinco veces más.
4. El aire que se toma tiene que entrar por las dos fosas nasales.

Este ejercicio ayuda a que el fluido cerebroespinal corra más adecuadamente hacia el cerebro, a aumentar la atención cerebral y a que circulen las conexiones eléctricas de la medula espinal.

El perrito:

1. Estira el cuero cabelludo de tu cuello con una mano sosteniéndolo durante diez segundos con fuerza y suéltalo durante tres segundos.
2. Repetir el ejercicio cinco veces.

El presente ejercicio programa el cerebro en distintas alternativas, abre los circuitos neuronales, ayuda a la visualización, genera energía más fluida en el sistema nervioso, activa la creatividad y las posibilidades de cambio.

Cambiando la película cerebral:

1. Recuerda un momento en el cual te hubiera gustado actuar de diferente forma.
2. Acuérdate de lo que viste, lo que escuchaste y lo que sentiste.
3. Pregúntate: ¿Qué podría haber hecho para que fuera diferente?
4. Piensa en alternativas y crea películas distintas en tu mente y ve tu imagen en la película y metete en tu imagen (como si te metieras en la película).
5. Pregúntate: ¿estas alternativas me hacen sentir bien? , ¿me beneficiare yo y los que me rodean? ¿Me dañarán?
6. Puedes crear en tu cerebro más alternativas y películas diferentes.
7. Escoge una película y tu cerebro encontrará las acciones que la hagan realidad.

El siguiente ejercicio permite que el sistema nervioso se ponga en estado de alerta, se genere armonía, que la calma regrese y ayuda a tener claridad en el razonamiento.

Cuenta hasta diez:

1. Siéntate, mantén una postura recta y apoya tus pies sobre el piso.
2. Pon las palmas de tus manos hacia arriba al frente, a la altura de tu cintura apoyándolas sobre tus piernas.
3. Cierra los ojos y presta atención a tu respiración.
4. Toma aire y cuenta hasta diez; retén el aire en tu interior y cuenta nuevamente hasta diez.
5. Exhala el aire contando hasta diez hasta quedar son aire mientras cuentas hasta diez lenta y suavemente.
6. Repite el ejercicio tres veces.
7. Puedes decir una frase o palabra al terminar el ejercicio.

¡Imagínate lo que podrías lograr si desarrollas las funciones de los dos hemisferios!

Fuera estrés y tensiones ya que te mantienes en estado de alerta, eres más eficiente y sobre todo eres una persona equilibrada.

¡Así que no lo pienses más y decídate a cambiar tu vida con estos ejercicios prácticos y sencillos!

“La felicidad radica, ante todo, en la salud”.

Jorge William Curtis

Bibliografía

- *Capacitación positiva*. (21 de junio de 2009). Recuperado el 23 de agosto de 2011, de <http://capacitacionpositiva.blogspot.com/2009/06/gimnasia-cerebral-ejercicios.html>
- *Grupo Tress*. (septiembre de 2008). Recuperado el 19 de agosto de 2011, de <http://www.tress.com.mx/esp/Portals/0/Documentos%20varios/Bolet%3%ADn%20mensual/Septiembre/Gimnasia%20cerebral%20-%20sep.pdf>
- Ibarra, L. M. (1999). *Aprender mejor con Gimnasia Cerebral*. México: Garnik Ediciones.
- Valenzuela Velázquez, G. (2000). *Fitness*. Recuperado el 13 de agosto de 2011, de <http://www.fitness.com.mx/medicina047.htm>

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Definición

La inteligencia emocional (IE) es el uso inteligente de las emociones: hacer que, intencionalmente, las emociones trabajen para nosotros, utilizándolas de manera que nos ayuden a guiar la conducta y los procesos de pensamiento, a fin de alcanzar el bienestar personal

Daniel Goleman publicó en los EE.UU. en 1995 el libro *La inteligencia emocional* que se basa en una idea sencilla: además de una inteligencia “intelectual”, poseemos también una inteligencia “emocional” tanto o más importante que la otra para el éxito en la vida.

¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL?

“Es con el corazón como se ve correctamente: lo esencial es invisible a los ojos.”
Antoine de Saint-Exupéry

Los cinco **DOMINIOS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL** y algunas estrategias para la conquista de una mejor inteligencia emocional en cada una de ellas.

1. Autoconciencia – conocer las emociones propias, reconociendo un sentimiento en cuanto se manifieste, siendo capaces de distinguir entre sentimientos.

Examinemos la estrategia:

1. Percibir la emoción del individuo.
2. Reconocer la emoción como una oportunidad de intimidad y transmisión de experiencia
3. Escuchar con empatía, legitimando los sentimientos del individuo.
4. Ayudar al individuo a nombrar y a verbalizar las emociones.
5. Imponer límites y, al mismo tiempo, ayudar al individuo a resolver sus problemas.

“La principal diferencia entre un sabio y un loco es que el loco no es capaz de aprender de sus errores.” Proverbio chino

2. Administración del estado de espíritu (disposición) – Lidar con sus sentimientos de manera que se vuelvan adecuados a las situaciones y que usted reaccione de la manera adecuada.

Mente racional: denomina a la parte de nuestra mente que analiza, razona y aplica conceptos elaborados por el pensamiento.

Mente emocional: denomina a la parte de nuestra mente que tiene actitudes reflejas, reactivas y originadas en las vivencias emocionales del pasado no resueltas por la mente racional.

El círculo de excelencia asenta en el requisito de vivir el presente acrecentando los recursos, además de usar **mecanismos emocionales para resolver problemas emocionales** lo que es en sí más eficaz que intentar resolver emociones usando únicamente la mente racional.

“...la mente racional, es el modo de comprensión del que habitualmente tenemos conciencia... capaz de ponderar y reflexionar. Pero junto a él existe otro conocimiento

impulsivo y poderoso, aunque a veces ilógico; la mente emocional.” Daniel Goleman

3. Auto motivación – la capacidad para crear sinergias (sumar todas las partes aumentando un valor mayor que el unitario en cada una de ellas) entre los sentimientos propios y dirigirse a una meta, sin tener en cuenta la falta de confianza en uno mismo, ni la inercia, ni la impulsividad. Con relación a esta tercera área de dominio, mencionamos dos técnicas que presentan recursos útiles para la auto motivación.

-La **primera** y la más sencilla de todas es la técnica que consiste en dividir una tarea grande en tareas menores de sencilla ejecución, evitando sentimientos de ansiedad, estrés y frustración.

-La **segunda** técnica es la llamada pirámide invertida que simplemente crea prioridades en las tareas diarias, no en función de su importancia o urgencia, sino en función del desgaste emocional implícito en cada una de ellas (que, necesariamente, será diferente para cada persona, dependiendo de sus preferencias emocionales)

“Esas dos mentes, la emocional y la racional, funcionan en estrecha armonía la mayor parte del tiempo, entrelazando sus modos de conocimiento para orientarnos en el mundo.” Daniel Goleman

4. Empatía – reconocer sentimientos en las demás personas, entrando en sintonía con sus manifestaciones verbales y no verbales. Para mejorar nuestras interacciones y nuestra percepción de las manifestaciones verbales y no verbales de los demás, podemos recurrir a:

Flexibilidad – considerar que nuestra respuesta es a consecuencia de nuestro proceso de comunicación.

Sistemas Representativos – permanecer atento al sistema representativo que prevalece en nuestro interlocutor.

Adoptar la repetición empática – uso de términos y expresiones comunes al interlocutor.

5. Gestión de las relaciones – la capacidad de lidiar con nuestras relaciones con los demás, de resolver conflictos, de negociación, de cohesión de grupo. Esta es probablemente la más sensible de las áreas abordadas por la inteligencia emocional y exige un tratamiento estratégico más amplio.

“Muchos indicios apuntan a que las personas emocionalmente competente –que conocen y afrontan bien sus sentimientos, y leen y consideran los ajenos– tienen ventajas en cualquier faceta de la vida, sea en las relaciones amorosas e íntimas, sea asimilando las reglas tácitas que gobiernan el éxito en la política organizativa.” Daniel Goleman

La inteligencia emocional consiste en la capacidad para afrontar y resolver satisfactoriamente una situación emocionalmente inestable y aprender a controlar las emociones para que trabajen a nuestro favor y no dejar que dominen nuestros actos y pensamientos, haciendo que tomemos decisiones inadecuadas o irracionales.

Las personas emocionalmente inteligentes

Beneficios biopsicosociales de la inteligencia emocional:

- ✓ Incrementa la autoconciencia.
- ✓ Favorece el equilibrio emocional.
- ✓ Fomenta las relaciones armoniosas.
- ✓ Potencia el rendimiento laboral.
- ✓ Aumenta la motivación y el entusiasmo.
- ✓ Otorga capacidad de influencia y liderazgo.
- ✓ Mejora la empatía y las habilidades de análisis social.
- ✓ Aumenta el bienestar psicológico.
- ✓ Facilita una buena salud.
- ✓ Brinda defensas para la reacción positiva a la tensión y al stress.

“Cualquiera puede enfadarse, eso es fácil. Pero enfadarse con una persona en la medida adecuada, en el momento adecuado, por el motivo correcto y de la mejor manera no es fácil” Aristóteles

Importancia

El manejo de las emociones y estrategias para su control

Una de las habilidades fundamentales de la inteligencia emocional es el adecuado manejo de las emociones en uno mismo, también llamada autocontrol emocional.

El control de las emociones no significa que ellas deban suprimirse, sino que se refiere a cómo manejarlas, regularlas o transformarlas si es necesario.

Supone poseer una serie de habilidades que permitan a la persona hacerse cargo de la situación, tomar decisiones entre alternativas posibles y reaccionar de manera controlada ante los diversos acontecimientos de la vida.

El autocontrol puede ser enseñado y aprendido, de allí que sea uno de los objetivos de los programas de educación emocional. El autocontrol emocional persigue encontrar el equilibrio emocional para alcanzar la autonomía y el bienestar personal.

El autocontrol significa saber superar los bloqueos emocionales que ciertas situaciones pueden provocar. Lo verdaderamente importante es intentar reconocer y controlar las emociones negativas para que no desplacen las positivas.

La evitación y el escape no son buenas soluciones para enfrentarse a las tensiones emocionales porque no resuelven las fuentes del conflicto, crean grandes insatisfacciones y terminan por debilitar la integridad emocional.

Tradicionalmente se ha pensado que el control sólo se requiere para las emociones negativas, una mirada más amplia de lo que significa la regulación emocional implica considerar también la habilidad para inducir emociones y estados de ánimo positivos en uno mismo y en los demás. En ese sentido se recomienda:

Autoconocerse a través de la propia reflexión para identificar las emociones positivas y negativas que experimentamos.

Controlar la expresión de las emociones negativas y promover la expresión de las emociones positivas, esto favorece nuestro bienestar personal y las relaciones con los otros.

A continuación se presenta una breve reseña de algunas estrategias para el control de las emociones.

La respiración

La respiración es esencial para la vida. Una respiración correcta es un antídoto contra el estrés.



Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. La respiración nos proporciona una mejor oxigenación optimizando la vida, cuanto más oxigenado tengamos el cerebro, seremos más claros, más lúcidos y más eficaces.

Existen dos tipos de respiración que generan efectos sutilmente diferentes.

-Una superficial, rápida y entrecortada, que normalmente se asocia a la respuesta de lucha, huida o estrés. Este tipo de respiración se caracteriza por un movimiento ascendente y frontal del tórax; es un sistema poco eficaz para oxigenar la sangre, por lo que si se mantiene de manera indefinida, intensifica la sensación de estrés y ansiedad.

-La otra respiración es abdominal o diafragmática, también llamada profunda, que oxigena mejor la sangre porque permite el acceso del aire a la parte inferior de los pulmones y requiere el uso consciente del diafragma.

Los ejercicios que estimulan la respiración abdominal ayudan a relajar la mente. El mero hecho de concentrarnos en el acto de respirar detiene el flujo de pensamientos inquietantes y angustiosos que se suelen experimentar en un estado de estrés o ansiedad.

La visualización

La visualización es una técnica muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones y el cuerpo, y para efectuar cambios deseados en la conducta. Consiste en concentrarse en imágenes mentales.

El propósito de la visualización es reprogramar las actitudes mentales de la persona y así capacitarlo para efectuar cambios positivos en su mente, emoción y conducta.

La visualización se utiliza con diferentes propósitos, por ejemplo, desarrollar relaciones más armoniosas o ganar seguridad en situaciones de carácter social; puede también emplearse como técnica de relajación mental y como método de ayuda para controlar el estrés.

Uno de los fundamentos de la visualización es que es posible modificar el estado de ánimo, imaginando una escena, un objeto o una imagen que contrarrestará una disposición anímica o una situación negativa.

La visualización también nos ayuda a aumentar nuestra capacidad de concentración y a mantener el foco en cada uno de nuestros esfuerzos. La práctica de la visualización siempre debe ir acompañada por unos minutos de relajación física y mental, pues al soltar las tensiones y al mantener alejadas todas las preocupaciones, podemos concentrarnos en crear más fácilmente la imagen mental en positivo de aquello que deseamos.

El control del pensamiento o terapia cognitiva

En las situaciones normales de la vida diaria, entre los sucesos y la emoción existe un diálogo interior. En la mayoría de los casos la emoción procede de la interpretación del suceso y no del propio suceso, y esta interpretación está mediada por los pensamientos que se tengan al respecto. En ocasiones, se tienen pensamientos deformados o distorsionados de la realidad que hacen estallar y/o exacerbar emociones negativas, es lo que se denomina distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o auto diálogo con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman «versiones» subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser

bastantes erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en «distorsiones cognitivas».

EJERCICIOS

1. Auto y co-evaluación de la inteligencia emocional

En todo proceso de desarrollo personal se debe partir del conocimiento profundo sobre sí mismo, lo cual implica desarrollar la atención consciente y la reflexión. Para que esta actividad tenga sentido y te sea útil es necesario que respondas con la mayor sinceridad posible, las siguientes preguntas:

1. *¿Cómo me veo a mí mismo en el manejo de mis emociones? ¿Cómo valoro mis habilidades emocionales en las relaciones con las otras personas?*

2. *¿Cómo me ve mi familia en el manejo de mis emociones y en las relaciones sociales? Para contestar esta pregunta pídele opinión a los miembros de tu grupo familiar.*

3. *¿Cómo me ven mis amigos en el manejo de mis emociones y en las relaciones sociales? Para contestar esta pregunta, averigua la opinión que tienen tus amigos al respecto.*

Una vez hayas dado respuesta a las tres preguntas, reflexiona sobre las mismas. Presta atención a las semejanzas y/o diferencias entre las distintas apreciaciones

Frases para promover la autoconciencia emocional

Las frases siguientes pueden ayudarte a desarrollar tu autoconciencia emocional

Soy una persona feliz cuando.....

Tengo miedo cuando.....

Lo que más me enfada es.....

Estoy triste cuando.....

Me siento querido(a) cuando.....

Odio cuando.....

Me animo cuando.....

Me siento querido(a) por.....

Me produce ansiedad.....

Lo que más me cuesta controlar es.....

Cuando tengo mucha rabia me provoca.....

Cuando tengo miedo siento

Me siento culpable de.....

Una de las cosas que más me indigna es

Me admiro por.....

Siento amor por.....

Siento temor de.....

Cuando estoy estresado (a).....

Orientaciones para mejorar la respiración

1. Tendido(a) en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta: cierra los ojos y colócate con las piernas estiradas, ligeramente separadas una de otra; las puntas de los pies mirando ligeramente hacia fuera, los brazos a los lados del cuerpo sin tocarlo y con las palmas de las manos mirando hacia arriba.

2. Centra tu atención en la respiración. Coloca una mano en el lugar del cuerpo que veas que sube y baja, cada vez que inspiras y expiras. Fíjate si este lugar se encuentra situado en el tórax; si es así, esto significa que no estás ventilando totalmente los pulmones. Las personas que están nerviosas tienden a hacer respiraciones cortas y superficiales que sólo alcanzan la parte más alta del tórax.

3. Coloca con suavidad las dos manos sobre el abdomen y observa los movimientos que realizas al respirar. Observa cómo el abdomen se eleva en cada inspiración y desciende en cada expiración.

4. Es preferible respirar por la nariz más que por la boca; por tanto, mantén las fosas nasales tan libres como puedas antes de realizar los ejercicios.

5. ¿Se mueve tu tórax al compás de su abdomen o, por el contrario, está rígido? Dedicar uno o dos minutos a dejar que el tórax siga los movimientos del abdomen.

Eliminando la tensión con suaves golpes

Este ejercicio te hará sentirte relajado y alerta.

1. Ponte de pie con las manos a los lados del cuerpo.

2. A medida que inspiras lentamente, golpea suavemente tu tórax con las puntas de los dedos, cambiando continuamente de sitio para no olvidar ninguna zona.
3. Cuando hayas inspirado todo el aire que te sea posible, mantén la respiración y golpea suavemente el pecho con las palmas de las manos. Igual que antes, procura no olvidar ninguna zona.
4. Espira.
5. Practica unas cuantas respiraciones más y luego repite el ejercicio empezando por el punto 1 tantas veces como sea necesario.
6. Después de haber hecho este ejercicio unas cuantas veces golpeando el tórax, puedes variarlo golpeando ahora aquellas zonas de la espalda a las que llegues con las manos.

El diario emocional

El diario emocional consiste en el registro sistemático de las emociones experimentadas y puede constituirse en una excelente herramienta para desarrollar la conciencia emocional. Resulta conveniente asumir esta estrategia con flexibilidad y creatividad, para aprovechar las ventajas del registro sistemático de los acontecimientos pero sin convertirlo en una camisa de fuerza, en algo sumamente reglado que le reste espontaneidad y sentido.

Llevar un registro emocional debe ser, preferiblemente, una opción personal. Cada quién debe preguntarse si le gustaría hacerlo y cuál es su disposición para llevarlo a cabo. Algunos pueden preferir ir anotando de manera inmediata lo que les está emocionando, otros pueden escoger hacerlo al final del día. Cada quién debe descubrir qué le resulta más cómodo y útil. Es importante destacar que los registros deben hacerse de manera continua para que cumpla sus propósitos e intentar describir las situaciones con los mayores detalles posibles; hacerlo de esta manera, proporcionará información importante acerca de nosotros mismos.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para llevar el diario o registro emocional:

1. Escribe la emoción que hayas sentido y describe tu experiencia. Presta atención a los siguientes puntos:

a. *¿Qué nombre le das a esa emoción?* Si te descubres usando repentinamente sólo unas cuantas palabras, como frustrado o feliz, trata de encontrar más palabras referidas a emociones.

b. *¿Cuáles sensaciones corporales acompañaban la emoción?* Por ejemplo: Tener tensión en el cuerpo, mandíbula, los puños; temblor, sentir que sudas o tienes mucho calor, sentir frío, notar los latidos del corazón; cosquilleo en el estómago, otras sensaciones ¿cuáles son?

c. *¿Qué produjo la emoción o estado de ánimo?* Describe la situación. ¿Se debió a un suceso externo o interno?

d. *¿Qué pensamientos vinieron a tu mente en el momento en que estabas sintiendo esa emoción? ¿Cuáles son esos pensamientos? ¿Se refieren al pasado, al futuro o al presente?*

e. *¿Qué acciones realizaste en el momento en que estabas sintiendo esa emoción específica? ¿Sentiste el deseo de hacer algo, o de expresar algo?* Por ejemplo: Acercarte o

alejarte, avanzar agresivamente, poner una determinada expresión facial.

f. Haz una reflexión acerca de la respuesta emocional que le diste a la situación.

2. Al cabo de un tiempo, un par de semanas o de un mes, realiza una lectura del diario o registro emocional. Presta atención a los siguientes puntos:

a. *¿Qué emociones se repiten? ¿Cuál es la tendencia de tu estado emocional?*

b. *¿Experimentas las mismas emociones una y otra vez por las mismas causas?*

c. *¿Qué emociones no experimentas?*

d. *¿Presentas alguna dificultad para expresar determinadas emociones?*

e. *¿Cuáles son las acciones que realizas ante determinadas emociones?*

f. *¿Cuáles son los pensamientos dominantes ante determinadas emociones?*

g. *¿Qué reflexiones puedes hacer cuando miras tu comportamiento emocional sin la emocionalidad del momento en que ocurrieron?*

h. *¿Cómo valoras tu control emocional?*

3. A partir de la revisión realizada en el punto anterior, valora la posibilidad de introducir algunos cambios que te permitan manejar de manera más satisfactoria determinadas situaciones emocionales que experimentas.

Bibliografía

- Goleman, D. (1998). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Goleman, D. (1998). *La practica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona, España: Kairos.
- Vivas, M. (2007). *Educación de las emociones*. Venezuela.

AUTONOMÍA PERSONAL

DEFINICIÓN

La autonomía es en materia de normativa social aquel estado de salud y bienestar en el que una persona se vale por sí misma para realizar las actividades diarias de la vida (levantarse, desplazarse, asearse, comprar, relacionarse, etc.). (BRANDEN, 1997)

La autonomía es el estado contrario de la dependencia, en la cual una persona requiere ayuda de otra para la realización de las actividades básicas de su vida diaria varias veces al día y, debido a su total pérdida de autonomía, necesita la presencia constante de un cuidador. (s/a, 2002)

Capacidad de la persona para realizar por sí misma, sin ayuda o vigilancia de otras, los actos cotidianos elementales de supervivencia, tales como la alimentación, el aseo, el vestido, el manejo de aparatos o dispositivos mecánicos sencillos, la realización de pequeños desplazamientos, etc. La autonomía personal se ve afectada en aquellas enfermedades somáticas que impliquen una grave alteración de la motilidad y también en enfermedades mentales que den lugar a una grave desorganización de la conducta o que estén definidas por profundos defectos de la inteligencia.

¿CÓMO DESARROLLAR TÚ AUTONOMÍA PERSONAL?

(Romero, 2007) “Todo lo que quieres de una u otra manera está relacionado con satisfacer tus necesidades. El problema es que siempre has tratado de que estas se satisfagan a través de demandas hacia algo o alguien que esta fuera de ti.

Ahora veremos como puede ser tu eje desde el que eliges como atender tus propias necesidades”

Según esta autora desde las enseñanzas vedas de la antigua India la autonomía personal tiene se manifiesta en diferentes niveles:

- Un cuerpo físico
- La mente (emociones y sentimientos)
- Intelecto (sistemas de creencias, capacidad de discernir y discriminar).
- El ego
- El alma
- Extensiones del medio ambiente

BENEFICIO BIOPSIICOSOCIAL

Nuestro cuerpo físico es una condensación luminosa y eso es lo que vemos. Creemos y fantaseamos que no somos más que nuestro propio cuerpo y nos identificamos con él.

Nuestro cuerpo atraviesa diferentes tránsitos porque cambia constantemente, pero dentro de un contexto de solidez y rigidez aparente a nuestros sentidos.

Nuestro cuerpo está formado por energía que se transforma en materia y la materia en energía.

Tu cuerpo físico sufre una transformación constante, aunque no nos demos cuenta se está renovando a cada momento.

Hoy en día nos la pasamos contaminando nuestro cuerpo y para darse cuenta podemos ir al refrigerador y vamos a encontrar productos enlatados, congelados, precocidos, condimentos artificiales o comidas instantáneas. La energía que nos brindan es de baja calidad y nos dañan en nuestros procesos naturales de digestión.

Sin importar nuestra edad, puede que hayamos llegado a la conclusión que nos conocemos lo suficiente para afirmar: "*soy así*" porque nos hayamos basado en un registro de reacciones, formas de pensamiento, actitudes, aptitudes de las que somos conocedores"

La historia personal también nos ha permitido conocernos en los distintos roles (como hijos, padres, amigos y otros) y ensayar definiciones de *quiénes somos* para irnos acostumbrando a "ser de un modo establecido". Re-definirnos, desaprendiendo y cambiando las auto-imágenes, será una tarea difícil de afrontar cuanto mayor haya sido el grado de identificación con ese "*soy así*".

Cuando las circunstancias de la vida nos generan dudas, crisis, incertidumbre y nos enfrentamos a lo desconocido; ser de un modo u otro, parece no alcanzar para sortear los nuevos desafíos; quizás entonces hasta sin proponernos, descubramos que somos un misterio. Sí, un misterio que se devela o revela según las circunstancias que vivimos, seres en proceso de crearnos.

Pero ¿de dónde surge lo misterioso que hay en nosotros, aquello que de descubre? Del propio inconsciente, necesitamos bucear en sus aguas, estableciendo una relación o vínculo de amistad que implica respeto y cuidado.

La aceptación de que sólo conocemos aspectos superficiales de nosotros mismos cuyo conjunto llamamos personalidad, nos permite comprender que conocernos implica incorporar al inconsciente profundo permitiéndole que se revele.

Cuando deseamos explorar y conocer el misterio que somos, emprendemos un viaje simbólico de reencuentro con nosotros que puede significar atender alguna herida emocional, reparándola, cicatrizando el tejido enfermo. Así como un hábil cirujano repara una herida corporal, el inconsciente tiene capacidad de cerrar y sanar heridas en el tejido

emocional.

También en este viaje vendrá la renuncia al pasado "no digerido" para aprovechar los aprendizajes y la renuncia al futuro con su ansiedad; para experimentar el presente. Habrá tiempo para explorar las Creencias abandonando las que ya no funcionen e incorporando otras nuevas en su reemplazo y se abrirán los senderos que conducen a una sana valoración de sí mismo, que se aleja de los vínculos y las relaciones tóxicas.

Además de explorar y develarnos quiénes somos, el inconsciente nos permitirá mirar los acontecimientos de nuestra vida en perspectiva, como piezas de un todo integrado. La comprensión de que los sucesos están encadenados en una cadena que nos invita a crecer y evolucionar o a sufrir una y otra vez por la reiteración de los errores, nos sorprende y maravilla. Cuando vemos la totalidad que sólo integrar el inconsciente a nuestra conciencia proporciona, hallamos la calma y la esperanza.

La calma para sobrellevar los momentos difíciles como parte del proceso y la esperanza en que avanzamos a una nueva integración, hacia un nuevo todo, forma parte del Conocernos y penetrar el misterio.

Por mucho tiempo, los seres humanos hemos temido al inconsciente con cierta razón, ya que es poderoso, misterioso y reacciona a la falta de cuidado o de respeto; pero se puede ingresar a él en forma amorosa y obtener de él la colaboración para procesos tanto físicos, como emocionales y mentales. Su sabiduría se basa en que es la primera estructura psíquica que se forma durante la vida fetal y es la fuente del misterio de la vida que se despliega a medida que vivimos.

Aprendemos a confiar en él y en sus orientaciones a medida que nos alejamos de los estereotipos de la personalidad y sus defectos, porque el inconsciente nos abre todas las posibilidades del Ser, devolviéndonos la posibilidad de elegir libremente.

La autonomía personal es uno de los valores más preciados en la sociedad actual, entendiendo por autonomía el derecho que tenemos cada uno/a de nosotros/as a elegir nuestro propio estilo de vida. Debemos añadir a esta aseveración el hecho de que también nos encontramos, en estos momentos, ante un pluralismo ético que favorece una variedad de posturas sobre las que no existe un consenso social determinado acerca de lo que sería un conjunto de valores esenciales.

“En cualquier caso, parece indudable que la autonomía personal como valor, ha de ser fundamental en el seno de los debates éticos que puedan plantearse para acercarnos a una realidad social diversa y justa. En otro sentido, la construcción personal de un pensamiento complejo, creativo y crítico, necesita contar con un ambiente saludable, una base educativa, social y cultural que sea capaz de promover y proteger el proceso de desarrollo de la autonomía personal, ya que ésta no puede generarse con hipotecas de salud, alimentación o habitabilidad” (DOMINGUEZ)

EJERCICIO 1:

Antes de empezar los ejercicios debemos pedir que el o los participantes mantengan una relajación por medio de la respiración.

Equilibrio de la respiración.

Práctica de la clave “SOL”

Este maravilloso ejercicio de constante práctica en el día, le permitirá a Usted prestar atención - a cada momento - para estar en conciencia de quién es, de lo que está pensando, sintiendo, actuando y en dónde está o se encuentra.

El ejercicio consiste en dividir su atención en tres partes, con el propósito de poner en evidencia el grado de conciencia adquirido por Usted. Es un verdadero ejercicio para su auto-descubrimiento y su regulación de equilibrio.

Le permitirá estar atento y alerta en relación con lo que piensa, con sus hábitos, palabras, gestos, emociones y acciones.

La división de la atención en tres partes es la siguiente:

S - Sujeto: ¿Quién soy?

O - Objeto: ¿Qué estoy haciendo en este momento?

L - Lugar: ¿Dónde estoy ahora?

SUJETO:

¿Quién soy?

Descubrir la importante necesidad de observar su propia esencia, vigilando sus pensamientos, sentimientos, emociones, temores, anhelos o aspiraciones, deducciones. etc., además de sentir las sensaciones que su cuerpo registra de todo esto. No olvidarse de su Sí mismo, ni un sólo instante.

Muchas veces se cree que una persona es lo que hace. Aproveche este momento para preguntarse si Usted está ubicado en el "SER" o en el "PARECER". Si Usted se dirige al encuentro de su Ser interior, con seguridad alguna, estará alejándose del "ego", que quiere constantemente distraer su atención haciéndole creer que su "esencia" es la "apariencia".

OBJETO:

¿Qué estoy haciendo en este momento?

Debe preguntarse de manera consciente qué hace en este instante. Procurar analizar, en milésimas de segundos, cuál es el objetivo de lo que está haciendo como propósito de vida y si está verdaderamente comprometido con "quién es Usted en esencia".

LUGAR:

¿Dónde estoy ahora?

Pregúntese dónde está Usted ahora en realidad, más allá del espacio físico.

Sucede que muchas veces Usted está en su hogar, pero su pensamiento está focalizado en los problemas del trabajo. Cuando hace esto, no se está dando cuenta de dónde se encuentra en realidad.

Procure ser un observador de todo cuanto le sucede de momento a momento. La observación detallada y minuciosa del lugar donde está. Pregúntese la razón de por qué está en este determinado lugar ahora.

La práctica de la observación durante el día, de manera recurrente, le permitirá activar los mecanismos de su consciencia y estar en permanente auto-regulación en el “Aquí y Ahora”.

El autor espiritual (TOLLE, 2004) en su libro “El Poder del Ahora”, recomienda estar intensamente consciente de cada momento presente, prestando una puntual atención a toda actividad, por más rutinaria que ésta sea, haciendo que la atención sea un fin en sí mismo.

EJERCICIO 2:

Focalice una profunda atención de las sensaciones de su cuerpo, el tacto, el sonido, la respiración, los colores, los olores, los movimientos y las emociones, cuando está realizando cada actividad, como por ejemplo: bajar una escalera, caminar, ducharse, lavarse las manos, subir a su automóvil, a un ascensor, mirar por una ventana, etc.

Con la práctica de este ejercicio Usted alcanzará, en un tiempo no muy lejano, una sensación de paz interior y de presencia de una energía inmensamente superior que nos protege.

BIBLIOGRAFIA

- AUTOR, S. (2002). *FILOSOFIA Y AUTONOMIA*. Recuperado el 29 de agosto de 2011, de <http://www.lopezdemendoza.es/desc/filosofia/AUTONOM%C3%8DA.pdf>
- BRANDEN, N. (1997). *BIBLIOTECA JURIDICA VIRTUAL*. Recuperado el 28 de AGOSTO de 2011, de <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=1091>
- DOMINGUEZ, D. L. (s.f.). Recuperado el 1 de SEPTIEMBRE de 2011, de <http://grupo.us.es/laboraforo/lolaautonomiapersonal.pdf>

- ROMERO, L. (2007). *SOMOS DIOSAS LA VERDADERA FEMINIDAD*. México: Zeta.
- TOLLE, E. (2004). *EL PODER DEL AHORA*. ESPAÑA: PAIDOS.

CREATIVIDAD

Definición

Es la actitud y la aptitud para generar a través de un proceso creador nuevas ideas, para descubrir nuevos significados, para inventar nuevos productos, nuevos servicios, para encontrar nuevas conexiones, ya sea en el nivel individual o en el social.

Importancia

La creatividad es de gran importancia pues con ella podemos buscar la solución adecuada para determinado problema ya que nos permite abrir la percepción y generar alternativas además de que es un principio para el mejoramiento de la inteligencia personal y del progreso de la sociedad. Es un proceso que se desarrolla en el tiempo y que se caracteriza por la originalidad, por la adaptabilidad y por sus posibilidades de realización concreta. La creatividad puede ser una habilidad de todos, no sólo de los genios. Basta ejercitarnos periódicamente a través de algunas técnicas de creatividad pero siempre partiendo de la base de que existe interés de nuestra parte por lo nuevo, por lo desconocido, por lo no experimentado aún.

Cuando un individuo se encuentra en estrés (debido a una determinada situación) existe una preocupación excesiva que se puede incluso manifestar como la sensación de no poder controlar nuestro pensamiento surgiendo así los bloqueos, con las diversas técnicas de creatividad el individuo puede salir de ellos.

Con el tiempo nos daremos cuenta de que el acto de crear es un ejercicio útil y diario que pone a prueba nuestra capacidad y que vale la pena integrarlo a la vida para que ésta sea distinta y novedosa cada día.

Área Del Cerebro Donde Se Encuentra La Creatividad

Para poder comprender de donde proviene la creatividad tenemos que recordar cómo está constituido nuestro cerebro. En el cerebro se encuentran dos hemisferios o lados encargados de realizar distintas funciones pero a su vez estos dos hemisferios se complementan cuando queremos realizar ciertas acciones.

El lado derecho de nuestro cerebro, procesa conjuntos, combina partes para integrar el todo, aprendizaje aleatorio, ritmos, imágenes e imaginación, color, sueños, reconocimiento

de caras y patrones y mapas, dimensiones. Es el de la intuición, la capacidad creadora y la imaginación. El pensamiento divergente o creativo, involucra abrir la mente para encontrar nuevas soluciones y formas de hacer las cosas.

El hemisferio izquierdo procesa la información analítica y secuencialmente, paso a paso, de forma lógica y lineal. El hemisferio izquierdo analiza, abstrae, cuenta, mide el tiempo, planea procedimientos paso a paso, verbaliza, Piensa en palabras y en números, es decir contiene la capacidad para las matemáticas y para leer y escribir. Se guía por la lógica lineal y binaria (si-no, arriba-abajo, antes-después, más-menos, 1,2,3,4 etc.).

Fases Que Componen El Proceso Creativo

1.Preparación

Esta fase se trata de una Inmersión (consciente o no) en un conjunto de cuestiones problemáticas que son interesantes y suscitan la creatividad, es un momento estimulante.

Cuando perciba el problema recabe inmediatamente toda la información posible sobre este.

Trate de identificar una inquietud (algo que no le haya quedado claro del problema o algo en lo que quiera profundizar) debe de ser algo que le motive e instigue a investigar buscando así posibilidades y alternativas.

Mucha gente piensa que en esta fase se caracteriza la creatividad en sí misma y no logra transformar la problematización y la recogida de información en algo nuevo. O sencillamente se contentan con “copiar” lo que fue investigado al recabar la información suponiendo haber llegado al resultado final sin tener nada en concreto.

2.Generación

Es la inmersión en el objetivo creativo, la “masticación” de aquello sobre lo que se quiere crear. En esta fase trate de manipular, experimentar, generar ideas y buscar alternativas sobre el tema que le ocupa de forma consciente. Tenga a la mano una libreta y un bolígrafo para ir anotando cada una de las ideas que le vaya surgiendo.

3.Incubación

Un posible periodo de “descanso ficticio” el cual se caracteriza por un tiempo de espera, de búsqueda inconsciente de la solución y a la vez donde se realizan conexiones inusitadas.

Es algo así como dejar que el inconsciente digiera el objetivo mientras descansamos por lo tanto distráigase realice las cosas que le gustan (escuchar música, ir al teatro, hacer ejercicio físico, quedar con amigos... preferiblemente distracciones estimulantes de la imaginación y las emociones).

Es un período en el que se pudiera experimentar frustración, la sensación de que no se conseguirá lo que se espera, ansiedades, miedo a quedarse en blanco, al vacío y a la

incapacidad de encontrar las “respuestas creativas” deseadas. Pero una persona creativa acostumbrada a pasar por esos procesos, sabe que es necesario un tiempo interior para que los distintos elementos puedan “amalgamarse”. Es como si fuese una fase de “cocción” cuya duración no siempre podrá ser controlada por la persona que crea. Es en este momento donde la mayor parte de los individuos abandonan el proceso creativo por el hecho de no soportar esa “espera en la oscuridad” pues nunca se sabe cuánto tiempo durará una incubación, ya que puede tardar horas o días.

4. Iluminación

La solución irrumpe de pronto. Es cuando llega la luz a la oscuridad del proceso de incubación y las partes antes dispersas se unen presentándose como un todo ordenado. Ese es el momento más agradecido del proceso creativo, porque es cuando usted percibe todo claro y conectado. Es un tipo de éxtasis placentero que da energía a todo y justifica todo el esfuerzo anterior.

Teniendo ya la idea pudiera parecer en esta fase que el proceso creativo acabaría aquí pero no es así el proceso creativo sigue su ritmo y así se entra en la próxima fase.

5. Verificación

Examen de la solución encontrada. Es el momento en el que usted evaluará si merece la pena dedicar atención a lo que se ha intuido. Muchas personas piensan que lo mejor es no entregarse a la primera ocurrencia tras la situación en suspenso propia del momento de incubación emocionalmente, es uno de los momentos más difíciles porque engendra incertidumbre e inseguridad frente a las decisiones necesarias.

Y en general conlleva como consecuencia a bien abandonar todo el trabajo, reemplazarlo o comunicarlo y ningunas de esas opciones son fáciles de asumir ya que entonces este proceso se verá como una pérdida de tiempo.

6. Elaboración

Esta es la última fase y se caracteriza por el desarrollo, comunicación y aplicación práctica de la idea. Es frecuentemente largo y muchas veces arduo. Una parte importante de todo este proceso es la difusión y socialización de la creación.

Hay que señalar que en el proceso creativo no siempre tienen porqué darse estos pasos ni por este orden. Lo que si se destaca es que desde esta perspectiva, el producto creativo es resultado de un gran trabajo previo.

Reglas Del Proceso Creativo

A) Toda Idea es Bienvenida.

Toda ocurrencia, imagen, recuerdo se debe expresar sin considerarla: obvia, insignificante, inmoral o ridícula. Cuando surja una idea, escribirla o dibujarla en el

momento en que parece sin autosensurarse. No solo una sino todas las que aparezcan.

B) Juicio o Valoración Diferida.

Toda crítica será pospuesta. Hay un momento para generar ideas y otro momento para valorarlas, evaluarlas. No censurar descartando las ideas de inmediato.

C) Cantidad de Ideas.

La cantidad de ideas es muy importante debido a que de antemano no se puede saber cual de las ideas puede resultar seleccionada, posteriormente, para resolver un problema o para encontrar una nueva solución.

D) Resonancia Selectiva.

Cuando se trabaja en forma grupal es muy importante para estimular nuestra creatividad escuchar las ideas de los otros participantes para desarrollarlas, transformarlas o modificarlas, no para discutir las o rechazarlas.

E) Respeto por los Ritmos y Tiempos de Cada Uno.

En una tarea grupal cada participante aporta con su peculiaridad, a su manera y con su propio tiempo. En actividades individuales también es importante respetar nuestro propio ritmo de trabajo, darnos los tiempos necesarios para la realización de los ejercicios. Utilizar los momentos del día que nos resulten más propicios.

Beneficios Biopsicosociales

Si se lleva a cabo esta técnica podemos:

Mejorar la comunicación con otros

A ser asertivos, expresando lo que queremos.

Ayuda a descargar tensiones físicas debido al estrés.

A encontrar una mejor solución a una problemática

Osborne descubrió que en las organizaciones se encontraban mejores soluciones cuando participaban varias personas aportando opiniones diferentes. Todo el equipo se involucra, lo que favorece a un ambiente de trabajo mucho más relajado y la aceptación de los miembros del equipo en torno a la solución determinada, ya que todos han estado involucrados en la resolución del problema.

Bibliografía:

- <http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/creatividad.shtml> recuperado
- <http://psicologia-positiva.com/creatividad.html>
- Churba, Carlos A. (2007) "La Creatividad". *Un Enfoque Dinamizador de las Personas y Las Organizaciones*. Buenos Aires. Editorial Dunken. 7ta. Edición
- Demory, Bernard. (1991). "Técnicas de Creatividad". Barcelona. Ediciones Granica.

ASERTIVIDAD

Definición

Es la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atender contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento" (Collen Kelley).

Importancia

Ayuda en situaciones en que una persona está ansiosa por defender sus derechos humanos básicos.

- Negociación
- Tener más respuestas a los problemas presentados.
- Hablar de una manera adecuada sin agraviar a los terceros

Para tener una asertividad exitosa se necesita...

RECONOCER LOS ESTILOS DE RESPUESTA

- Las Emociones: exteriorizar los sentimientos de manera adecuada, una Inteligencia Emocional.
- ✓ Algunas técnicas para reconocer tus emociones son:
- ✓ Reconocer las expresiones físicas cuando sientes alguna emoción por ejemplo mirándote al espejo.
- ✓ Registro de las emociones diarias
- ✓ Reconocer las alertas rojas: hablar con otro

- Preparación Personal: esto es mental y físicamente, pensar fríamente las posibles opciones que tiene cada decisión que se tiene.
- Preparación del diálogo: Sin perder de vista que lo importante es lo que hagamos y lo que decimos solamente puede ser una guía para que el otro sepa cuáles van a ser nuestros siguientes pasos, tenemos que preparar aquello que vamos a decirle.
- **Especificar las consecuencias.** Es decir, aquello que va a ocurrir cuando haga lo que se le ha pedido.
 - Fase de ejecución Hay que tener en cuenta algunas técnicas básicas que nos permiten llevar a cabo lo que hemos preparado. No hay que olvidar nunca que nuestros objetivos están plasmados en el diálogo que hemos preparado y que nuestra meta inmediata es decirlo.

TECNICAS PARA UTILIZAR LA ASERTIVIDAD...

TECNICA DE DECIR QUE NO

- ✓ Responder de modo tranquilo y con voz moderada
- ✓ Mirar a nuestro interlocutor
- ✓ Mantener una posición corporal relajada
- ✓ Decidir cual va hacer el mensaje concreto que se va a dar

DISCO RAYADO:

Objetivo: Persistencia

- Justificación: Uno de los principales problemas en asertividad es que no somos capaces de ser persistentes a la hora de expresar mis deseos. Esta técnica nos ayudará a aprender a insistir en la defensa de nuestros deseos. (En muchas ocasiones no seguimos insistiendo porque nos quedamos sin argumentos, sin saber que decir, porque ya me ha dicho no..., permitiendo así que la otra persona pisotee nuestros derechos).
- Proceso: El uso de esta técnica es muy sencillo:

1. Decidimos, con una frase corta que es lo que queremos decir a nuestro interlocutor (Utilizamos frases de tipo “YO”, es decir expreso de forma inequívoca lo que quiero)

2. Repetimos esa frase continuamente independientemente de lo que nuestro interlocutor diga, acompañándolo en su inicio con “Entiendo que...””Comprendo lo que siente...”

• Recuerda:

A) No hay ninguna ley que me obligue a responder las preguntas que me hacen, soy yo quien decide a quien respondo sus preguntas

B) La mayor parte de la gente tiene en su repertorio un número determinado de NO, así que solo tengo que ser capaz de insistir mas allá de su capacidad (si su número de NO son 7, sólo tendré que insistir ocho veces para salirme con la mía)

c) El uso de esta técnica sin ir en conjunción con otras no es recomendable más que en interacciones comerciales, nunca con gente que nos importe o de nuestro círculo cercano (amigos, jefes, compañeros...)

Técnica de pedir favores

Bibliografía

- www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm
- www.p psicoactiva.com/tests/asertividad.htm
- www.scribd.com/doc/52402448/Teoria-de-la-asertividad
- Beverly Hare (2000), Sea Asertivo la habilidad clave para comunicarse eficazmente, ediciones gestión 2000 S.A.; Barcelona 2003.
- Alberti Robert E, Emonss Michael; Viviendo con Autoestima como fortalecer con Asertividad lo mejor de tu persona; Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A

ADMINISTRACIÓN EFECTIVA DEL TIEMPO

Definición

La administración efectiva del tiempo consiste en mejorar los procesos que realizamos diariamente para nuestras tareas. Porque en ocasiones ganar cada día tiempo para poder realizar nuestras tareas no quiere decir que vayamos a eliminar actividades. Pero hay que analizar esas actividades antes de pasar a la administración efectiva del tiempo: imagina que pasas dos horas en la computadora haciendo un trabajo en particular. Sin la administración efectiva del tiempo, seguramente pasarás un buen rato viendo que están haciendo las personas en, Messenger o viendo noticias que no aportan nada a tu trabajo.

Importancia

Tener una buena administración del tiempo implica tener tiempo para todo en la vida, porque hay que tener en cuenta que al desperdiciar el tiempo también desperdiciamos la vida misma, esa es la importancia de esta herramienta que le servirá para integrar cualquiera de las técnicas presentadas en este manual para manejar el estrés.

Beneficios biopsicosociales

La administración efectiva del tiempo puede afectar la forma en que somos percibidos por los demás, lo que podría conducir a una promoción en el trabajo, al centrarse en las tareas importantes, puede aumentar la calidad de su trabajo. Mejora la productividad, la satisfacción laboral, mejora las relaciones interpersonales, reduce la ansiedad y la tensión y por lo tanto hay menos presiones psicológicas sobre la mente y el cuerpo, resultando en una mejora sustancial de la salud, pues al administrar el tiempo se puede incluir un tiempo para comer y hacer ejercicio, además de que hay un aumento de energía.

Enfoque

Social

Herramienta

El primer paso es que enumeres todas las actividades de tu día. Luego de esas actividades, desmenúzalas de manera sincera y comienza a eliminar todas esas distracciones que hacen que no puedas seguir delante de manera efectiva.

Lo Urgente y lo Importante

Porque la noción de *organización* presupone un doble significado: Primero, el que identifica a un grupo de personas que voluntariamente se agrupan para desarrollar tareas a través de las cuales esperan transformar la realidad. Segundo, la propia distribución y coordinación de esas tareas y actividades.

Considerando este doble significado, toda organización debe tomar decisiones sobre 2 tipos de aspectos a los que debe integrar en un permanente estado de equilibrio. Uno de esos aspectos es la atención de lo *Urgente*. Lo Urgente está dado por las tareas y actividades que exigen de nosotros una atención inmediata. Podemos definir a la atención de lo Urgente como toda tarea o actividad en la que ejercitamos nuestra *capacidad de respuesta actual* a los desafíos que se nos presentan. Esta capacidad se expresa a través de la producción de resultados cotidianos de una organización.

El otro aspecto a integrar es la atención de lo *Importante*. Definimos así a las actividades que se ocupan de atender lo que da sentido a la existencia a largo plazo a una organización: Lo que constituye la razón de ser o *Misión*. La atención de lo Importante es toda actividad que se ocupa de *desarrollar nuestra capacidad de respuesta futura* a los desafíos del entorno. Si asimilamos el manejo del tiempo a una balanza podríamos decir que el equilibrio del sistema dependerá del balance que se logre entre la energía asignada a atender lo Urgente y lo Importante.

Representar las variables en una matriz de doble entrada, facilitará no sólo la comprensión, sino que además nos brindará una herramienta útil para luego "vivir" el modelo propuesto.

Cuadrante 1: Llamaremos a este cuadrante *Lo Urgente e Importante*. Caracterizado por ser actividades que de no ser atendidas, veríamos amenazada nuestra existencia *hoy*: proyectos con fechas de cierre y con tiempo límite, vencimientos, resolución de problemas inmediatos, etc. Toda actividad que presiona sobre nosotros y signifique una gestión orientada a resolver problemas, enfrentar crisis, etc. caracteriza a este cuadrante.

Cuadrante 2: lo *Importante, No Urgente*. Este cuadrante refiere a aquellas cuestiones que si bien están más lejanas en cuanto a horizonte de tiempo para su resolución, son las que permiten nuestro aprendizaje y mejora a futuro. En alguna medida, aprender significa sacrificar parcialmente nuestro bienestar actual en pos de una mejora futura.

Pero además este cuadrante y lo que coloquemos en él, determina a todos los demás: Sin *Importante*, no puede haber *Urgente*. *Poner primero, lo primero* (es decir lo Importante), será nuestra consigna. Como estas cuestiones están más lejanas en el tiempo para su resolución, no presionan sobre nosotros. Si no, que nosotros debemos presionar sobre ellas.

La matriz de administración del tiempo

Pero también las personas invertimos tiempo en actividades y tareas que no corresponden a los Cuadrantes 1 o 2.

Llamaremos *Roba-tiempos* a estos verdaderos consumidores de nuestra energía. A los Roba-tiempos los ubicaremos en nuestro esquema en:

Cuadrante 3: Lo *Urgente, No Importante*: componen a este cuadrante todas las interrupciones, imprevistos, reuniones no planificadas, etc. En general, representan deseos y necesidades de las demás personas que se transforman en solicitudes explícitas hacia nosotros y nos distraen de las tareas de los Cuadrantes 1 y 2. Ceder a estas solicitudes es una tentación constante ya que de ellas deriva muchas veces nuestra popularidad y aceptación personal frente a las demás personas.

Cuadrante 4: Lo *No Urgente, No Importante*: actividades de evasión, trivialidades, ocio no planificado, pérdidas de tiempo, etc. Muchas veces, el pasar demasiado tiempo en este cuadrante puede acarrear una crisis por falta de previsión y preparación adecuada para enfrentar nuestros problemas. La indiferencia o la culpa son subproductos emocionales resultantes de este cuadrante.

	Urgente	No Urgente
Importante	Cuadrante 1: Crisis, <u>Presión</u> , "Apagar <u>Incendios</u> ", Fechas <u>Límites</u> , Problemas Acuciantes.	Cuadrante 2: Planificación, Visión, Valores, Preparación, <u>Recreación</u> verdadera.
No Importante	Cuadrante 3: Interrupciones Varias, Reuniones Imprevistas, Visitas Inesperadas.	Cuadrante 4: Actividades de Evasión, Trivialidades, Pérdidas de Tiempo.

Privilegiar lo Importante, sobre lo Urgente

Todas las personas -al igual que las organizaciones-, acabamos en mayor medida, transformándonos en el objeto de nuestra atención, recorriendo un trayecto de profecía auto-cumplidora: Si dedicamos la mayor parte de nuestro tiempo a pilotear tormentas y manejar crisis, es probable que sólo por azar podamos navegar en aguas calmas. Y esto es lo que habitualmente sucede cuando no conseguimos superar la tendencia a atender sólo lo urgente y enfocarnos sobre todo, en planificar y atender lo importante.

Para superar esta riesgosa tendencia, es necesario revisar primero algunos esquemas de interpretación de la realidad. Particularmente, aquel que entiende que ocuparse de planificar el futuro es un privilegio reservado a personas "exitosas" que atraviesan una circunstancia tal, que les permite disponer de tiempo y recursos suficientes para hacerlo.

Consejos prácticos:

1. • **Establezca sus propios plazos dos días antes del tiempo requerido.** Estas prácticas o técnicas de administración del tiempo le dará un espacio para revisar su trabajo, ocuparse de las cuestiones nuevas y crea más tiempo para otros trabajos. Inicie los trabajos tan pronto como sea posible. Trate de mantenerse por delante de sus propios plazos tanto como sea posible. Divida los trabajos más grandes en segmentos de fácil manejo, por lo que un trabajo para 5 días se pueda hacer en 3.
2. • **Nunca haga nada en el último minuto.** No se deje caer en la trampa mortal de los trabajos urgentes de última hora. Se reducirá la calidad de su trabajo y reducirá las posibilidades de corregir los errores. En estas técnicas de administración del tiempo, nada se logra en una situación en la que puede tener que rehacer todo el trabajo y dar la impresión de que está haciendo un trabajo de mala calidad.
3. • **No sea inflexible acerca de su manejo del tiempo.** Una programación por horas a menudo atiborra los trabajos más grandes en plazos que simplemente no coinciden. En estas técnicas de administración del tiempo, utilice el trabajo que hace actualmente como la verdadera medida de progreso y avance de sus tareas.
4. • **Intente conseguir una "mesa limpia" como escenario.** Haga tanto trabajo como pueda en su salida lo antes posible. según estas técnicas de administración del tiempo, realice la mayor parte de cualquier trabajo que se pueda hacer al instante; termínelo para que pueda concentrarse en los que más tiempo ocupan. Esta técnica también evita retrasos y reduce las distracciones.

Bibliografía

- Drucker, P. (1993). *"El ejecutivo eficaz"*. E.U.A.: HarperCollins.
- *elaprendizaje.com*. (02 de 2011). Recuperado el 26 de 08 de 2011, de <http://elaprendizaje.com/344-beneficios-de-la-adimistracion-de-tiempo-efectiva.html#ixzz1WBfk9IQJ>
- Latinpyme. (14 de 03 de 2011). *latinpymes.com*. Recuperado el 23 de 08 de 2011, de <http://latinpymes.com/site/2011/03/la-administracion-del-tiempo-del-emprendedora/>
- Webber, R. A. (1980). *"Administración del tiempo"*. Bogotá.

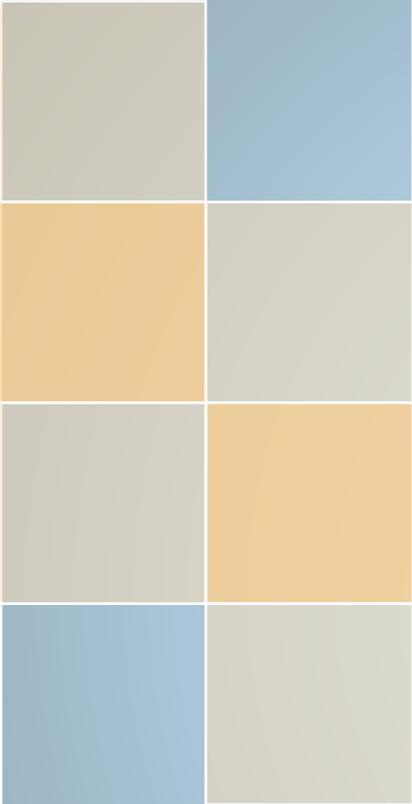
BIBLIOGRAFÍA

-
- i Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI.
 - ii Jackson R, Howe N. The 2003 Aging Vulnerability Index. An assesment of the capacity of twelve developed countries to meet the aging challenge. The Center for Strategic and International Studies and Watson Wyatt Worldwide. 2003; Catalog #W-637
 - iii Rosén M & Haglund B. From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2005; 33: 151-5.
 - iv Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Publica Mex* 2008;50:383-9
 - v Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutr* 2002; 5: 93-103.
 - vi Khaw KT. Ageing and Nutirtion transition in the developing world. In: *Healthy for Longer*. Unilever Food and Health Research Institute Symposium 2005. Vlandirgen, The Netherlands. 2005: 17-20,
 - vii Alemán-Mateo H, Esparza-Romero J, Valencia ME. Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. *Salud Publica Mex* 1999;41:309-16.
 - viii Franco-Álvarez N, Ávila-Funes JA, Ruiz-ArreguÍ L, Gutiérrez-Robledo LM. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22(6):369–75.
 - ix Secretaria de Salud. Programa de acción: atención al envejecimiento. 1ª Ed. Subsecretaría de prevención y protección de la salud. México, D.F. 2001:43pp.
 - x Rivera JA, Mandujano E. Inseguridad alimentaria y estrategias nutricionales en personas de edad avanzada: Experiencias latinoamericanas recientes. *Rev. Nutrición Clínica* 2003; 6(1):89-92.
 - xi Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010 Aug 9; 5:207-16. Pub Med PMID:PMC2920201.
 - xii Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev Chil Nutr*. 2006; Vol. 33, N°3.

-
- xiii Krinke UB, La nutrición y el anciano. En: Brown JE. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2da edición. McGraw-Hill. Méx. D.F. 2006, p. 419-449.
- xiv Russell RM. "Changues in gastrointestinal function attributed to again". *Am J Clin Nutr.* 1992. N°. 55. Pp. 1203S-1207S
- xv Alemán MH, Pérez FF. Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento. *Rev Nutr Clín. Méx.*,2003. 6(1): 46-52.
- xvi Zayas SE. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. *Rev Nutr Clín. Méx.* 2004; 7(2): 131- 134.
- xvii Gutiérrez-Robledo LM, Ruiz-Arregui L y Velázquez C. Nutrición en el anciano. En: Casanueva E. Nutriología Médica. 3º edición, Ed. Panamericana. México DF. 2008. p. 211-242.
- xviii Sabartés. "Riesgo de desnutrición", En: Rubio MA. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. 1ª ed. Barcelona Masson, 2002. pp.31-38.
- xix Aranceta BJ. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. España. MASSON; 2002. p. 107-11.
- xx Pérez-Cruz E, Meléndez-Mier G y Caballero-Romo A. Anorexia nerviosa en el anciano: mito o realidad México DF. México. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(6):348-56
- xxi Aguilar MG, Cruz N, Godínez F., Hernández N, Lugo Y y Reyes V. Monografía de la primera feria de salud universitaria. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. 201.
- xxii Forde CG and Denahunty CM. Food quality and Preference 2004; 15-75
- xxiii Gaines AD. Anosmia and hyposmia. *Allergy Asthma Proc.* 2010 May-Jun; 31(3):185-9
- xxiv Aranceta J. Nutrición y Vejez. En: Serra L, Aranceta J. Nutrición y salud pública, bases científicas y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona Masson 2006. p 316-325.
- xxv Requejo AM, Bermejo LM. Problemática nutricional de las personas de edad avanzada en: Nutrición y alimentación en promoción de la salud. Ortega RM, Requejo AM, Martínez RM eds. Salud pública, Consejería de Sanidad. Cuenca, Es. 2007:55-72.
- xxvi Tucker KL, Buranapin S. Nutrition and aging in developing countries. *J Nutr* 2001;131(9):2417-23.
- xxvii Cervantes L, Montoya M, Nuñez L. Borgez A, Gutierrez LM, LLaca C. Aporte dietético de energía y nutrimentos en adultos mayores de México. *Nutrición Clínica* 2003; 6(1)
- xxviii Relación entre el estado de salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades en México.
- xxix Arbonés G, Carbajal A, Gonzalvo B, Gonzalez-Gross M, Joyanes M, Marques-Lopes I, et al. Nutrition and dietary recommendations for the elderly "Public Health" Working Group of the Spanish Nutrition Society. *Nutr Hosp* 2003 May-Jun;18(3):109-37.
- xxx Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice* 2006;12: 110-8.
- xxxi Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger et al. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for under nutrition status. *Nutrition Journal* 2007, 6:37.
- xxxii Gutiérrez LM, Morbilidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica. *Revista Demos.* 2001:14: 8-9.
- xxxiii Woo J. Nutritional strategies for successful aging. *Med Clin North Am* 2011;95(3):477-93.

-
- xxxiv Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010;5:207-16
- xxxv Dorner B, Friedrich EK, Posthauer ME; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *J Am Diet Assoc* 2010;110(10):1549-53.
- xxxvi Wengreen HJ, Neilson C, Munger R, Corcoran C. Diet quality is associated with better cognitive test performance among aging men and women. *J Nutr* 2009;139(10):1944-9.
- xxxvii Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA, Scarmeas N. Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. *Arch Neurol* 2010;67(6):699-706.
- xxxviii Waters DL, Baumgartner RN, Garry PJ, Vellas B. Advantages of dietary, exercise-related, and therapeutic interventions to prevent and treat sarcopenia in adult patients: an update. *Clin Interv Aging* 2010;5:259-70.
- xxxix Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México.
- xi Den Elzen WP, Van Der Weele GM, Gussekloo J, Westendorp RG, Assendelft WJ. Subnormal vitamin B12 concentrations and anaemia in older people: a systematic review. *BMC Geriatr* 2010;10:42.
- xii Bourges H, Casanueva E, Rosado JL. Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana. Bases fisiológicas. Tomo 2. México: Editorial Panamericana;2008.
- xlii Casanueva Esther, Kauffer-Horwitz Martha, Pérez-Lizaur Ana Bertha, Arroyo Pedro, editores, *"Nutriología Médica"*. 3ra. Edición, Editorial Médica Panamericana, Fundación Mexicana para la Salud. 2008. 211-243, 663-684.
- xliii Beers. M.H et al., *The Merck Manual of Health & Aging*, Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, NJ, 2004
- xliv National Institutes of Health, *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of overweight and Obesity in Adults*, NIH Publication Number 00-4084, 2000
- xliv Shils Maurice E., Olson James A., Shike Moshe., Ross Catharine. *"Nutrición en Salud y Enfermedad"*. 9°. Edición, vol. 2, Editorial Mc. Graw Hill, 2002, 1573-1574
- xlvi Payette H, Nutrition as a determinant on functional autonomy and quality of life in aging: a research program. *Can J Physiol Pharmacol* 2005; 83: 1061- 1070.
- xlvii Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA®), Nestlé Nutrition Institute. Disponible en: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf. Fecha de visita 15-Agosto-2011.

Reflexiones en torno a una sociedad longeva teoría y praxis,
se diseñó en formato electrónico en la Dirección de Ediciones
y Publicaciones con el apoyo de la Imprenta Universitaria y la
Dirección de Tecnologías Web y Webometría de la Universidad
Autónoma del Estado de Hidalgo, en el mes de agosto de 2021.



ISBN: 978-607-482-638-8



9 786074 826388

