



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LAS INSTITUCIONES COMO UNA OPCIÓN
TERAPÉUTICA EN LA VEJEZ**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

YASMÍN PÉREZ TREJO

DIRECTOR DE TESIS

MTRA. PATRICIA NÚÑEZ LEMUS

**CENTRO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. MÉXICO
2004**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



"Las Instituciones como una opción Terapéutica en la Vejez"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Licenciada en Psicología Clínica

Presenta:
Yasmín Pérez Trejo

Dirigida por:
Mtra. Patricia Núñez Lemus

SINODALES

Mtra. Patricia Núñez Lemus
Presidenta

Mtra. Patricia Aguilar Medina
Secretaria

Mtro. Rafael Ruíz Nava
Vocal

Lic. Roberto Guerrero Pérez
Suplente

Mtra. Margarita Barrera Aboytes
Suplente

(Handwritten signatures on horizontal lines)

Mtra. Guadalupe Rivera Ramírez
Directora de la Fac. de Psicología de la U.A.Q.

Centro Universitario,
Santiago de Querétaro, Qro. Noviembre de 2004, México

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

No. Adq. H 70671

No. Título _____

Clas. TS

362.610846

P 4382

DEDICACIONES:

Dedico esta tesis a todas aquellas personas que con su amor, apoyo y confianza constante me motivaron a forjar mi futuro.
(Yasmín Pérez Trejo)

A Dios:

Por otorgarme el don de la vida y por ser tan bueno y bondadoso conmigo y porque siempre estuvo a mi lado dándome la fuerza que necesitaba.

A mis padres:

Por su invaluable apoyo, por estar conmigo en todo momento y porque desde pequeña me inculcaron que los valores más importantes en la vida son el amor y el respeto, porque me enseñaron que aquel que sabe amar es capaz de saberse amado y sobre todo porque me enseñaron a luchar por lo que quiero y deseo, a no darme por vencida, así logre esta meta.

A mis hermanos:

Georgina, Israel y Nayeli, por su amor, apoyo incondicional y porque a pesar de las adversidades seguimos unidos.

A mis dos pequeños amores:

Axel y Alexis, por que son los que día a día me impulsan a seguir adelante.

A mi abuelo Jorge:

Quien gracias a su ejemplo y carácter me ayudó a formarme como persona y profesionalista.

A Mi Mamá Raquelita:

A tí mi Racus, donde quiera que estés, GRACIAS! por acompañarme siempre y creer en mí desde un principio.

A mis abuelos Hilario, Mario y Coco:

Por ser parte de mi vida y a quienes les comparto este triunfo profesional.

A mis Tíos, primos y sobrinos:

Gracias... porque a pesar de la distancia seguimos manteniendo encendida la llama de la unidad.

A Paty Núñez:

Por ser la causante de mi amor y preocupación hacia la Vejez; gracias por creer en mi capacidad para enfrentar los retos y seguir unidas en la lucha de nuestros ideales.

A mis Maestros:

Alejandro Vicencio, Andrés Velázquez, Carlos Galindo, Gabriela Calderón, Jorge Lara, Juan Carlos García, Julia Velázquez, Lucía Cuellar, Lupita Rivera, Marú Venegas, Marco Carrillo, Marco Macías, Margarita Barrera, Manuel Guzmán, Miguel Ángel Murillo, Paty Aguilar, Paty Núñez, Roberto Guerrero, Rafa Ruiz, Rosa Adriana. Por compartir su saber desinteresadamente, por su paciencia, amistad y consejos.

A mis amigos de carrera:

Karla, Lety, Marce, Mary, Mony, Abraham, Oso, Pablo, por caminar y crecer juntos por los senderos Psi.

A mis amigos que siempre estuvieron cerca de mí:

Gracias por dejarme compartirles éste logro profesional, por acompañarme y coincidir acertadamente en mi camino.

A Laura y Pato:

Porque compartimos y perseguimos un sueño, llegar a ser grandes Viejos.

A Ana:

Por que aunque no formaste parte en el proceso y elaboración de éste trabajo, si haz llegado a formar parte de mi vida profesional y personal, porque creyendo en el destino agradezco a la vida por permitirme llegar a ser grandes amigas, asi como compartir tiempo, momentos y espacios que son y serán inolvidables.

A Ojos:

Porque junto a ti me sorprendió el amor, además de comenzar a compartir infinidad de cosas, como la de ir perfeccionando día con día nuestra voluntad, puesto que los seres libres son los únicos que pueden tener la seguridad en sus decisiones.

Conservemos siempre el amor por la vida, ¡Mil gracias! por tu oportuna aparición en mi existencia, por tu amor y apoyo, por los momentos inolvidables que he pasado a tu lado y porque gracias a ti supe que el amor es ciego y la locura lo acompaña.

Dedico también éste trabajo a dos mujeres que hoy ya no están aquí; aunque no compartieron directamente conmigo sus experiencias, sí dieron vida a dos seres que han sido pilar importante en mi vida profesional.

A Lupita Medina y Ma. Esther Lemus, mamás de Paty Aguilar y Paty Núñez respectivamente. Gracias a cada una de ellas por dejarme conocerlas a través del corazón de sus hijas, hoy mujeres brillantes.

Finalmente a mis 50 y tantos.... abuelos adoptivos:

Quienes con cariño me comparten sus experiencias, alegrías y tristezas, además de ser ellos la inspiración de este trabajo.

ÍNDICE

	Pgs.
JUSTIFICACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
I. LA VEJEZ	
1.1 Vejez en México.....	9
1.1.1. México Antiguo.....	12
1.1.2. México Moderno.....	18
1.2 Vejez en Querétaro.....	21
1.2.1 Índice Poblacional.....	23
1.2.2 Población anciana en el Estado de Querétaro.....	26
1.2.3 Instituciones para ancianos en el Estado de Querétaro.....	27
II. INSTITUCIONES AL CUIDADO DE LA VEJEZ	
2.1 Historia y Origen de los Asilos en México.....	28
2.2 Asilos de Ancianos en el Estado de Querétaro.....	36
2.2.1 Santiago de Querétaro	
La Divina Providencia.....	37
San Sebastián.....	37
Sinank'ay.....	38
CQGH.....	39
2.2.2. Corregidora, Qro.	
San Francisco de Asis.....	40
Luz al Ocaso.....	41
III. DISCIPLINAS ENCARGADAS DE LA VEJEZ	
3.1 Geriatria.....	42
3.2 Gerontología.....	43
3.3 Tanatología.....	44

IV. PROBLEMÁTICAS DEL ANCIANO ASILADO EN QUERÉTARO	
4.1. Aspecto Físico.....	48
4.2. Aspecto Social.....	64
4.3. Aspecto Psicológico.....	68
V. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA LOS ANCIANOS ASILADOS	
5.1. Terapia Ocupacional.....	77
5.2. Terapia Física.....	84
5.2.1. La Cinesiterapia.....	87
5.2.2. La Termoterapia.....	88
5.2.3. La Masoterapia.....	89
5.3. Terapia Psicológica.....	90
VI. PROPUESTA ESPECÍFICA PARA LOS ASILOS DE ANCIANOS	
6.1. La Institución	
6.1.1. Instalaciones y Áreas.....	94
6.1.2. Políticas.....	98
6.2. El Personal	
6.2.1. Del Área de la Salud.....	99
6.2.2. Del Área Técnica.....	101
6.3. Actividades Específicas	
6.3.1. El Ingreso a la Institución.....	102
6.3.2. Actividades Terapéuticas.....	102
6.3.3. Actividades Recreativas.....	104
6.3.4. Actividades Semanales en la Institución	105
VII. CONCLUSIÓN.....	106
VIII. ANEXOS.....	109
BIBLIOGRAFÍA.....	124

JUSTIFICACIÓN

"La ancianidad es una experiencia común, ligada a lo humano como tal. Y, no obstante, es la única etapa del desarrollo que no se disfruta como un estatuto social positivo; al contrario, en nuestra sociedad, se la considera negativamente. Sin embargo, tanto la experiencia como la investigación demuestra que la vejez puede ser un tiempo propicio para el crecimiento".

Renée Salomon

Hay que tener presente que la concepción de vejez se ha transformado en el devenir histórico, de acuerdo a la cultura y contexto social.

En Querétaro la población total en el año 2000 era de 1,404,306 de los cuales 57,767 eran mayores de 65 años, es por eso que desde 1904 hasta el año 2004 se han abierto centros geriátricos y asilos de ancianos en el Estado de Querétaro.

A pesar de que es aún muy pequeño el índice de ancianos institucionalizados, ¿por qué no pensar desde ahora en una vivienda digna, donde al anciano se le pueda ofrecer una mejor calidad de vida?. Sin duda alguna el aumento de la población mayor de 60 años es cada vez mayor, gracias a los avances en la medicina se han logrado prolongar los períodos de vida, de ahí que día con día hay un aumento de la población senecta.

Durante los últimos cinco años he tenido un acercamiento directo con gente de la tercera edad, pues durante los años 2001-2002 realice mi servicio social en el asilo de Ancianos San Francisco de Asis y actualmente sigo colaborando con el único interés de brindar apoyo terapéutico a los ancianos además de conocer cada vez mas acerca de la vejez; en mi experiencia con los ancianos me he dado cuenta que cada vez son más olvidados, maltratados, rechazados y estigmatizados por diferentes razones y causas; quizá una de las mas importantes "la improductividad".

Al acercarme a las oficinas del DIF me percaté que existen una serie de programas para los niños maltratados, niños de la calle, madres solteras, drogadicción y efectivamente también para ancianos pero en un menor grado, hay que mencionar que el gobierno aunque de manera lenta se está preocupando cada vez más por nuestros ancianos; por lo menos en los últimos meses la Secretaría de Salud en el Estado y Plan Vida han implementado una serie de talleres en relación al cuidado y

atención del "adulto mayor", esto con la finalidad de crear espacios en donde el anciano pueda explotar las pocas capacidades que posee, proporcionándole así mismo una mejor calidad de vida.

Si bien la vejez es una etapa de la vida que antecede a la muerte, desafortunadamente no sólo a una muerte a nivel biológico, sino a una muerte a nivel social y por que no, a una muerte a nivel familiar, en donde por diversas razones se excluye al anciano, alejándolo del único refugio "su hogar" para posteriormente ingresarlo a un asilo.

De aquí la importancia de este trabajo, que primeramente permita reflexionar sobre esta etapa de nuestra vida y los diferentes aspectos que la acompañan: psicológicos, biológicos, sociales, políticos, culturales y familiares, además de dar cuenta de esa parte de la vejez que posee la característica de estar institucionalizada, de esa vejez que, desde mi punto de vista, es una vejez limitada y sometida. Conforme pasa el tiempo cada vez son mas los ancianos que se acercan o son llevados a estas instituciones buscando un lugar que les brinde seguridad, tranquilidad, paz, descanso y así pasar los últimos años de la mejor manera posible.

Socialmente pretendo que esta tesis tenga trascendencia, es decir, que a partir de ciertos elementos que rescato a lo largo del trabajo, se puedan crear programas para las instituciones y sus ancianos, además de contribuir para que la sociedad se sensibilice hacia esta etapa de la vida "la vejez".

INTRODUCCIÓN

Son hombre y mujeres que nacieron a principios del siglo XX, de piel arrugada, hablar profundo y manos temblorosas, no tienen ánimo para levantarse y esperan que transcurra con lentitud un día más de su larga vida.

Se postran en sus camas, tal vez para entretenerlos, a otros los pondrán a doblar ropa o a regar plantas. Invadidos por la depresión por no sentirse útiles y peor aún, por depender totalmente de sus familiares; éste pareciera ser el panorama de cualquier asilo de ancianos.

Es importante señalar que el proceso de envejecimiento como bien sabemos es universal, es una etapa inherente al ser humano. Existen especialistas como los médicos geriatras, sociólogos, psicólogos, gerontólogos, tanatólogos que se han dedicado de lleno al estudio del desarrollo humano, pero muy poca gente ha profundizado en entender el proceso de envejecimiento, y por consecuencia se desconoce lo que en esta etapa sucede.

“El anciano después de haber sido considerado como aquella persona sabia, a la que se le consultaba o se le pedía consejos”¹, es ahora considerado un ser con menos valor, consecuencia de una minusvalía tanto en el ámbito personal, familiar, social y laboral, haciendo nula su interacción familiar. Hay que reconocer que actualmente existen familias que dedican parte de su tiempo al cuidado de su anciano, tratan de proporcionarle una mejor calidad de vida como agradecimiento a todos esos años de cuidado y paciencia que les fue brindada. Sin embargo, los ancianos que corren con menos suerte son rechazados por sus propias familias por diferentes causas, quizá una de ellas por la improductividad que genera llegar a ser viejo y por supuesto sin dejar de lado lo que implica, una dependencia tanto física, económica, afectiva, social, y psicológica.

Existen familias en las que el proceso de envejecimiento que envuelve al abuelo se torna complicado por diversas razones, por ejemplo de tiempo ya que como sabemos hoy en día las mujeres no sólo se dedican al cuidado de los hijos o a los quehaceres

¹ ALBA, Víctor, Historia Social de la Vejez, Ed. Laertes, Barcelona, 1992, p.33

del hogar, sino también participan y contribuyen a la economía del mismo, otras familias refieren no tener la capacidad o conocimientos necesarios para cuidar un anciano y por lo tanto la Institución resulta ser una mejor opción, pues en ella existe o debiera existir gente especializada (psicólogos, nutriólogos, médicos geriatras, enfermeras, etc.) que apoye al sujeto en su proceso de envejecimiento. Es importante mencionar que no sólo estas razones son las que se presentan a la hora de Institucionalizar un anciano, existe también la posibilidad de la falta de familia y tras la jubilación buscan un lugar donde pasar sus últimos días, otros quizá sólo busquen un lugar alejado de todos los problemas, que les proporcione seguridad y tranquilidad, otros ingresaran por enfermedad, buscando un lugar que le brinde una nueva opción de vida que le permita llevar de una mejor manera su padecer, otros elegirán simplemente un lugar con gente y características semejante y sobre todo que compartan un mismo objetivo: *"Envejecer Juntos"*.

En todos los casos la separación del anciano de la familia es un proceso muy complicado así como su incorporación a otro contexto, psicológicamente supone elaboración del duelo, angustia por la separación de la familia, cambio del habitat, a su vez, cambio de costumbres, relaciones que requieren del cumplimiento de normas institucionalmente establecidas. Sin duda alguna no es fácil vivir con personas que uno no elige, que no son familia y sobre todo de orígenes distintos.

Es importante aclarar que durante el trabajo se hablara de Instituciones pero me referiré en particular a los asilos de ancianos, aquellos que permiten la estancia permanente al anciano en el lugar.

Hablaré de la vejez en México, y de que manera ha ido cambiando la concepción del anciano a lo largo de los tiempos. En cuanto al Estado de Querétaro abordaré lo concerniente a la población anciana, además de conocer las instituciones con las que cuenta para el cuidado de la vejez, posteriormente mencionaré a grandes rasgos sobre alguna de las disciplinas que tienen que ver con la vejez, además de conocer las problemáticas físicas, sociales o psicológicas a las que se enfrenta un anciano asilado.

Todo esto me llevará finalmente a proponer un trabajo psicoterapéutico, el cual se pretende contribuya en la integración del anciano a la Institución, lo que hará que

viva en plenitud su vejez, es una propuesta o mejor dicho un programa multidisciplinario que reúna a todos aquellos que aporten conocimiento y experiencia en beneficio de los ancianos, para finalmente ver a las instituciones como una opción terapéutica en la vejez.

CAPÍTULO I. LA VEJEZ

Vejez, edad adulta, ancianidad, senectud, tercera edad o como desee llamársele, es sin duda un período normal del desarrollo de la vida con características especiales y tareas propias. Para muchos la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico, ya que se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, es un período en donde se debiera gozar de los logros personales y reflexionar acerca de lo que ha sido de su vida durante este pasar por los años.

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 y 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Pero a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la Tercera Edad, ahora Adulto Mayor.

Con la ayuda de los adelantos de la ciencia médica, *“la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera considerable: en 1900 era de 37 años, en 1960 de 58; en 1995 de 69 y se espera que para el 2005 sea de entre 75 y 78 años”*².

Ahora bien, ¿el envejecimiento es un estado de ánimo o un estado físico?, esto me llevaría a pensar en la posibilidad de ser viejo a los 50 y joven a los 75 años; según Charles Minot (1908) *“el envejecimiento comienza al nacimiento, cuando el crecimiento celular comienza a descender”*.

Algo que quisiera mencionar y que me parece importante rescatar, es que hablar de envejecimiento no es solo hablar de edad, canas, arrugas, va mas allá de estas características, existe un envejecimiento en varios niveles:

- ❖ Cronológico: es quizá la manera más simple de considerar a una persona como vieja, es contar el tiempo a partir del nacimiento, la edad cronológica sirve como edad “objetiva”, ya que tanto el proceso de envejecimiento como ésta última son fenómenos paralelos que llegan a influirse; es decir, no es la edad sino el cómo se vive lo que determina que uno envejezca.

² Boletín UNAM-DGCS-1045. Diciembre 31 de 2002.

- ❖ Biológico: aquí el envejecimiento se da de una forma diferencial, es decir de órganos y funciones, por lo tanto se produce en varios niveles: molecular, celular y orgánico; tenemos el caso de las neuronas pues como bien sabemos nacemos con cierto número de neuronas y morimos con un nivel más bajo ya que estas no se regeneran
- ❖ Psíquico: Si nos ponemos a pensar qué es lo que se afecta en este nivel, tendríamos que reflexionar en qué estriba la diferencia entre ser joven y anciano, sin duda alguna y como todos sabemos existen diferencias, las cuales podríamos decir que se manifiestan en dos esferas, por un lado la *cognoscitiva* afectando la manera de pensar, las capacidades psicológicas; y la *psicoafectiva* la cual incide en la personalidad y el afecto. Estas se ven afectadas por ejemplo con acontecimientos como la jubilación y porque no el duelo, pareciera entonces que todo está determinado en gran medida por la capacidad de adaptación que posea el sujeto ante las pérdidas que se van suscitando a lo largo de su vida.
- ❖ Social: aquí va a depender del papel que se supone el anciano ha de desempeñar en la sociedad; el ser dependiente o independiente en sus actividades es un ejemplo claro de lo que puede llegar a afectarse en el anciano
- ❖ Funcional: este se ve influido por la interacción que existe con los elementos biológicos, psicológicos y sociales; un individuo que se sienta con ánimo, va estar biológicamente bien en tanto sus limitaciones y por ende se sentirá integrado, querido y por consecuencia útil para los demás y ante todo para él mismo.

Por lo tanto hay que reconocer que el envejecimiento no tiene una causa única, no es una enfermedad, ni un error, varios factores contribuyen en este proceso por lo que es considerado como un proceso multidimensional y para entenderlo hay que estudiarlo en distintos niveles.

Hasta aquí nos encontramos con distintas concepciones de la vejez, tenemos una vejez cronológica que en realidad se basa en la edad del retiro del ámbito laboral, de aquí que se diga que a partir de los 65 años se es viejo, tenemos pues una vejez funcional que utiliza viejo como sinónimo de incapaz o limitado, esto es erróneo pues como veremos la vejez no significa incapacidad y hay que luchar con la idea de que

el viejo es funcionalmente limitado; la vejez como cualquier otra edad posee su propia funcionalidad, además de que en ella se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo, este rol conlleva la idea de perpetuidad ya que los abuelos cumplen una función de continuidad y trasmisión de tradiciones familiares, a través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

Por esta razón es importante mencionar que una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconociendo sus logros y fracasos, y por que no sus defectos; se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda, es necesario a su vez tomar en cuenta las condiciones de vida del anciano para evitar su institucionalización; es evidente que para hablar de condiciones de vida en el anciano, debemos tomar como punto de partida, a la familia y el "problema del cuidado familiar"³.

Como sabemos en la actualidad son cada vez menos los hijos propensos a vivir cerca de los padres (salvo cuando carecen de vivienda). La mujer trabaja a la par del hombre, lo cual la lleva a estar ausente del hogar la mayor parte del día y por ende cada vez es menor el número de mujeres que están en la casa para cuidar a sus padres cuando estos lo necesitan, de aquí que la institución sea una opción más en el cuidado del anciano. En general, cuando se habla de "cuidado familiar" nos referimos prácticamente al "cuidado exclusivo por parte de nosotras las mujeres", la responsabilidad de la atención recae sobre nosotras, ya que por su nuestra condición somos las destinadas a determinados quehaceres como el cuidado e higiene del anciano.

Hoy en día y muy particularmente con los ancianos institucionalizados vemos que la familia juega un papel importante y que nada es mejor para el anciano que vivir en su propio hogar, tanto cuando este pueda valerse por sí solo como cuando requiera de la ayuda de terceras personas. Hay que entender a la familia como *la célula principal de una comunidad organizada, con características propias*, la familia sin duda satisface muchas de las necesidades de sus integrantes: físicas, vivienda, alimento, cuidado físico, psíquicas, de amor, autoestima, lazos afectivos, de identificación,

³ LEHR, Ursula "La calidad de vida de la tercera edad: Una labor individual y social" en "Envejecimiento y Psicología de la salud" José Buendía. (compilador) Ed. Siglo XXI, España 1994.

comunicación, pertenencia al grupo, entre otras. "Nuestra esperanza de vida depende del estilo de vida que llevemos. La esperanza de vida no es únicamente sinónimo de su duración, sino también de su calidad. Se centra en cómo nos volvemos viejos, y no en los años a los que llegamos"⁴.

1.1. Vejez en México

En este apartado abordaré lo concerniente a la vejez a través de los tiempos, veremos de que manera ha ido cambiando la concepción que se tenía del anciano, así mismo nos daremos cuenta de qué manera ha ido cambiando el papel del anciano dentro de la familia. Conoceremos cómo en antiguas sociedades el anciano ocupaba un lugar de honor y privilegio, hasta llegar a nuestros días en donde el hablar de vejez es hablar en un sentido desvalorizante, es un abordaje desde la antigüedad hasta lo que hoy llamamos la modernidad.

Es importante mencionar que por primera vez el 22 de agosto de 1979 y siendo Presidente de la República el Lic. José López Portillo expidió el decreto en donde creaba el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), el cual se dedicaba a proteger y atender a las personas de 60 años y más en esencia su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Sin embargo, las necesidades de las gente grande fueron cada vez mayores, por lo que el 17 de enero del año 2002 y también por decreto presidencial (ver anexo 2), pasó a formar parte del sector que encabeza la secretaria de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN).

Hay un fenómeno que obliga a hacer cambios: la curva demográfica; hoy México cuenta con una población de 7.3 millones de gente mayor, para el año 2015 habrá 15 millones de ancianos y para el 2050 sumarán 42 millones. Esta situación obliga a enriquecer las políticas asistenciales, por lo que el 25 de junio del año 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia

⁴ SCHAEFER, H, "Calidad de vida y ancianidad" Ed. Siglo XXI, España, 1974

las personas de 60 años en adelante, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

Quienes integran el órgano de Gobierno del Instituto son los titulares de las dependencias como:

- ❖ Secretaría de Desarrollo Social.
- ❖ Secretaría de Gobernación.
- ❖ Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- ❖ Secretaría de Educación Pública.
- ❖ Secretaría de Salud.
- ❖ Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- ❖ Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE.
- ❖ Cinco representantes de la sociedad civil.

PRINCIPALES EVENTOS

Los Juegos Nacionales Deportivos y Culturales para los Adultos Mayores se iniciaron en 1985, cuando por primera vez se logró reunir a personas de la tercera edad pertenecientes a los clubes, albergues y residencias (asilos), esto con la intención de sensibilizar a la población mayor para mantenerse activa físicamente, como una alternativa para fomentar la convivencia entre este grupo.

En 1986 y 1987 se efectuaron los dos primeros eventos en los que se tuvo una reducida participación, tanto en las actividades deportivas como en las culturales, en ese entonces, la delegación Xochimilco obtuvo la sede del evento. El tercer evento y su organización corrió a cargo del Estado de Guanajuato, donde se incrementó el número de participantes gracias al entusiasmo de los ancianos de todo el país, lográndose una movilización de 100 mil personas.

En 1989 se llevaron a cabo los IV Juegos Nacionales Deportivos, destacándose la delegación Azcapotzalco con una participación de 956 adultos mayores.

En 1990, el Distrito Federal reunió a 1 mil 043 participantes a nivel nacional y se llegó a considerar el evento más importante para dicho sector en los ámbitos cultural y deportivo, inclusive, el más esperado por los adultos mayores.

Veracruz se convirtió en la sede de los VI Juegos Nacionales, donde se reunieron 1 mil 765 competidores, la séptima versión de los Juegos Nacionales (1992) corrió la organización nuevamente a cargo de la Ciudad de México, participaron 27 estados de la república y el Distrito Federal.

En 1993, el gobierno del estado de Querétaro, el ahora INAPAM y el DIF organizaron la octava edición de los Juegos, en la cual participaron 2 mil 974 personas de la tercera edad.

BAILAR ES RECORDAR

Cada año, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), realiza el tradicional baile "Una cana al aire" y que a partir del año 2002 lleva por nombre "Bailar es recordar", en el que se reúnen miles de adultos mayores de diferentes estados de la República Mexicana para convivir, bailar y hasta cantar las melodías del ayer en las instalaciones del Palacio de los Deportes y en varias sedes estatales. La denominación del evento Bailar es recordar hace referencia al concepto de envejecimiento activo que impulsa esta institución, ya que con el paso del tiempo este baile se ha convertido en un fenómeno social característico de la gente anciana, que revela sorprendentes aspectos de los abuelos de México, quienes a pesar de todo siguen demostrando sus ganas de vivir con este tipo de actividades culturales, mismas que contribuyen a revalorizarlos, pues tienen la oportunidad de expresar sus sueños, aspiraciones, nostalgias y recuerdos. En este festejo que se realiza el 28 de agosto y participan orquestas, danzoneras, solistas además de una gran variedad artística.

EXPO-BAZAR Nacional de Artesanías

El Voluntariado del INAPAM y el grupo de Damas Voluntarias de todo el país, organizan anualmente la Expo Bazar Nacional de Artesanías elaboradas por Ancianos, en la que se pone a disposición del público en general diversos productos y manualidades hechos por los ancianos.

Así, las artesanías realizadas en los talleres de los centros culturales y clubes de la tercera edad a nivel nacional pueden capitalizarse, ya que el producto íntegro de las ventas se canaliza a los adultos mayores participantes, con lo que se fortalece su economía.

1.1.1. México Antiguo

A pesar de que la vejez es parte del proceso normal del desarrollo de los seres vivos, pareciera indicar que no existe, desde primaria se nos dijo que todos los seres vivos “nacen, crecen, se reproducen y mueren”, quedando implícita la vejez en la etapa del crecimiento. No sólo en la actualidad sino desde mucho tiempo atrás se ha escrito entorno a la vejez; un ejemplo son los documentos del antiguo Egipto, los cuales dan testimonio del respeto que merecían las personas de edad avanzada.

En la Biblia, se hace mención de la posición privilegiada que en la sociedad patriarcal tenían los ancianos, eran considerados como consejeros del pueblo, por poseer experiencia y sabiduría, lo que hacía que fueran consultados y sobre todo respetados.

En sociedades primitivas el viejo era considerado como un elemento de continuidad; era el encargado de transmitir conocimientos, modos de vida, valores morales y mitos a sus generaciones, era capaz de transmitir sus enseñanzas lo que lo hacía aun más excepcional, no sólo por la edad sino también por la experiencia.

Es esta época los ancianos eran pocos y su poder no sólo se derivaba de la autoridad formal que lo caracterizaba (patriarca, jefe de tribu, ministro del consejo de ancianos) sino también de la autoridad espiritual, ya que en esa época era muy común que se le pidiera asesoramiento y enseñanza, lo que lo hacía que fuera

considerado aún más útil y productivo. En todas las sociedades hay diversas formas de educación, la sociedad primitiva no es la excepción, se les enseñaban no sólo las técnicas heredadas de los antepasados, sino también modos de conducta inculcados a los niños y jóvenes por sus mayores, de aquí que la educación sea un instrumento de continuidad; después de la horda primitiva, la familia es la institución más antigua que se conoce y sus funciones son variadas: sexual, económica, de continuidad de la especie, educativa; siendo pues considerada como la institución más antigua y fuerte, necesita de una persona que posea la autoridad suficiente para resolver los problemas, ésta persona no se designa, pasa a ser automáticamente el padre de familia y no importa la edad que se tenga.

Cuando en estas sociedades eran pocos los recursos económicos que se tenían se veían en la necesidad de deshacerse de los viejos, ante la dificultad de sostenerlos; en nuestros tiempos quizá nos parezca una acción cruel, pero sin darse cuenta (algunos) lo hacen de manera disfrazada al llevar a nuestros ancianos a asilos, con la finalidad de que cuiden de ellos y tengan un "mejor" trato, llevándolos al olvido y abandono.

Los ancianos de épocas antiguas veían esta acción (de deshacerse de ellos) como algo normal, ya que de jóvenes habían hecho lo mismo con sus ancianos; otros ancianos con menor o mayor suerte -juzguen ustedes- decidían marcharse y dejarse morir fuera de la tribu. Desde siempre han existido mitos y ritos alrededor de la muerte, los que veían a la enfermedad como un castigo de los Dioses, abandonaban al enfermo y lo dejaban morir; para otros llegar a la vejez era sinónimo de muerte, otros más pensaban que al llegar a la vejez se gozaba de privilegios, por lo que los integrantes de estas sociedades buscaban la manera, por supuesto a través de ritos (a través de la magia) adquirir la longevidad, en China por ejemplo, los vivos se ponían los vestidos de los ancianos muertos.

En la Cultura Griega es donde se inicia la separación entre vejez y enfermedad, para el año 500 a.C., Alcmeón de Crotón reconoce que la enfermedad se presenta independientemente de la vejez.

Platón (428-347 a.C.) en "La República" hace un elogio a la vejez y afirma que es el momento en el que el individuo alcanza su plenitud: la prudencia, la sagacidad, la

discreción y la máxima capacidad de juicio. Así mismo, Aristóteles (384-322 a.C.) contribuyó a la psicología del anciano, con su teoría de que el envejecimiento es una pérdida del calor y fuerza vital.

Algo también relevante y que no quiero dejar de lado es que en esta cultura los senados estaban compuestos únicamente por ancianos, ya que con la sola presencia de ellos se lograba mantener la prudencia del Gobierno y del Estado pues por la edad y experiencia eran dignos de respeto y admiración, sin embargo, la vejez no bastaba por si misma para ocupar el poder ya que era muy raro que el rey fuera elegido de entre los viejos, en cambio en la asamblea el primero en hablar ante el rey era siempre un anciano y sólo ellos tenían la facultad de interrumpir a quien tenía el uso de la palabra.

En Roma el *pater familias* tenía poder casi absoluto; podía castigar, vender o matar a los componentes de su familia; al hijo que golpeaba a su padre, se le condenaba a muerte, para casarse se requería el consentimiento no sólo del padre, sino también del miembro más anciano de la familia. Dos personajes simbolizan la evolución de la condición del viejo en Roma, por un lado Catón, quien consideraba a la vejez como una etapa de respeto y temor, en cambio Marco Tulio Cicerón, ya muy influido por los griegos escribió un ensayo en donde elogia a la vejez como la suma de todas las virtudes, en su ensayo titulado "De Senectute" (sobre la vejez) plantea una serie de normas para lograr una vejez aceptable: *"Es nuestro deber resistir la ancianidad, compensar sus defectos con un cuidado vigilante, luchar contra ella como si se luchara contra la enfermedad; adoptar un régimen sano; practicar un ejercicio moderado y tomar alimentos y bebidas suficientes para restaurar nuestra fortaleza y no destruirla"*.

"No hemos de prestar atención sólo al cuerpo, sino que se debe cuidar mucho más la mente y el alma, ya que son como las lámparas que se apagan con el tiempo, a menos que las proveamos de aceite. Los ancianos conservan sus facultades mentales de tal forma que continúen su interés y aplicación, y esto es verdad no solamente para los hombres que ocupan situaciones importantes sino para aquellos que llevan una vida tranquila y retirada". Además, concluye: *"A cada edad de la vida*

se de dará un carácter particular”, y “ningún deleite es mayor que envejecer aprendiendo”.

Juvenal se burlaba de los que rezaban para sobrevivir más tiempo, puesto que consideraba que la vejez es la peor desgracia que puede pasarle al hombre.

Para los romanos el concepto de senectud indicaba tanto la avanzada edad del hombre como la madurez de juicio, a pesar de que a los ancianos no tenían poder y en ocasiones el pueblo los trataba con dureza, la Edad Media mostró respeto por el *senex*⁵ e hizo de este el ideal del hombre religioso, tomando el concepto de senectud como sinónimo de prudencia y sabiduría, de aquí que la mayoría de los profesores fueran hombres maduros, muchos de los maestros comenzaban a dar clase desde jóvenes y llegaban a viejos en sus cátedras, no había jubilación; simplemente se dejaba de enseñar cuando no existían discípulos.

La herencia grecorromana influyó en los musulmanes de la Edad Media quienes tenían ideas similares sobre la naturaleza de la ancianidad y practicaban regímenes higiénicos que adoptaron de la cultura grecorromana. Avicena (980-1037), médico y filósofo persa, revela en su obra “Canon”, la diferencia entre dos períodos en la vejez: Declinación o Senescencia entre los 40 a los 60 años y la Decrepitud o Senilidad, etapa que se prolonga hasta la muerte y se caracteriza por el deterioro físico y psíquico.

El período entre el fin de la Edad Media y principios de la revolución industrial, está formado por una serie de cambios, a pesar de que esta diferencia ha existido desde siempre, en este período se comienza hacer mas visible la condición de vida de los ancianos según la clase social a la que pertenecían. En general se puede decir que toda esta lucha favoreció a los ancianos, ya que les ofrecía mas seguridad emocional y sobre todo económica. En la Edad Media tenemos que el desarrollo gerontogeriátrico se da de manera lenta; de la época feudal tenemos la creación de albergues, casas de misericordia y convalecencia, nosocomios y asilos, por lo regular a cargo siempre de ordenes religiosas, en donde si el anciano poseía algo, por poco que sea, lo dona al hospital o asilo, a cambio de su admisión, lo que trae consigo la reorganización de asilos y hospitales, esto con el fin de hacerlos rentables y quitarles

⁵ Considerados por los Romanos a aquellas personas que rebasaban los sesenta años

de alguna manera el sello de prisión; creando así en Europa escuelas de oficios, dispensarios, asilos laicos para ancianos.

Entre los investigadores europeos reconocidos encontramos a Avenzoar (1072-1163) quien se interesó por el deterioro mental que se registra durante la vejez. Maimónides (1135-1204) que por su parte recomendaba someterse a exámenes médicos para prevenir enfermedades en la edad avanzada, mientras que Arnaldo de Vilanova (1235-1311) a su vez recomendaba actividades ocupacionales y recreativas. El médico Roger Bacon (1210-1292) en su libro "Tratamiento de la vejez y mantenimiento de la juventud" describe las enfermedades propias de la vejez, su naturaleza y forma de prevenirlas⁶. Gabriel Zerbi, plantea por su lado que el estudiar el envejecimiento ayuda a conocer y retardar las enfermedades que padecen los ancianos.

Humanistas como Erasmo (1467-1536) recomienda atención médica y control de las enfermedades en los ancianos, mientras que Ficinius (1533-1499) aconseja efectuar revisiones periódicas, pues plantea que las estructuras del organismo cambian cada 7 años.

Vemos entonces que a medida que aumentaba la probabilidad de llegar a ser anciano, aumenta el número de médicos, escritores, artistas que se interesaron en la vejez; Da Vinci (1452-1519) plasmó a través de sus dibujos la opinión que tenía sobre el envejecimiento, Shakespeare (1564-1616) quien tiene como protagonista a un anciano en su obra titulada "Rey Lear".

Es pues en esta época en donde encontramos referencias de estudios Psicogeriátricos como los que efectuó por ejemplo Huarte de San Juan (1530-1592) quien estudiaba los cambios emocionales y la involución de la función cerebral debida al envejecimiento, en el siglo XVII Vicente Moles describe los trastornos mentales que aparecen en la vejez; por su parte Pinel (1745-1826) recomienda proporcionar asistencia médica sanitaria, lo que hace que se deje de considerar a los ancianos como dementes.

También durante ésta época hubieron nuevos cambios además de los ya obtenidos en épocas anteriores con respecto a la vejez.

⁶ Lo que ahora conocemos como Medicina Geriátrica.

La Iglesia es en este momento el único refugio seguro para los ancianos, tras dejar sus bienes en manos de los miembros más jóvenes de la familia, es pues la Iglesia el mejor lugar para vivir los últimos días; ante los ingresos desencadenados de los ancianos a los conventos, se vio en la necesidad de crear asilos a cargo de ordenes religiosas.

Durante la época victoriana se alimentan ideas en torno a la sexualidad en la vejez, se pensaba que cuando la mujer entraba a la menopausia su deseo sexual terminaba y por lo tanto los hombres se veían en la terrible necesidad de alejarse de ellas y continuar la búsqueda por mujeres que les permitieran continuar con la procreación, así mismo, se creía que un hombre al llegar a los 50 años perdía virilidad.

Hablando un poco de la imagen que se tiene del padre en la familia mencionare que sigue persistiendo la idea terrorífica del padre castigador, a diferencia del abuelo quien continúa siendo la figura benévola de la familia, lo que hace que permanezca más tiempo dentro de la misma aunque no sea una persona productiva económicamente; mientras el abuelo viva en casa, es el único que tiene el poder suficiente y es el único que puede disponer de todos los bienes que se adquieren a través del trabajo de los demás miembros jóvenes de la familia.

Como en todos los tiempos los ancianos más privilegiados tenían un gran peso y seguían siendo considerados como gente de experiencia, en cambio los ancianos de la clase trabajadora eran viejos y no aspiraban a nada más, no merecían atención ni consideración especial. Durante ésta época no existía edad legal límite para dejar de trabajar, sin embargo, los patronos cuando a consecuencia de la vejez el trabajador dejaba de producir era expulsado del centro de trabajo; en esas familias obreras, cuando unos de los miembros dejaba de trabajar a causa de la edad o de la salud, se aislaba y alcoholizaba lo que traía como consecuencia que la gente adulta muriera muy joven; los ancianos eran pues en este sentido una carga para las familias, si poseía dinero el anciano era el que mandaba mientras conservara riquezas, en cambio el anciano pobre mandaba siempre y cuando trabajara; tenemos hasta aquí pues que la edad era sinónimo de abandono y miseria.

Tomando en cuenta todas estas problemáticas se crearon los primeros sindicatos para las clases trabajadoras, pero aun y con todo esto los grandes líderes no prestaron atención alguna en relación a los ancianos, ni tampoco se establecieron leyes en relación a los retiros por edad y enfermedad; los pobres entonces se vieron en la necesidad de aislarse pero con ciertas consideraciones. Los ancianos que eran ingresados a los asilos debían hacerlo con todo y sus bienes, además de que se les obligaba a aceptar que los encargados de los asilos cobraran y administraran su pensión.

Es hasta 1900 cuando los sindicatos crearon una ley en donde se hace una obligación las pensiones para los ancianos, además de establecer que no por contar con pensión y no trabajar activamente se le consideraría pobre e inútil, los sindicatos luchaban día con día por reducir la edad de retiro de los 70 a los 65 años y es hasta 1925 que se logran todos estos beneficios para los ancianos de la época,

Los pensadores de esta época, como en el pasado, siguen considerando a la vejez como la edad de la sensatez; Schopenhauer (1788-1860) ve en los ancianos a persona que han sufrido ya todas las desilusiones y justifica así su prudencia y sabiduría; Jacob Grimm (1785-1863) cree que la decadencia física queda compensada por la tranquilidad que acompaña a los años; en casi todas las novelas de Víctor Hugo la vejez simboliza la bondad.

Se observa pues en esta época un reconocimiento en las potencialidades del anciano, se considera la productividad como factor de importancia en la vida de las personas para que permanezca el sentido de utilidad.

1.1.2. México Moderno

Los sociólogos y estadistas afirman que el aumento en el número de ancianos hace difícil la inclusión de éstos en la sociedad. Sin embargo, el hecho de que no estén integrados es influido grandemente por la tecnología moderna y la agresividad o empuje de los jóvenes, quienes excluyen al anciano de la vida productiva y social. Dos o tres décadas atrás, el viejo era un símbolo de respeto, sabiduría y se le tenía un lugar especial en casa, era denigrante el pensar que acabase sus días en un asilo de ancianos. Esto ocurría sólo si era sumamente necesario. En las empresas se

empieza a sentir la indiferencia total para el ejecutivo que pasa de 40 ó 50 años, a pesar de su experiencia y sus capacidades, es rechazado por elementos jóvenes que van sobresaliendo día a día por la competitividad y producción, Si esto sucede hoy en día con el jefe cuarentón, ¿Qué esperanza puede haber para el adulto mayor de los 60 años?

Tenemos entonces que mientras los ancianos estén física y mentalmente sanos, son aptos para el trabajo de mando y la toma de decisiones, sin embargo, la mayoría de las acciones para el mundo laboral de hoy solamente se mueven en función de la oferta y la demanda, y la demanda joven pone al anciano en declive. Así, la perspectiva de la productividad está por encima de la calidad humana.

La degradación a la que se ha sometido al anciano actualmente, es la realidad del hombre viejo que todos llevamos dentro. Esto se manifiesta en el dramático desorden en algunos aspectos de nuestra sociedad: la corrupción, la injusticia social, la manipulación y la explotación del hombre, que la sociedad misma es incapaz de evitar. Lo peor de todo es que hay una gran apatía hacia los planes futuros para estructurar una sociedad cálida que dé amor y aproveche la experiencia de los mayores.

La vejez no es sólo cuestión de pensiones, comodidad, cuidados, seguridad material o alojamiento especial, va más allá, es un estado de ánimo que refleja las condiciones físicas y mentales del anciano y los resultados de su experiencia de vida, pero que en esencia se deriva del estado de ánimo de los ancianos respecto a la vejez.

A medida que la longevidad aumentó, se crearon mas asilos, pensiones, residencia y ciudades para ancianos, así mismo, se ha desarrollado una actitud respecto a la muerte, la muerte considerada como uno de los miedos más grandes en esta etapa de la vida. En épocas pasadas una persona de 40 años estaba convencida de que ya había vivido, sufrido y experimentado todo lo que la vida le podía proporcionar, y la muerte a esa edad no era una amenaza, sino al contrario un alivio, y mas aún cuando sabía que después de la muerte había algo mejor; en la actualidad un hombre de 40 años se siente en plena posesión de sus facultades, no se siente cansado, tiene vitalidad y está convencido que aún le quedan cosas por hacer, se

siente ansioso de vivir y la sola idea de pensar en la muerte le duele y por ende la aleja, la borra de su mente; pareciera entonces que hablar de vejez es sinónimo de muerte y por lo tanto de aniquilación del pasado, es por esto que el crear una cultura de la vejez, pienso, es educarnos a recibirla, al igual que cualquiera de las otras etapas de la vida, ¿porqué no educarnos a crear nuevos proyectos de vida, a tener vitalidad y añoranza por las cosas de la vida, "nuestra vida"?, es educarnos para que la vejez no nos siga pareciendo antesala de la muerte, quizá también con esta misma educación consigamos evitar eliminar y ocultar a la vejez. El sociólogo francés Edgar Morin (1921-) dice que hay "*una devaluación universal de la vejez*", porque no sólo no es experiencia operante, sino que los ancianos no pueden apropiarse de los valores que se imponen cada vez con mayor fuerza y es por esto que a la vejez se le aparta.

Entre los años 1990-1992 surgen cambios importantes, el hombre busca su realización a través del amor, del bienestar de la vida privada, se comienza una lucha constante del hombre y la mujer por no envejecer, desean estar siempre jóvenes para amarse y gozar siempre del presente. En los años 70's y 80's la vejez se convirtió en un tema de estudio para muchos, para otros simplemente fue su inspiración, dejó de ser un tema exclusivo de los gerontólogos, muchas disciplinas comienzan a interesarse. La escritora norteamericana Susan Sontag (1933-), sostiene que el envejecimiento es más duro para las mujeres que para los hombres, debido a los notorios cambios en la estética femenina, además de aconsejar dejar que el rostro de manera natural exprese la verdad sobre su edad, agrega también que a mayor envejecimiento mayor inteligencia, espíritu de competencia y personalidad bien desarrollada.

El cineasta Richard Fleischer en el film Sol Verde, presenta "Una sociedad del año 2022 en la que a los viejos se les elimina y en la que un policía se rebela al conocer casualmente a un viejo; conforme corre la historia se deja entrever a una sociedad menos fría y cruel"⁷.

Otros rasgos negativos de la vejez se perciben también en el aferramiento a las formas anacrónicas de vida, es decir, el aferramiento a ideas que no aplican ya en

⁷ ALBA, Víctor, Historia Social de la Vejez, Ed. Alertes, Barcelona, 1999, p.175

una sociedad como la nuestra, ejemplo claro de esto son: la negativa por parte del anciano ante la idea de un matrimonio que acaba en divorcio, la oposición en la lucha por la igualdad de sexos, la legalización del aborto y hasta nuestros días la aceptación de la píldora de emergencia; es como si los ancianos al ver tanta libertad, se dieran cuenta de los prejuicios que tuvieron que aceptar y quizá por eso ahora se oponen a tantas libertades de pensamientos y sobre todo de actitudes.

En realidad, no se puede considerar al hombre totalmente culpable de convertir a la vejez en un período de vida lleno de dolencias, incapacidades y sufrimientos, debemos tener en cuenta que cada generación hereda de la anterior no sólo un modo de vida mal sano, sino también la idea de que la senectud es un período triste y deplorable de la vida.

Ser viejo se ha convertido en un sinónimo de enfermedad, impotencia y resignación que impide aprovechar la eficacia de la ciencia actual, la medicina preventiva natural, nos da una alternativa mas para alcanzar una vejez enteramente sana y normal.

El hombre actual demuestra estar en decadencia, con un número de enfermedades degenerativas que aparecen no sólo en la tercera edad sino desde la juventud, el cáncer, artritis, la artrosis y la diabetes, son mínimos ejemplos de la lista interminable de enfermedades degenerativas que aquejan al hombre moderno.

Hablar sobre la tercera edad es -ahora más que nunca- un tema de mucha actualidad, la vejez no tendría nada de desagradable ni terrible, al punto de cambiarle de nombre, si no fuera sinónimo de enfermedades y trastornos tanto corporales como psíquicos: reumatismo, arteroesclerosis (endurecimiento de las arterias), enfisema pulmonar, rigidez del pensamiento, sólo por nombrar algunos padecimientos. El concepto de la vejez enferma tiene que pertenecer al pasado.

1.2. Vejez en Querétaro

A medida que la tecnología avanza, la esperanza de vida aumenta y con ello nuestra población anciana, hoy en día existen organizaciones preocupadas por esa etapa de la vida.

En Querétaro, tenemos un Centro Gerontológico "Plan Vida" a cargo de la Secretaria de Salud en el Estado (SESEQ), en donde se le proporciona atención integra a

través de terapias ocupacionales, recreativas, culturales y deportivas, se les brinda apoyo asistencial a ancianos en estado de abandono, se fomenta la interrelación familiar y el respeto por el adulto, a través de este centro se apoya a los asilos de ancianos.

En Querétaro cada año se tiene en el mes de agosto la semana estatal de la Tercera Edad, esta semana está dedicada a las personas de edad avanzada y se celebra bajo el marco de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las personas de la Tercera Edad, que coordina el Sistema Estatal DIF y que fue implementada durante el gobierno del Ing. Ignacio Loyola Vera (período 1997-2003). Fue el 5 de mayo del año 2000 cuando se publica en el periódico oficial "La Sombra de Arteaga" el acuerdo del Ejecutivo Estatal por medio del cual se crea, la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las personas de la Tercera Edad, como órganos de instrumentación, coordinación, seguimientos y evaluación de acciones a favor de dichas personas coordinada por el DIF estatal.

El objetivo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de Querétaro (DIF), es sin duda alguna el de promover acciones de bienestar y desarrollo familiar y social, coordinando los servicios de asistencia social en el estado, siendo el mayor interés las familias, así mismo, es el encargado de fomentar el autodesarrollo, la integración social y el bienestar de los individuos, familias comunidades más necesitadas del estado, promoviendo la autogestión y los valores fundamentales de la familia, involucrando en esta labor a los sectores Público, Privado y Social.

Cabe mencionar que el DIF Estatal se coordina con los 18 sistemas DIF Municipales de la entidad, y cada uno posee programas de acuerdo a las necesidades de cada comunidad.

En el siguiente apartado tenemos cifras referentes a la población anciana en la República Mexicana, realicé un cuadro comparativo con los estados de la zona bajo (Aguascalientes, Guanajuato, San Luis Potosí, Zacatecas y Querétaro) a fin de conocer como nos encontramos en relación con otros estados en cuanto a gente anciana.

1.2.1. Índice Poblacional

Según datos del Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI), en el año 2000 el Estado de Querétaro cuenta con una población total de 1,404,306 habitantes, de los cuales sólo 57,767 pertenece a la población anciana considerada entre los 65 años en adelante, lo que significa que sólo el 4% de su población son ancianos. Tomando como base las estadísticas del Censo tenemos que la población anciana en el Estado de Querétaro, en su mayoría está constituida por mujeres ya que 26,529 de los 57,767 habitantes ancianos son hombres y el resto mujeres 31,328. (como se muestra en la siguiente gráfica)

Santiago de Querétaro, Qro.	
Edad 65 y más años 57,767	
HOMBRES	MUJERES
26,529	31,238



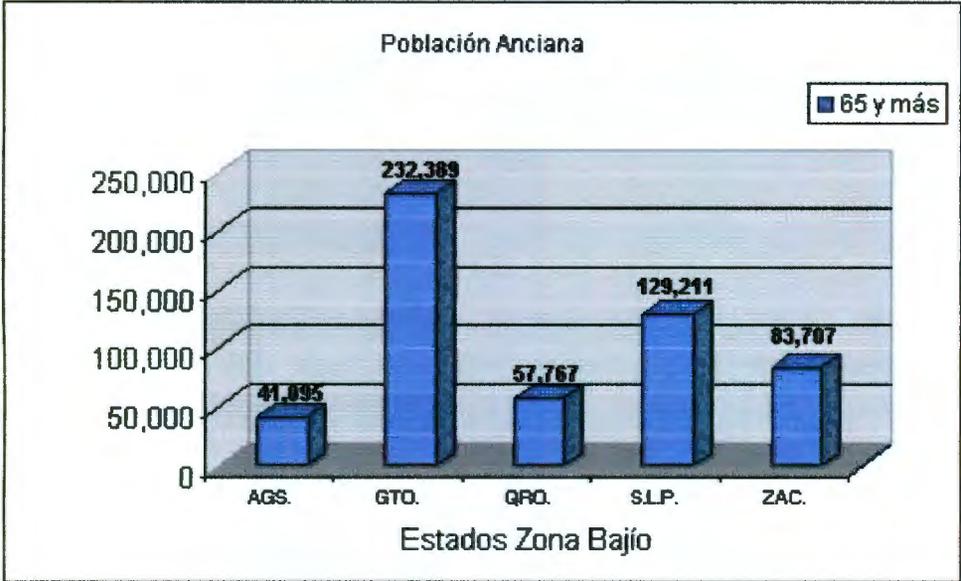
En la siguiente tabla se muestra el total de la población en la República Mexicana, observándose que el estado con mayor población anciana es Zacatecas pues el 6% de su población esta alrededor de los 65 años y más, así mismo, el estado con menor población senecta es Quintana Roo quien sólo el 2% de su población total es anciana.

Estadísticas sociodemográficas

Entidad federativa	Grupos de edad			No Especificado
	0 - 14	15 - 64	65 y más	
Aguascalientes	342 044	554 402	41 095	6 744
Baja California	755 771	1 437 499	86 281	207 816
Baja California Sur	134 844	268 443	16 541	4 213
Campeche	241 760	412 044	31 319	5 566
Coahuila de Zaragoza	745 058	1 418 801	107 365	26 846
Colima	167 882	316 435	26 755	31 555
Chiapas	1 490 713	2 140 914	140 708	148 557
Chihuahua	983 121	1 833 842	138 615	97 329
Distrito Federal	2 245 014	5 727 870	503 357	128 998
Durango	518 324	838 673	75 911	15 753
Guanajuato	1 706 947	2 675 207	232 389	48 489
Guerrero	1 197 894	1 682 090	158 021	41 644
Hidalgo	792 766	1 306 351	118 409	18 065
Jalisco	2 132 355	3 777 607	334 790	77 250
México	4 176 921	7 815 751	471 164	632 850
Michoacán	1 444 108	2 257 259	231 329	52 971
Morelos	500 492	911 481	83 820	59 503
Nayarit	315 519	545 780	54 252	4 634
Nuevo León	1 137 528	2 468 813	182 247	45 553
Oaxaca	1 298 374	1 915 503	201 219	23 669
Puebla	1 803 010	2 851 201	261 792	160 683
Santiago de Querétaro	502 206	827 696	57 767	16 637
Quintana Roo	301 304	539 298	20 415	13 946
San Luis Potosí	836 935	1 313 157	129 211	20 057
Sinaloa	856 371	1 541 110	124 043	15 320
Sonora	719 168	1 376 738	105 330	15 733
Tabasco	671 256	1 132 853	74 044	13 676
Tamaulipas	861 175	1 724 719	137 729	29 599
Tlaxcala	335 275	570 826	49 638	6 907
Veracruz-Llave	2 338 475	4 134 987	373 119	62 394
Yucatán	542 399	1 005 568	97 929	12 314
Zacatecas	491 964	769 409	83 707	8 530
Estados Unidos Mexicanos	32 586 973	58 092 327	4 750 311	2 063 801

Debo mencionar que para efectos de un análisis más completo tomé sólo como referencia los estados que componen la zona bajo: Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas; de los cuales el estado con mayor población anciana es Guanajuato y con menor Aguascalientes. (ver siguiente cuadro).

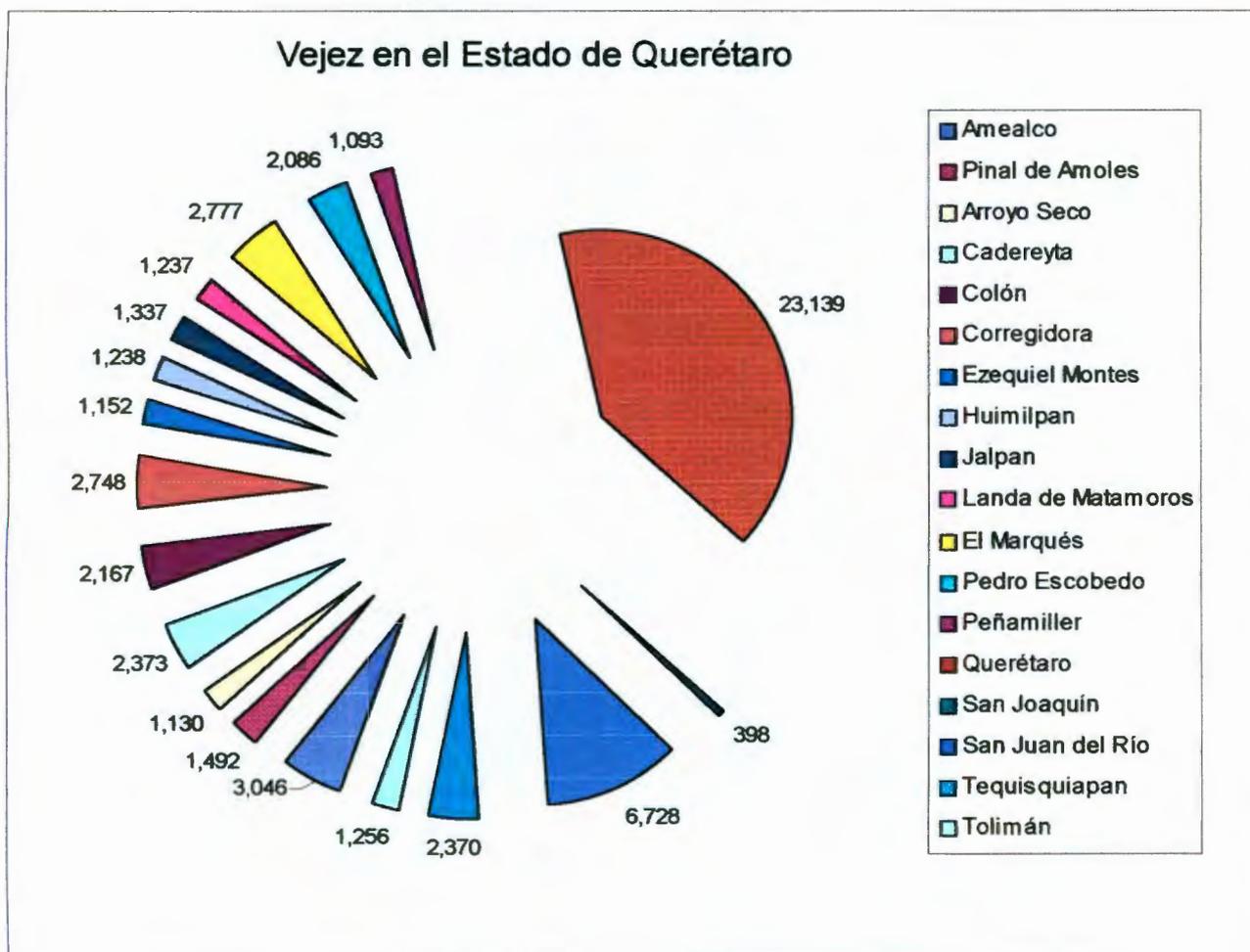
Zona Bajío	
Edad en Años	
Entidad Federativa	65 y más
AGS.	41,095
GTO.	232,389
QRO.	57,767
S.L.P.	129,211
ZAC.	83,707



Sin embargo, tomando como base la población por Estado tenemos que el 6% del total de sus habitantes en Zacatecas es anciana, el 5% corresponde a San Luis Potosí y el 4% a Guanajuato, Aguascalientes y Querétaro, por lo tanto tenemos que Zacatecas y San Luis Potosí tienen una población alta de Adultos Mayores.

Particularmente en el Estado de Querétaro y sus municipios tenemos que:

Vejez en Querétaro			
Municipio	65 y más	Municipio	65 y más
Amealco	3,046	Landa de Matamoros	1,237
Pinal de Amoles	1,492	El Marqués	2,777
Arroyo Seco	1,130	Pedro Escobedo	2,086
Cadereyta	2,373	Peñamiller	1,093
Colón	2,167	Querétaro	23,139
Corregidora	2,748	San Joaquín	398
Ezequiel Montes	1,152	San Juan del Río	6,728
Huimilpan	1,238	Tequisquiapan	2,370
Jalpan	1,337	Tolimán	1,256



Para finalizar tenemos que "sólo 5 (cinco) de los 18 (dieciocho) municipios del Estado de Querétaro cuentan con Instituciones para el cuidado de la vejez⁸.

Mpios.que cuentan con Instituciones para la vejez	
Municipio	65 años y más
Colón	2,167
Corregidora	2,748
Jalpan	1,337
Querétaro	23,139
San Juan del Río	6,728



⁸ Tesis UAQ "Aspectos Generales de la 3ª. Edad en las residencias para ancianos del Edo. de Qro., ¿porqué las familias se separan de sus ancianos?"

CAPÍTULO II. INSTITUCIONES AL CUIDADO DE LA VEJEZ

2.1. Historia y Origen de los Asilos en México

Desde hace años la medicina intentó remediar los problemas de salud propios de la vejez, al reconocer su importancia se dedicó a clasificar las patologías en el terreno de los males incurables, lo que hizo que a los ancianos se les abandonara en asilo.

Recordando un poco tenemos que en las sociedades antiguas, por ejemplo, el llegar a una edad mayor se consideraba gozoso sobre todo si el anciano tenía una descendencia familiar numerosa, ya que estas sociedades necesitaban a sus ancianos como símbolos de continuidad, como memoria del grupo y sobre todo como condición de reproducción, es decir, cada sociedad es responsable del papel y de la imagen de sus ancianos, es ella quien crea el modelo de hombre ideal y de este modelo depende la imagen que se tenga de vejez, su devaluación o su revalorización; algo importante es que finalmente la suerte de cada anciano depende del nivel de recursos que posea la sociedad en la que viva.

En algunos pueblos se trataba bien a los ancianos a pesar de que se les detestaba, se les atendía por temor a la venganza; en otros se les honraba y respetaba pero se les mataba cuando su incapacidad y dependencia amenazaban la supervivencia del grupo. Por ejemplo en América Latina la forma de organización de los incas, permitía de alguna manera la participación de toda la población incluyendo a los ancianos, se les integraba y se les mantenían ocupados, en esta época se introdujo una nueva organización que proporcionaba seguridad a los ancianos; cada cinco años se empadronaba a la población y se clasificaba según la edad, en el caso de las personas que tenían entre 50 y 68 años de edad se les clasificaba como "los viejos que aún están bien", los de mayor edad caían en la categoría de "senil, sordo y que sólo se ocupan de comer y dormir", en ese tiempo los incas también contaban con un Consejo de Ancianos y las mujeres de más edad tenían cargos importantes en cuestiones de salud y educación.

Desde el año 2000 a.C., el viejo que deambulaba por las calles sólo fué incluido en el grupo de gente pobre, enferma y lisiada de todas las clases sociales de la época.

Hay evidencias que aseguran que en esa época en Mesopotamia existían ya hospitales de caridad que ofrecían asilo a gente desprotegida. Hacia el año 2450 a. de C. existió un documento egipcio escrito por un escriba de nombre Ptah Hotep, en donde se hizo por primera vez se hace referencia a la vejez, en este documento él plasmaba su condición de viejo, sus lamentos de salud, debilidades y restricciones. Es en Grecia donde se habla por primera vez de instituciones caritativas destinadas al cuidado del anciano más necesitado, en estas instituciones se les daba alimento, incluso por el resto de su vida si era necesario, tomando en cuenta que en esa época se podía vivir más de 70 años.

Considero es importante tomar en cuenta que el aspecto demográfico desempeña un importante papel en la visión que la sociedad tiene del anciano, ya que por un lado las sociedades con un bajo porcentaje de ancianos respetan a éstos. Por el otro las sociedades con un alto porcentaje, toman conciencia de los problemas que acarrea la avanzada edad de las personas y por ende la importancia económica que esto desata.

A partir del siglo III, los hospitales cristianos empezaron a ocuparse de los más necesitados, durante la época de los Romanos se hizo por primera vez la diferenciación entre vejez (como etapa de la vida) y anciano (como individuos), sin embargo esto no fué de mucha ayuda ya que al anciano se le seguía viendo como un ser débil lo que hacía que no se estableciera diferencia entre los mendigos, lisiados y enfermos de la época.

Es hasta el siglo IV donde el anciano rico aseguraba sus últimos días en monasterios, y es aquí donde se comienza a marcar una pauta en la historia de la vejez, ya que se inicia a tomar conciencia de la particularidad de ésta; sin embargo por otro lado tenemos a la vejez relacionada con el cese de la actividad, y la ruptura con el mundo profesional, de aquí que la palabra "retiro" se vaya tomando en diferentes sentidos, por ejemplo existían ancianos que se retiraban a las tierras que durante años habían trabajado para morir en ellas, lo que no precisamente implicaba un retiro por completo de amigos, familiares, pertenencias, costumbres, como para muchos otros ancianos de la época.

La idea de retiro voluntario inicia en el siglo VII y toma auge en el IX con la difusión de los monasterios en donde existía alojamiento para ancianos, esto ayudaba en gran medida a los monjes de la época ya que se veían beneficiados por las grandes aportaciones que hacían los ricos que se retiraban, para los pobres era menos la posibilidad de retiro voluntario, hasta el siglo XIX todavía era privativo de los privilegiados, el anciano pobre debía continuar trabajando mientras sus fuerzas se lo permitieran, posteriormente su familia se haría cargo de él, en el caso de que el anciano viviera sólo, ésta condición lo llevaba a ser catalogado dentro del rango de inválido, enfermo, huérfano, pordiosero o loco.

La Iglesia en esa época no admitía que la vejez constituyera una condición particular que justificara ciertos favores y una actitud especial hacia los ancianos, muchos monjes y obispos alcanzaban una edad muy avanzada dado el carácter sagrado de su persona los ponía a salvo, en la mayoría de los casos disfrutaban de un nivel de vida superior a la mayoría de la población, tenían una alimentación más equilibrada, eran menos afectados por las epidemias y los monasterios resultaban el mejor refugio; un hecho interesante es que en cuestiones de salud, los ancianos que vivían en los monasterios tenían una calidad y esperanza de vida superior al resto de la población. Hoy en día es muy raro que se llegue a una condición tan prometedora; en mi acercamiento con ancianos institucionalizados que están bajo el cuidado de ordenes religiosas me he percatado que no existe tal calidad de vida que ofrezca elevar la esperanza de vida de los ancianos asilados; menciono lo anterior puesto que el tiempo de vida de los ancianos que se alojan en los asilos es aproximadamente de un año después de su ingreso, esto principalmente por cuestiones económicas, sociales y de salud.

A partir del siglo XI se comienza hablar de forma más seria y concreta sobre la vejez, la describen, buscan sus causas y remedios; se empieza a estudiar su situación social, entre los años de 1219 y 1292. Ya en ésta época los ancianos eran considerados para cuestiones políticas y la toma de grandes decisiones, sin embargo, sólo tenían cabida los ancianos preparados y con recursos; los ancianos con menos suerte tenían otro destino, por ejemplo el anciano campesino tenía dos caminos que le daban presencia, uno era el de ser puente entre generaciones, y otro

el de ser testigo ante los tribunales y los grandes eventos, pero para tener voz y voto pesaba más el que sabía leer y contar, características que por supuesto un anciano campesino no siempre poseía. Para el anciano del siglo XIII sólo le era posible vivir si mantenía su puesto o lograba encontrar un lugar de retiro.

En la Edad Media el anciano era lo que había sido y recogía lo que había sembrado, en el caso del clero éste cuidaba a sus ancianos, la aristocracia mantenía a los suyos en el castillo; el monasterio recibía al comerciante retirado, pero el campesino sólo podía contar con sus hijos cuando los tenía. En los siglos XIV y XV se dio en Europa un fenómeno que cambió de raíz a la sociedad, modificando las condiciones de la salud y la vejez, fue la época de las grandes epidemias en donde los únicos que se salvaban de ellas era quienes vivían en grandes monasterios bajo el cuidado de los monjes. El aumento del número y del papel de los ancianos se tradujo en el avance de la idea de retiro, y esto fue sólo una señal que llevó a pensar la vejez de manera más específica, es así como la idea de retiro empieza a extenderse al final de la Edad Media, de hecho en Francia en 1446 se fundó una casa de retiro para los viejos taberneros y ocho años después, en 1454 para viejos marineros, también crecieron las diferentes órdenes religiosas y hermandades que empezaron a prevenir cierta asistencia a favor de sus integrantes de más edad, en los hospitales se difunde la costumbre de reservar camas para la gente de más edad; pero se seguía careciendo de la misma manera que en nuestra época de instituciones propias para el cuidado y atención de la vejez; son pocas las instituciones y muchas las necesidades, sin embargo se comenzaba ya a reconocer la necesidad y legitimidad de un período de descanso en la última etapa de la vida; el principal obstáculo era material y sobre todo de tipo financiero.

La mayor parte de los asilos, hospitales, casas de retiro y pensiones eran atendidos básicamente por religiosas que en cumplimiento de sus principios, creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, de hecho esta fue la idea central y motivo de origen de este tipo de instituciones.

En América conforme las ordenes religiosas tomaban auge se extendía la obra hospitalaria, y de este modo prácticamente cada convento se convertía en hospital en donde se atendían a los pobres que se encontraban enfermos. Después de la

conquista de la gran Tenochtitlán, Hernán Cortés promovió la fundación del Hospital de la Inmaculada Concepción y el de San Lázaro, en donde la fe aún tenía un papel importante, existía la idea de acción de gracias y de renovación espiritual, pero ya no aquel sentido de caridad, ya que éste se construyó bajo la idea de hospital para enfermos pobres, le siguieron varios por ejemplo, la casa del Arzobispo Lorenzana quien abrió una casa para niños, posteriormente la casa del Virrey de Bucareli que inauguró el asilo para pobres o Casa de la Misericordia. Para el siglo XVII el Hospital de Cortés había crecido, atendía tanto a españoles como a indígenas, y se admitió enfermos de todas las clases excepto leprosos, sifilíticos y locos, hecho que para la época fue un paso más, ya que se comenzaba a dar atención a cada problema y a cada enfermedad.

Para fines de este trabajo es necesario mencionar la labor que desempeñó Vasco de Quiroga y Bernardino Álvarez; Quiroga hizo surgir una institución en la que se acogía a los huérfanos, se hospedaba a los peregrinos, se daba albergue definitivo a los indios desvalidos y se cuidaban enfermos incluyendo dentro de estos grupos, por supuesto a los ancianos. A ésta pequeña institución se le nombró "República del hospital" y fue fundado entre los años de 1531 y 1532, la cual contaba con una organización tutelada en la cual se tenía una vida de tipo comunal, había un rector, un principal y los regidores; estos últimos generalmente eran indígenas electos dentro del grupo de ancianos o jefes de familia. La Institución fundada por Quiroga tenía dos objetivos:

1. Tratar de llevar a los indios a la fe católica, de ahí que el hospital sirvió como centro catequístico para niños y adultos paganos.
2. Otro objetivo era pretender que los indígenas entendieran la fé como fin y forma de vida.

Fray Bernardino por su parte, se enfrenta con la miseria de los enfermos, locos y ancianos, es uno de los pocos en observar la condición de los ancianos y la falta de asilos para ellos, en esa época los ancianos generalmente eran pobres y vivían de las limosnas que se les daba en la calle; los convalecientes, incapacitados para trabajar, eran víctimas de la miseria. Para él, la situación de los locos era aún más dolorosa pues los que eran tranquilos y pacíficos eran tratados con humillación

vagando por las calles; los violentos eran reclusos en las cárceles públicas y recibían castigos como criminales. Para remediar esta condición Fray Bernardino decidió fundar en 1567 una institución que amparaba a marginados por igual, sin embargo a futuro sus acciones se vieron reflejadas a beneficio de los locos. Hasta aquí podemos observar que las acciones asistenciales se orientaban más al cuidado de los enfermos, a la protección de la infancia y al socorro de los más necesitados, pero no se ayudaba expresamente a los ancianos. La Guerra de Independencia y la lucha entre liberales y conservadores por imponerle régimen federalista o centralista al país, pusieron sobre la mesa las ideas de soberanía, supresión de la esclavitud, la igualdad de los hombres, la libre exposición de las ideas, la búsqueda de leyes que impidían al clero tener el monopolio en la educación pública y otras más que culminan con el movimiento y formulación de la constitución de 1857 en donde las acciones de la Reforma se dirigen a precisar establecimientos de beneficencia. Surgió también una ley que establecía una dirección para administrar los bienes de los establecimientos de beneficencia y caridad, y es entonces cuando se comienza a perfilar la asistencia pública simultáneamente a la ejercida por particulares.

En el último cuarto del siglo XIX los servicios de beneficencia pasaron a manos del gobierno local, pero en establecimientos tanto públicos como privados, el anciano quedó confundido entre mendigos y minusválidos que solicitaban ayuda, ayuda que desde luego era imposible proporcionarles pues el presupuesto destinado por la federación y los estados a la atención de estos problemas era insuficiente.

Conforme aumentaba el número de ancianos, la creación de asilos se multiplicaban al mismo tiempo que se tomaba conciencia social, en México es a la Iglesia a quien más se dirigen las personas en busca de ayuda y consuelo; los primeros asilos en México se encontraban a cargo de las ordenes religiosas; es en 1919 cuando surge en México la asistencia social al anciano, sin embargo es hasta 1927 que se inicia de manera formal con la construcción y adaptación de asilos para los más necesitados, en ese mismo año el asilo Nicolás Bravo el cual se fundó en 1925 pasó a manos de la beneficencia pública en donde se albergaban mendigos y desamparados.

El 27 de mayo de 1927 el presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, el Sr. Enrique Hernández Álvarez colocó la primera piedra para construir el asilo

Arturo Mundet en el casco de la Hacienda Guadalupe Inn, este edificio es considerado como la primera institución oficial construida especialmente para ancianos, a pesar de que para finales del siglo XIX ya existían algunos asilos religiosos.

Partiendo de reformas administrativas, el Estado racionalizó los servicios oficiales de asistencia, buscando darles una mayor extensión y eficacia creando así la Secretaría de Asistencia pública; como resultado del derecho a recibir protección y ayuda del Estado, la asistencia pública se había transformado en asistencia social. En 1932 la Asistencia Social es ya responsabilidad del DIF, es entonces cuando la palabra asilo se cambia por la de casa hogar, la cual se caracterizaría por una visión y organización de trabajo diferente.

En 1934 el Sr. Vicente García Torres donó la Hacienda Torre Blanca en Tacuba, el 28 de noviembre de 1934 inauguró el Asilo el cual llegó a atender a 500 personas por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de hecho en ese tiempo las actividades que llevaba a cabo la Secretaría de Asistencia Pública y las del Departamento de Salubridad Pública quedaron comprendidas dentro de lo que llevó el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

En 1950 aparecieron los primeros cambios, se cambia el término vejez (como sinónimo de incapacidad), por el de tercera edad, lo que adquiriría en ese entonces un matiz de dinamismo y autonomía.

En 1992 abre sus puertas en México la casa hogar "Arturo Mundet" la cual contaba en ese entonces con 151 ancianos, 52 hombres y 99 mujeres con edades mínimas alrededor de los 57 años; ésta casa hogar introdujo dentro de la atención al anciano programas dirigidos a los familiares de los mismos, además de implementar la terapia grupal, programas que tenían como objetivo garantizar una mejor calidad de vida, se introdujeron además actividades como el cine debate en donde el anciano participaba de manera crítica sobre el filme, en cuanto al personal encargado del cuidado del anciano se comenzó a buscar profesionistas de diferentes disciplinas que permitieran un trabajo más completo como el caso de los gericultistas (1978).

Por la misma fecha (1992), la casa hogar "Vicente García Torres" contaba ya con 149 ancianos con edad mínima de 60 años y con una máxima de 103, de los cuales

60 eran hombre y 89 mujeres, en esta institución se introdujeron por primera vez programas de asistencia diurna, se fomentaba las relaciones de generación en generación dentro de la familia, programas enfocados a la adquisición de mejores hábitos alimenticios, además de proporcionar una atención integral al enfermo terminal y a los procesos de duelo.

En el mismo año (1992) surge la especialidad de posgrado en gerontología y geriatría y se organiza el X Seminario de Asistencia Social al Anciano teniendo incluso participación a nivel internacional, dicho seminario tuvo por objetivo establecer programas de control de calidad en donde se proponía la creación de Clínicas de Demencia Senil, además de diseñar programas de formación dirigido especialmente al personal encargado del cuidado del anciano.

Es a partir de estas condiciones que se comenzaron a sentar las bases para que se pusiera mayor atención a la asistencia del anciano, es así como se empiezan a reportar trabajos e investigaciones que arrojan datos de las condiciones institucionales en relación a la asistencia del anciano, en dichas investigaciones se encontró que hay pocas instituciones que cuentan con equipos médicos necesarios para el cuidado y evaluación del anciano, además de observar ausencia de programas geriátricos de asesoría y rehabilitación que ayuden al anciano enfermo a recuperarse y permitan reincorporarlo a su ambiente familiar.

En México ha habido varios intentos por desarrollar programas de alcance para la atención del anciano. En el año 1979 y siendo presidente el Lic. José López Portillo creo el Instituto Nacional de la Senectud, cuyo objetivo era proteger y atender a las personas de 60 años y mas, posteriormente se creó el llamado Consejo de Ancianos programa que se impulsó en el gobierno de Miguel de la Madrid, en donde se pretendía crear espacios sociales para que los ancianos recuperaran la función social que habían tenido antes de la Conquista, se intentó que la sociedad en general se acercara a los ancianos y escucharan sus experiencias, que los jóvenes siguieran sus consejos.

Por ejemplo en la ciudad de México se habían comenzado a impulsar juntas en donde se ofrecía una atención no institucionalizada a la población anciana, además de trabajar arduamente en devolverles el rol social activo con el que contaba en el

pasado así como proporcionarles las herramientas necesarias para vivir en una sociedad contemporánea como la nuestra, sin embargo, hoy en día el anciano sigue viviendo un choque cultural, la dinámica social ha sufrido transformaciones tal ritmo que es difícil seguirle el paso; sin duda alguna el anciano es el más desplazado en esta condición y sus aportaciones poco tienen que ver con la dinámica que vive la gente joven en la actualidad, pues las demandas educativas, eco-nómicas, laborales, sociales, religiosas, de salud y otras, actualmente son tan cambiantes que resultan poco comprendidas y hasta cierto punto desconocidas por el anciano.

2.2. Asilos de Ancianos en el Estado de Querétaro

El anciano de nuestros días ha pasado de un modelo de familia a otro de manera muy rápida, todo debido a los cambios generados día a día en un país como el nuestro en vías de desarrollo, trajo ello necesidades que cubrir, y modificación en los estilos de vida de las personas ancianas, se ha pasado de una familia grande, con numerosos miembros viviendo bajo una misma vivienda a una familia nuclear, aislada y con un número de hijos menor, un cambio importante y sin duda notorio fue el concerniente al papel que desempeñaba el anciano dentro de la familia, ya que como mencioné en capítulos anteriores, en el pasado tenía funciones específicas en cuanto a la economía del hogar, sobre todo se involucraba al anciano en la formación de nuevas generaciones.

En la actualidad esta función ha ido desapareciendo en muchos hogares mexicanos, cada vez son más los ancianos que han sido ingresado por sus familiares a instituciones, como los llamados "Asilos de Ancianos", otros con mejor suerte lo han decidido de manera personal y voluntaria tras el trato recibido en sus hogares como resultado de la soledad.

Es así como de esta manera, en este capítulo abordo lo concerniente a esta nueva opción de vida para los ancianos. "Los Asilos", en particular los ubicados en la Ciudad de Querétaro, agregaré también uno de los dos Asilos que están ubicados en el municipio de Corregidora "San Francisco de Asis", en el cual colaboro desde 1998 con la Mtra. Patricia Núñez Lemus.

❖ 2.1.1. Santiago de Querétaro

CENTRO DE PROTECCIÓN DE ANCIANOS, A.C. "LA DIVINA PROVIDENCIA"

Ubicación:

Calle: Juan de la Barrera Sur No.1

Col: Niños Héroe

En la actualidad lleva por nombre "Centro de Protección de Ancianos, A.C.", este asilo abrió sus puertas gracias a la Sra. Carmen Septién de Soto quien siempre estuvo al pendiente de hacer el bien a las personas ancianas, creando de esta manera un lugar digno para las persona de la Tercera Edad en donde puedan pasar dignamente los años de su vida. Hoy en día el control de este asilo corre a cargo de Religiosas.

En 1999 el asilo contaba con una población total de 87 ancianos, actualmente en el año 2004 cuenta con una población de 84 ancianos.

"ASILO SAN SEBASTIÁN"

Ubicación:

Calle: Otoño s/n

Col: Barrio de San Sebastián

Su objetivo: *"Ayudar a los menesterosos y a los que no tienen dinero para pagar sus servicios médicos"*

En 1898 se concluyó el hospital que llevó por nombre Sagrado Corazón de Jesús bajo la dirección del R.P. Felipe Sevilla, de esta manera en un principio este asilo comenzó a funcionar como hospital para pobres, un poco más tarde albergó a gente de bajos recursos económicos, no se tiene el dato exacto de cuando comenzó su actividad como Asilo de Ancianos, lo que si se sabe es que a partir del año 1907 abrió sus puertas para recibir a la gente que requiriera atención médica y asilo (lo que involucraba personas de todas las edades)

En la actualidad este Asilo está a cargo de las Reverendas Madres Religiosas Josefinas, se tiene el dato que en 1997 había una población de 20 mujeres ancianas, para 1999 se contaba con una población total de 23, unas ya han muerto y otras fueron entregadas a sus familiares para que se hicieran cargo de ellas, ya que este asilo solo alberga ancianas sin familia y que han sido abandonadas, además generalmente son personas derivadas de las instituciones de beneficencia pública. Actualmente en el año 2004 cuenta con una población total de 32 mujeres ancianas.

"SINANK'AY"

Ubicación: (2 direcciones)

Calle: Paseo Jurica No.423 y/u Olivos No.304

Col: Jurica

SINANK'AY es una palabra compuesta de origen maya que significa "vida en armonía", literalmente *SINAN* quiere decir: lo que se prolonga y extiende y *K'AY*, canto. El 21 de marzo de 1998 se inaugura en la Ciudad de Querétaro un centro geriátrico más bajo el nombre de Sinank'ay, el cual tiene como objetivo brindar asistencia a ancianos con Alzheimer y con algunos otros padecimientos orgánicos propios de la edad.

Para esas fechas ofrecía asistencia de día y/o las 24 horas del día, cabe mencionar que no es considerado como asilo propiamente, ya que la estancia es de carácter temporal en tanto se ayuda al anciano a reincorporarse al seno familiar. En este centro se trabaja conjuntamente con la familia proporcionando los elementos necesarios que ayuden a la reincorporación del anciano y su padecimiento, se trata de lograr que la familia participe activamente en el nuevo estilo de vida del anciano, además de que es un órgano central para proporcionarle una mejor calidad de vida. Este centro fue fundado por el M. En C. Carlos Emilio Galván Garza y su esposa la Dra. Rosa Carvajal García, Director General y Directora Médica, respectivamente; el centro geriátrico abre sus puertas en la Calle: Olivos No.304 en la Col. Jurica, a un año de su apertura (1999) contaba con 10 miembros beneficiados; ante la demanda en sus servicios, en septiembre del 2003 es inaugurado una mas de sus

instalaciones ubicada en la Calle: Paseo de Jurica No.423 en el mismo Fraccionamiento, actualmente se ofrecen servicios de salud más completos, se brinda atención y rehabilitación a los adultos mayores que así lo requieran, proporcionándoles un ambiente familiar, sobre todo rodeado de afecto, amor comprensión y respeto, se ofrece una valoración médica previa al ingreso, entre los servicios que ofrece se encuentra la estancia de 24 horas, estancia de día, estancia de fin de semana, estancias en periodos vacacionales y días festivos. Sus instalaciones están acondicionadas de tal manera que se ofrece terapias de todo tipos (físicas y psicológicas), gimnasio, supervisión, además de contar con una Clínica de Alzheimer y hospital geriátrico.

Como lo mencione anteriormente Sinank'ay se encuentra ubicado en dos construcciones con áreas verdes, mismas que han sido especialmente acondicionadas para atender adecuadamente a personas mayores dependientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas; en la calle de Olivos No.304 se encuentra una de las instalaciones, la cual atiende a pacientes lúcidos o con un deterioro cognitivo leve, actualmente (2004) los beneficiados son 20 ancianos; en Paseo de Jurica No.423 está la construcción para pacientes geriátricos con un deterioro crónico moderado o severo, también en esta misma dirección se localiza la clínica Alzheimer y el Hospital Geriátrico.

Su lema y misión: "Vida en Armonia", *"pues nosotros creemos que una de las mejores formas de llegar a viejo, sano y feliz, es sirviendo, amando y llevando armonía a los demás, sobre todo a los que mas sufren"*⁹

CENTRO QUERETANO DE GERIATRÍA Y REHABILITACIÓN

Ubicación:

Calle: Plaza de Armas No. 80

Col.: Las Plazas

⁹ GALVAN, Garza Carlos Emilio, Director General Sinank'ay

Este Centro Geriátrico abre sus puertas en el año de 1999, bajo el mando del Dr. Darío Ignacio Zárate Rentería.

Es un centro privado que ofrece una opción diferente en el cuidado del anciano. Tiene una población que va desde 8 a 25 ancianos, el más joven es de 59 y los dos más viejos de 94 años.

El programa que se maneja en este centro contempla acciones directas e integrales para el cuidado del anciano, para esto se les asignan actividades de acondicionamiento físico y rehabilitación, junto con apoyo psicológico, nutricional y de relaciones humanas que en un momento dado nos permiten la aceptación del anciano dentro de la familia, es decir, se llega a lograr que hagan su vida de manera normal, sin que se sientan como estorbos.

El programa esta basado en un modelo que busca una cultura de la vejez, tiene como meta cambiar el concepto que se tiene de un asilo y sobre todo la concepción que se tiene del anciano en relación a él y su familia "estorbo".

Ofrece servicios tales como fisioterapia (manejo de dolor, celulitis, rayo láser, masaje relajante, drenaje linfático) y medicina física (lumbalgia, ciática, embolia cerebral, artritis, fractura de cadera)

❖ 2.2.2. Corregidora, Qro.

"CASA HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS"

Ubicación:

Calle: Pedro Urteaga No.48

Col.: Centro

La casa hogar para ancianos **San Francisco de Asis, "Vasco de Quiroga A.C."** así registrado. Esta casa hogar fue fundada en el año de 1975 por el R.P. Clemente Santamaría, más tarde la obra fue terminada por el R.P. Jorge Aguilar, orden franciscana menor y se encargó a las Religiosas Franciscanas de la Inmaculada Concepción, la atención del mismo.

El edificio de esta casa Hogar fue construido ex profeso de servir como albergue para personas de la tercera edad que requieren de atención. Sus principales benefactores han sido diferentes grupos religiosos y personas altruistas de la comunidad.

Para el año de 1999 el centro contaba con una población de 54 ancianos, en el 2003 contaba con una población de 52 ancianos y para el año 2004 con una población de 58 ancianos, en esta residencia la mayoría de los ancianos cuentan con familiares.

"CASA HOGAR LUZ AL OCASO"

Ubicación:

Calle: Cuauhtémoc No.179

Col. Santa Bárbara

Fue fundada en 1980 y atendida por el Patronato de Damas Voluntarias del Estado de Querétaro. Es una residencia particular que brinda atención a personas ancianas, está organizada por un Patronato el cual se encarga de la recaudación de fondo a través de diversos eventos que las mismas damas organizan.

Sin embargo, el cuidado de los ancianos corre a cargo de las R.M. Religiosas de Nuestra Señora de Santa Ana.

El tipo de atención que se da ahí es de tipo permanente ya que los ancianos que acuden al lugar lo hacen con la intención de quedarse a vivir por tiempo indefinido, además de comprometer a los familiares para que visiten a sus ancianos y no caigan en el abandono. Actualmente esta casa hogar cuenta con 15 ancianos de los cuales 8 son mujeres y el resto hombres entre edades aproximadas de 70 y 85 años.

CAPÍTULO III. DISCIPLINAS ENCARGADAS DE LA VEJEZ

3.1. La Geriátría

Ignaz Nasser fue el primero en introducir el término Geriátría en 1914 para designar una rama de la medicina, es decir, una especialidad médica como lo es la Cardiología o la Pediatría. Tiene una particularidad que la hace hoy en día muy necesaria y porque no, atractiva derivada de lo que es su razón fundamental: **el anciano**.

La Geriátría debe atender al anciano tanto en situación de salud como de enfermedad, debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas, y porque no de atender de forma también especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia..., que sin duda deben formar parte del trabajo del médico geriatra.

La geriátría es una especialidad joven comparada con otras, aunque lo parezca, ya que el término se usa por primera vez a comienzos de siglo pasado, en la literatura médica, para hacer referencia a las enfermedades que padecían los ancianos y sus tratamientos. Sin embargo la especialidad o mejor dicho la práctica geriátrica moderna, nace en los años 40's en Reino Unido gracias a una institución creada por Marjorie Warren¹⁰, en donde observó que en las salas de los hospitales donde trabajaba, existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas y que sin embargo ingresaban con enfermedades crónicas, la Dra. Warren demostró cómo muchos de estos ancianos crónicos o inválidos, tras una correcta valoración y cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o la sociedad.

Este proceso iniciado por la Dra. Warren culminó con la creación de la especialidad en Reino Unido en 1946. En España, en contra de lo que pudiera parecer y de forma pionera, nace muy poco después la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

La geriátría entonces tendría por objetivos:

¹⁰ Enfermera, supervisora y posteriormente médico.

- ❖ Prevenir la enfermedad vigilando la salud del anciano
- ❖ Evitar la dependencia, por ejemplo cuando aparece la enfermedad hay que evitar que evolucione a la cronicidad y en muchos casos evitar la invalidez.
- ❖ Proporciona una asistencia integral, es decir, ocuparse de toda la problemática médica, funcional, mental y social del anciano mediante una valoración geriátrica exhaustiva con la colaboración de otros profesionales, integrados en un equipo con el médico geriatra.
- ❖ Realizar un trabajo de rehabilitación, es decir intentar recuperar a los pacientes que han perdido su independencia física o social tratando de mantener al anciano en la sociedad.
- ❖ Pensar en proporcionarle al anciano un cuidado progresivo, desde el inicio de la enfermedad hasta completar la rehabilitación de este proceso y volverlo a una situación previa, el anciano puede tener diferentes necesidades de asistencia según el momento en el que se encuentre y se debe de responder a estas necesidades, para eso se puede contar con estancias que pueden cubrir esa necesidad: el hospital, asistencia en el domicilio, unidades de rehabilitación o convalecencia, centros de estancia larga o corta (asilos).

3.2. La Gerontología

Por gerontología se va entender la ciencia que estudia los procesos de envejecimiento, no se limita al estudio del hombre sino más bien es el estudio del envejecimiento en todos los seres vivos, abarca muchas disciplinas que van desde la investigación básica o experimental que se pueda ocupar de los aspectos biológicos del envejecer, hasta aspectos psicológicos, sociológicos, sociales e incluso también los aspectos clínicos. Sin duda alguna ambas disciplinas la geriatría y la gerontología son importantes, ya que cada día son más los que llegan a ésta etapa pues la esperanza de vida en nuestro país para un hombre sobrepasa ligeramente los 74 años y los 81 para la mujer, lo que nos da un número cada vez mayor de ancianos, si a esto le atribuimos que el envejecer supone un nuevo escenario económico, cultural, social y asistencial, ya que los ancianos hacen usos de recursos en visitas

médicas, gastos farmacéuticos, etc., no obstante la jubilación implica una disminución de ingresos en los ancianos, en un momento en donde sus necesidades sociales y sanitarias son mayores, además de los cambios sociales que se han originado, es decir, se ha pasado de ser una familia en la que predominó el patriarcado a una familia donde el papel del anciano está desplazado, lo que supone un riesgo en la pérdida de lazos familiares y sociales que pueden llevar al anciano a situaciones de aislamiento, marginación y riesgo social.

Por otro lado el interés de los médicos por conocer el proceso de envejecimiento y el modo de enfermar de los ancianos, han contribuido al porqué de ambas disciplinas, pues sin duda alguna cada vez es más necesario conocer cómo se produce el envejecimiento y cuáles son las consecuencias clínicas del mismo, ya que la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos que muchas veces coexisten a la vez, además de que la expresión de las enfermedades es distinta también existe una alta frecuencia de procesos degenerativos, como el deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, limitaciones motrices. Estos procesos degenerativos establecidos de forma crónica y perenne junto con la presencia de caídas, accidentes o alteraciones de los sentidos de la vista y oído, llevan a un final común en muchos ancianos que son la invalidez y la dependencia. Hay que tomar en cuenta que envejecer no es lo mismo que enfermar, si no entonces ¿porqué hay sujetos que consiguen “envejecer con éxito”?

3.3. Tanatología

Hablar de la muerte es referirse para muchos a un tema obscuro, escabroso, triste y que tiene muchas vertientes que permiten desarrollar un análisis de la misma. La muerte es un asunto que a todos nos ocupa en un momento dado, en ocasiones le tememos y nos conmueve profundamente cuando alguien cercano a nosotros fallece. Como es bien sabido es un fenómeno natural inherente al hombre, a tal grado que la muerte es objeto de estudio de una nueva ciencia llamada “Tanatología”, el nombre de esta disciplina proviene del griego *thanatos*, que significa muerte; *logos* deriva del griego *logos*, tiene varios significados: palabra, estudio, tratado, discurso, “sentido”, etc.

Llego así a la siguiente definición:

“Disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de muerte”,

De aquí que la finalidad del tanatólogo sea ayudar al ser humano que padece una enfermedad terminal y que está invadido de dolor, angustia, desesperación e infelicidad a bien morir, a morir con dignidad a aceptar la muerte como un hecho natural, trascendental; sobre todo este especialista ayuda a que el ser humano aproveche al máximo el tiempo que le quede de vida. “Ciencia de la muerte” término acuñado en el año de 1901 por el médico Elías Metchnikoff, quien en 1908 recibió el Premio Nobel de Medicina; en este momento es cuando a la tanatología se le considera una rama de la medicina forense, la cual se encargaría de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres pero desde un punto de vista medicolegal.

En 1930 como resultado de los avances médicos empieza un período en el que los hospitales se hacen cargo del cuidado de los pacientes que van a morir, pues ya para la década de los cincuentas los enfermos en fase terminal son trasladados de la casa a las instituciones hospitalarias para su cuidado. La Dra. Elizabeth Kübler Ross, médica psiquiatra suiza, profesora de Psiquiatría de la Universidad de Chicago, comienza en Estados Unidos, la atención sistemática de los enfermos terminales, y da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte. Por lo que se le considera también fundadora de esta ciencia, es ella a través de su labor humanitaria quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos para la sociedad, creando clínicas para ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente. Kübler Ross junto con otros investigadores proponen un modelo de asesoramiento a enfermos terminales y a sus familiares, mencionan que el paciente terminal suele pasar por una serie de fases (negación, enfado, discusión, depresión y aceptación), que a veces se pueden manifestar de forma simultánea; o experimentarlas en orden diferente. La mayoría de los pacientes, al verse confrontados con la noticia de la enfermedad terminal, intentan negar esta realidad, cuando la aceptan a menudo se sienten enfadados y enojados, muchos comienzan una especie de proceso interno, prometiéndose

modificar su conducta y hábitos a cambio de la recuperación; la depresión a menudo aparece en cuanto el paciente observa que el tratamiento no ha dado resultado.

Es importante mencionar que si el paciente cuenta con el apoyo de los familiares y un asesoramiento profesional adecuado, pueden llegar a aceptar su muerte y morir con serenidad. En general este asesoramiento que propone Kübler Ross se centra en ayudar a los pacientes y a sus familiares a no reprimir sus emociones.

Es pues el principio fundamental de la tanatología "cuidar más allá de curar", su propósito es disminuir los sufrimientos de los pacientes, mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte, que logren un aprendizaje de esta experiencia trascendente y se reconcilien con la vida.

Como el fin de la vida afecta también a quienes se encuentran cerca del paciente, ésta ciencia se ocupa también de la familia del enfermo terminal durante el proceso de padecimiento y muerte, de los duelos y de la reestructuración familiar necesaria y del hueco dejado por el fallecido, así es como esta ciencia tiene una base multidisciplinaria ya que tanto la medicina como otras disciplinas, la enfermería, psicología, trabajo social, derecho, ética se unen para atender este tipo de fenómenos.

De manera personal pienso que es importante que los especialistas en esta ciencia comiencen a intervenir desde el momento en que se detecta la enfermedad terminal y no esperar el momento en que el paciente está en fase terminal, ya que es importantísimo ocuparse del aspecto emocional, brindándole al paciente compañía, ayudándole a mejorar su vida emocional y productiva; facilitándole la expresión de sus distintos sentimientos que surgen a lo largo del proceso que precede a la muerte; además de ayudarle a mantener la esperanza hacia las cosas más significativas para él.

Citando al Dr. J. Federico Rebolledo M. en su libro "Fundamentos de la Tanatología Médica" es necesario comprender que el estado terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus diferentes funciones a consecuencia de una enfermedad la cual no responde a tratamientos específicos, es de esta manera como vamos a entender al paciente en estado terminal como aquella persona que presenta

insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica (medicinas) y que lo llevará a la muerte en un período próximo; es necesario entonces concebir al ser humano como un ser bio-psico-social, para comprender que el estado terminal no es un fenómeno que aísla al individuo sino que comprende globalmente toda la condición que como ser humano lo conforma.

A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio es reciente, hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, sin embargo, los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos temida.

Se ha observado que en los últimos años se ha incrementado aunque poco la demanda de asesoramiento ya sea de forma individual o grupal, menciono grupal porque en mis practicas profesionales me percate de algo muy interesante; cuando las personas que están pasando por una situación de pérdida de un ser querido, o padecen la misma enfermedad terminal – al compartir la misma experiencia- son a menudo las que mejor pueden ayudarse entre si, ya que llegan a conseguir a través de la palabra un mayor autocontrol de los aspectos médicos y emocionales acerca de la enfermedad que los llevará, en este caso, finalmente a la muerte.

IV. PROBLEMÁTICAS DEL ANCIANO ASILADO EN QUERÉTARO.

4.1. ASPECTO FÍSICO

“Todos sabemos que hay tres cosas en la vida que no pueden ser logradas por ningún hombre: no enfermarse teniendo un cuerpo que se enferma, no envejecer teniendo un cuerpo que envejece, y no morir siendo mortal”¹¹. Estos tres hechos siguen siendo indiscutibles, a pesar de los grandes logros de la ciencia médica en el tratamiento de enfermedades y traumatismos. De cualquier forma, nuestra esperanza de vida ha aumentado, y cada día aumenta más y uno de los grandes retos que afronta la humanidad y sigue latente es el ¿cómo envejecer sin tantas penurias y con dignidad..

El cuidado del adulto mayor siempre ha sido una labor muy loable para quien la realiza, esto no significa que sea una tarea fácil, más bien resulta ser bastante compleja y desgastante para los familiares y otras personas que se hacen cargo de su cuidado, ya que en muchas ocasiones la gente de edad mayor son difíciles de tratar por su carácter o por presentar algún padecimiento de cuidado especial.

En los asilos de ancianos frecuentemente vemos lo difícil que es estar al cuidado de un adulto mayor, en parte por las condiciones en las que se encuentra físicamente y por la falta de especialistas en este ámbito, por lo regular las personas que están al cuidado de ellos son sólo gente que poseen un nivel de estudios mínimo, habrá uno que otro especialista que ofrezca su trabajo altruistamente, sin embargo, es muy difícil que en los asilos de ancianos con los que cuenta el estado de Querétaro exista por lo menos un cuerpo médico completo que asista a estas personas dentro de la institución, si los llega haber será en aquellas donde se cobran cuotas mensuales que garantiza la estancia del anciano en la institución y que por lo tanto tendrán para solventar gastos por honorarios profesionales.

Los ancianos que padecen alguna enfermedad demencial representan un gran peso para el Sector Salud, debido a que ellos necesitan atención y vigilancia médica especializada, permanente. Sin importar la clase de demencia que padezcan los

¹¹ Dra. Rosa Carvajal García, Directora Médica del Centro Geriátrico Sinank'ay, Querétaro.

IV. PROBLEMÁTICAS DEL ANCIANO ASILADO EN QUERÉTARO.

4.1. ASPECTO FÍSICO

“Todos sabemos que hay tres cosas en la vida que no pueden ser logradas por ningún hombre: no enfermarse teniendo un cuerpo que se enferma, no envejecer teniendo un cuerpo que envejece, y no morir siendo mortal”¹¹. Estos tres hechos siguen siendo indiscutibles, a pesar de los grandes logros de la ciencia médica en el tratamiento de enfermedades y traumatismos. De cualquier forma, nuestra esperanza de vida ha aumentado, y cada día aumenta más y uno de los grandes retos que afronta la humanidad y sigue latente es el ¿cómo envejecer sin tantas penurias y con dignidad..

El cuidado del adulto mayor siempre ha sido una labor muy loable para quien la realiza, esto no significa que sea una tarea fácil, más bien resulta ser bastante compleja y desgastante para los familiares y otras personas que se hacen cargo de su cuidado, ya que en muchas ocasiones la gente de edad mayor son difíciles de tratar por su carácter o por presentar algún padecimiento de cuidado especial.

En los asilos de ancianos frecuentemente vemos lo difícil que es estar al cuidado de un adulto mayor, en parte por las condiciones en las que se encuentra físicamente y por la falta de especialistas en este ámbito, por lo regular las personas que están al cuidado de ellos son sólo gente que poseen un nivel de estudios mínimo, habrá uno que otro especialista que ofrezca su trabajo altruistamente, sin embargo, es muy difícil que en los asilos de ancianos con los que cuenta el estado de Querétaro exista por lo menos un cuerpo médico completo que asista a estas personas dentro de la institución, si los llega haber será en aquellas donde se cobran cuotas mensuales que garantiza la estancia del anciano en la institución y que por lo tanto tendrán para solventar gastos por honorarios profesionales.

Los ancianos que padecen alguna enfermedad demencial representan un gran peso para el Sector Salud, debido a que ellos necesitan atención y vigilancia médica especializada, permanente. Sin importar la clase de demencia que padezcan los

¹¹ Dra. Rosa Carvajal García, Directora Médica del Centro Geriátrico Sinank'ay, Querétaro.

pacientes necesitan de cuidados especiales las 24 horas del día, porque todo se les olvida, no recuerdan cuándo comieron por última vez, se desvisten en cualquier lugar y en cualquier momento, se pierden en la calle, en su propia casa, no distinguen el día, de la noche, y muchos casi no duermen. La falta de este servicio médico ha dado lugar a que los familiares asuman esta pesada responsabilidad aun sin tener la preparación requerida, llevándolos en ocasiones a la desintegración por desgaste físico, psicológico, moral y económico.

Desde luego esta realidad es mucho más palpable en México y en países subdesarrollados, en los países ricos existen más apoyos, en algunos la manutención y el cuidado por parte del estado en total, en otros parcial.

Sabemos que hoy en día, los asilos de ancianos poseen una demanda mayor, cada vez son más las familias que acuden a estos lugares para dejar, depositar (aunque suene crudo) a sus ancianos, con la finalidad de que se les proporcione una "mejor calidad de vida"; otros son llevados gracias a la buena voluntad de la gente que los encuentra en la calle desamparados. A partir de este momento, el único que vive y sabe lo que le espera ahí dentro es el propio anciano, a él le toca vivir los altibajos de su enfermedad y si no está enfermo, el tiempo, la convivencia, la distancia, la soledad se encargaran de hacerlo.

Después de este preámbulo y para entrar de lleno en la temática que corresponde a este apartado, es conveniente no ver al envejecimiento como una enfermedad o como algo malo, ¿por qué no verlo como un fenómeno universal e inherente en los seres humanos, por el cual pasaremos si corremos con suerte?; en este apartado particularmente entenderemos a la vejez como un proceso complejo que se va desencadenando, menciono complejo porque está influido por diversos factores, tales como la herencia, la nutrición, la salud y otros muchos que abarcan el aspecto físico, social y psicológico de la persona; es desencadenante porque a causa de este proceso las personas no solo presentan desordenes funcionales consecuencia de los cambios degenerativos, sino también se desarrolla una disposición a contraer enfermedades propias de la vejez como: la artritis, reumatismo, enfermedades renales, cardiacas, hipertensión, nefritis, arteroesclerosis, enfermedades de las vías respiratorias, del aparato digestivo, trastornos nerviosos (Alzheimer, Parkinson),

además de existir una tendencia a asociar a la vejez con la pérdida de las habilidades auditivas, visuales, musculares y mentales. Hasta aquí tenemos entonces algunas enfermedades que se manifiestan por primera vez en esta etapa, así mismo creo pertinente mencionar que también existen por otro lado aquellas enfermedades que envejecen con nosotros, y aquí me refiero a aquellas enfermedades que arrastramos con nosotros desde etapas anteriores, por citar un ejemplo la hernia hiatal, la diabetes.

Para la persona que envejece, los cambios que se registran en el plano de las funciones corporales, no permanecen ocultas por mucho tiempo, ya que a medida que transcurren los años, la actividad cardíaca va disminuyendo y esto trae como consecuencia debilidad y disminución en las actividades diarias, esto a su vez repercute en la circulación y por ende existe ya una tendencia a la calcificación de las arterias. Así mismo los cambios degenerativos que se presentan en las articulaciones por ejemplo de la rodilla, de la cadera y columna vertebral hacen que se reduzca la movilidad del cuerpo. Sin duda alguna y gracias a los adelantos científicos y tecnológicos ha aumentado la esperanza de vida y por consecuencia cada día las personas viven más, pero aun vemos que la vejez está marcada por un proceso de declinación de las capacidades y funciones orgánicas, cambios biológicos y sociales que como sabemos no se producen en las mismas condiciones en todos los seres humanos; es imposible detener el paso de los años y el deterioro evidente que se va produciendo, lo que sí es posible y necesario es proporcionar al adulto mayor una serie de cuidados para mantenerlo en buenas condiciones y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Aunque vejez no es sinónimo de enfermedad como lo mencioné al inicio de este apartado, el deterioro del organismo es un elemento que sin duda alguna contribuye a la aparición de ciertas enfermedades, mas aun si no tomamos las precauciones necesarias para si no evitarlas mínimo retardarlas; de aquí que sea necesaria una dieta balanceada, es decir, una dieta en donde se reduzcan los alimentos grasos que contengan colesterol, sal y azúcar, es necesario que se aumente la ingesta de alimentos ricos en calcio, fibra y carbohidratos, todo lo anterior con el fin de mantenerse sano y evitar la desnutrición y obesidad en esta etapa de la vida.

Si tenemos un organismo con desnutrición es muy probable que se presenten trastornos a nivel del gusto y olfato principalmente, además es muy común a consecuencia de esto, la pérdida de los dientes, problemas gástricos, estreñimiento; en la obesidad influye la falta de actividad y el aumento del consumo de alimentos, además de ser ésta un factor que predispone enfermedades cardiacas, cerebro vasculares y dolores articulares; es de suma importancia llevar un control médico constante para prevenir y tratar enfermedades frecuentes como osteoporosis (principalmente en mujeres), arterosclerosis, infecciones urinarias, digestivas, respiratorias, anemias, ya que es muy característico en el anciano que a menudo se le declaren simultáneamente varias enfermedades.

Si centramos nuestra atención en lo que es el aspecto externo, tenemos que la vejez posee características físicas que no regresan a su estado inicial como sería el aspecto grisáceo o blanco del cabello, el rostro por ejemplo, con el paso de los años comienza hacerse flácido a consecuencia también de la caída de los dientes, también en esta etapa algo muy característico es la deformación que se presenta a nivel del esqueleto, además de un encorvamiento de la columna vertebral.

Como es bien sabido no solo en esta etapa se presentan trastornos a nivel funcional, también las enfermedades de la vejez se encuentran determinadas por cambios biológicos que no se perciben tan fácilmente; por ejemplo tenemos la degeneración de los tejidos, que no es otra cosa que la disminución de los niveles de potasio y magnesio y por el otro lado hay un aumento de sodio y cloro; a nivel muscular tenemos por ejemplo la contracción voluntaria de los músculos lisos, de gran importancia para la movilidad, la cual con el paso del tiempo se ve disminuida, por ejemplo hasta los cincuenta años dichos músculos pueden permanecer estables en su volumen y solidez, e incluso llegan a aumentar, mas tarde, sin embargo, disminuye "el numero de las fibras musculares activas, además de su contenido proteínico, lo que trae como consecuencia como ya comente la debilitación de la musculatura. Algo que los encargados de la salud sugieren para demorara la agudización de este proceso es la gimnasia. Según L. Rosenmayr, con la edad se reduce sobre todo "el volumen de sustancias básicas, en especial el colágeno del tejido conjuntivo de los músculos del esqueleto, de los tendones, fascia

(aponeurosis) y cartílagos. Al mismo tiempo, aumenta el grosor de las fibras y se complica el transporte de nutrientes y otras sustancias". Todo ello repercute en un incremento de las molestas enfermedades de las articulaciones. Puesto que el colágeno está expuesto a cambios, también las articulaciones pierden flexibilidad y, además, las heridas tardan más en cicatrizar.

Un dato importante y que debe rescatarse es que en la reunión que se lleva a cabo mes a mes con la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las Personas de Tercera Edad y específicamente la del día 19 de marzo del 2004, la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) mencionó que hasta diciembre del 2003 existen siete enfermedades por las que se mueren nuestros ancianos:

1. Tumores Malignos
2. Diabetes Mellitus
3. Enfermedades coronarias
4. Enfermedades Cerebrovasculares
5. Arteriosclerosis
6. Enfermedades del Hígado
7. Hepatitis

Así mismo, dio a conocer su programa anual de actividades en donde específicamente el departamento de prevención y control de enfermedades crónico degenerativas mencionó la importancia de implementar una cartilla de salud, especialmente para los Adultos Mayores, en donde se proporcione atención a los rubros de:

- ❖ Vacunación
- ❖ Detecciones de enfermedades
- ❖ Prevención de complicaciones en diabéticos e hipertensos
- ❖ Detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamario
- ❖ Vigilancia de peso y talla
- ❖ Esquema básico de prevención de salud bucal
- ❖ Salud mental

- ❖ Examen de agudeza visual

Además de hacer conciencia en el personal de la salud a través de:

- ❖ Promoción de estilos de vida saludables y cultura de prevención
- ❖ Detección de factores de riesgo
- ❖ Diagnóstico temprano
- ❖ Control integral del padecimiento
- ❖ Prevención o tratamiento oportuno de complicaciones

Por otra parte, mencionaron también que pondrá un mayor énfasis en el convencimiento del paciente como personaje principal en su cuidado mediante:

- ❖ Comprensión de su padecimiento, evolución y posibles complicaciones
- ❖ Cambios de estilo de vida y alimentación adecuada

Algo importante que quiero mencionar y no dejar de lado, es que no existen enfermedades propias de los ancianos, aunque un buen número de estas enfermedades se presenten con mayor prevalencia en esta edad, no quiere decir que sean atribuidas a la edad, por ejemplo, tenemos el caso de la Demencia Senil, en algunas personas se ha presentado antes de los 65 años, en la mayoría de los seres humanos se hace después y va avanzando conforme la edad se incrementa, si bien la Demencia es definida a través de sus manifestaciones comportamentales como un deterioro cognitivo; en poco tiempo, la persona comienza a ver afectada su memoria, su expresión verbal, y ello tiene un carácter progresivo e irreversible.

A la hora de diagnosticar esta patología se utilizan dos sistemas clasificatorios que son los que mayor aceptación tienen en el ámbito clínico y científico a nivel internacional, y me refiero al Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) y el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se denomina Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

Definición de Demencia según el DSM-IV y el ICD-10¹²

DSM-IV	ICD-10
<p>A. Desarrollo de múltiples déficit cognitivos manifestados a través de:</p> <p>1. Deterioro de la memoria</p> <p>2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Afasia¹³</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Apraxia¹⁴</p> <p style="margin-left: 20px;">c. Agnosia¹⁵</p> <p style="margin-left: 20px;">d. Alteraciones en la función ejecutiva</p> <p>B. Cada uno de estos déficit causa un significativo deterioro en el funcionamiento social o laboral y representa un importante declive en los niveles previos de actividad</p> <p>C. Estos déficit no ocurren sólo durante el curso de un Delirio</p>	<p>A. Hay evidencia de cada un de los siguientes aspectos:</p> <p>1. Declive en la memoria</p> <p>2. Declive en otras habilidades cognitivas que se caracteriza por un deterioro en el juicio y el pensamiento, así como en la planificación y en la organización y en general en el procesamiento de la información</p> <p>3. El declive de estos dos aspectos interfiere en las actividades de la vida diaria.</p> <p>B. Conciencia preservada (ausencia de pensamiento nubado)</p> <p>C. Deterioro en el control emocional o motivación, o cambios manifiestos en la conducta social, al menos en uno de los siguientes aspectos: inestabilidad emocional, irritabilidad, apatía o conducta social desmesurada.</p> <p>D. Los síntomas en el criterio A deben de estar presentes durante al menos 6 meses.</p>

Es pues la Demencia uno de los trastornos psicológicos de mayor frecuencia en la vejez, se trata de una patología cuyas manifestaciones esenciales son cognitivas y presentan también una serie de comportamientos alterados de tipo afectivo y motor, además de interferir significativamente en la actividad personal, social y profesional de quien la padece.

¹² FERNÁNDEZ, Ballesteros Rocio, "Qué es la psicología de la vejez" Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1999, p.148

¹³ Alteraciones en el lenguaje producidas por lesión cerebral. Afectan a su comprensión, a su producción o a ambas.

¹⁴ Incapacidad para producir movimientos coordinados.

¹⁵ Alteraciones en el reconocimiento en ausencia de daños sensoriales. Hay que distinguir entre agnosia visual (personas, cosas colores, etc.,) y agnosia auditiva (no poder distinguir entre diversos sonidos ambientales no verbales)

Su tratamiento es esencialmente médico, aunque en la actualidad se han desarrollado programas psicosociales que permitan hacer mas llevaderos sus efectos.

Un tipo de demencia es la enfermedad del Alzheimer y el Parkinson muy frecuentes en personas de la Tercera Edad, estas enfermedades pueden afectar a cualquier ser humano, independientemente del grupo social o étnico al que pertenezca. Es muy importante que a la hora del diagnóstico clínico se establezcan criterios para diferenciar lo que es y lo que no es un proceso demencial, además de elegir cuidadosamente aquellos instrumentos que han de ser utilizados para valorar al anciano. Así por ejemplo, la demencia (como una patología neurológica cuya sintomatología primaria es el deterioro de las funciones cognitivas y que conlleva, además un conjunto de síntomas secundarios, principalmente trastornos de carácter conductual), puede ser confundida con otros trastornos como la depresión y/o el estado confusional agudo¹⁶, los cuales llevan asociados una sintomatología en parte similar. Mas concretamente, la depresión, que es un trastorno de carácter afectivo, suele presentar un pseudo deterioro de las funciones intelectuales que puede ser indebidamente diagnosticado como una demencia, siendo que en realidad no lo es.

Este fenómeno tiene una gran implicación clínica, ya que un trastorno depresivo con un padecimiento psicológico reversible, puede ser diagnosticado como un proceso de demencia que, hoy por hoy, es irreversible en la mayoría de los casos.

El Estado Confusional Agudo, es un trastorno mental orgánico agudo, no una psicosis funcional, por ejemplo el enfermo paranoico tiene ideas equivocadas sobre la intencionalidad de las personas que le rodean, no confusión mental. A parte de la confusión mental, la segunda característica de enfermedad mental orgánica es a pérdida de la memoria, cuando existe estado de confusión o pérdida importante de memoria en un anciano, estamos ante una enfermedad mental orgánica, que puede ser temporal -el llamado "delirio" o estado confusional agudo-.

La confusión mental aguda del anciano tiene un comienzo brusco, suele asociarse a una disminución en el grado de conciencia, por lo que aparece más marcada a ultimas horas del día, hay descenso de la concentración y atención; el carácter se

¹⁶ Termina que se utiliza para describir ancianos con síntomas que, en personas jóvenes, se denominan delirio.

muestra lábil y cambiante, desde una actitud de perplejidad a la de angustia o temor; a pesar de encontrarse muy enfermo, el paciente se mueve de forma inquieta, trata de levantarse de la cama o de la silla y se pasea sin sentido de un lado a otro; no logra identificar objetos o personas, adquiriendo falsas percepciones de luz y sonido; puede incluso sufrir alucinaciones generalmente visuales, propias de las afecciones orgánicas. Un signo principal en este estado es la agitación y la ansiedad.

La confusión mental del anciano es un signo de enfermedad. Las situaciones que frecuentemente provocan confusión mental en ancianos son:

1. Accidentes vasculares cerebrales
2. Neumonías
3. Insuficiencia cardíaca
4. Infecciones
5. Deshidratación
6. Medicaciones
7. Trauma Físico

Sin duda alguna es importante la detección correcta y a tiempo de las enfermedades y más aun en esta etapa de la vida en donde parece no haber ya mas alternativas de vida para nuestros ancianos. De aquí lo necesario de hacer un diagnóstico certero con la ayuda los instrumentos de evaluación adecuados, es importante que dentro de estos instrumentos se incluya una entrevista clínica detallada, es decir, una entrevista que permita recavar datos como la historia clínica y sociofamiliar del paciente, por otra parte también es necesario incluir por supuesto un minucioso examen físico y psicológico del mismo.

En la siguiente tabla se presentan algunos de los criterios distintivos entre la demencia y otras patologías como la depresión y el Estado Confusional Agudo.

CRITERIO	DEMENCIA	DEPRESIÓN	ESTADO CONFUSIONAL AGUDO
COMIENZO	Lento y poco preciso	Rápido y preciso	Brusco e indefinido
CONDUCTA SOCIAL	Afectada a medio-largo plazo	Afectada a corto plazo	Afectada a corto plazo
CONDUCTA PERSONAL	De compensación	Abandono	Variable e inestable
HUMOR	Inestable e inadecuado	Tristeza y apatía	Inestable e incoherente
MEMORIA INMEDIATA	Afectada	Afectada en ocasiones	Afectada con frecuencia
SUENO	Empeoramiento nocturno	Estable	Muy alterado
QUEJAS	Imprecisas	Muy precisas y constantes	Pocas e incongruentes

A continuación presento un caso de demencia para conocer y comprender un poco más acerca de esta patología.

Un caso de Demencia¹⁷:

“La señora Tomasa es una maestra jubilada que tiene setenta y cinco años y soltera. Desde hace diez años vive con una sobrina que también es maestra y soltera.

Desde hace un año, Tomasa ha venido sufriendo algunos despistes, sin importancia al principio (deja las llaves en su casa, olvida los números de teléfono de amigas a las que llama frecuentemente, etc.), pero que se han ido agravando con el tiempo hasta llegar a olvidos bastante más preocupantes, como dejar encendido el gas mientras sale a hacer algunas compras. Su sobrina ya no ve tan “normales” algunos detalles en su tía que no corresponden, en absoluto, con su comportamiento habitual. Relata que últimamente, ya no se arregla tanto como solía hacerlo para salir a la calle, y comenta: “con lo coqueta que ha sido... el mes pasado, sin ir más lejos, la sorprendí en la calle, cuando iba a visitar a una amiga, calzaba zapatos de andar en casa, con una medias de color diferente y sin peinar. Pero la gota que colmó el vaso fue cuando en una ocasión la trajo a casa la policía ya que se había perdido. Mi tía me dijo que iba buscando una tienda a la que no iba desde hace algún tiempo, se distrajo un poco y de repente ya no supo dónde estaba”. Su sobrina menciona, además, que cuando habla con su tía, cada vez con más frecuencia, se queda como “en blanco” y tiene problemas para pedir algunas cosas. “Parece como si se le hubieran olvidados los nombres de las cosas. Antes leía el periódico o alguna novela todos los días, salía a pasear frecuentemente e iba a visitar a sus amigas, pero últimamente ni sale ni lee, se queda en casa sentada en su sofá.” La sobrina, ya preocupada, fue con su tía a consultar el caso con un especialista”.

Síntomas:

- ❖ Fallos en la memoria cada vez más frecuentes y preocupantes.
- ❖ Desorientación.
- ❖ Trastornos en el lenguaje.
- ❖ Pérdida de la concentración y descuido en la imagen personal.
- ❖ Abandono progresivo de aficiones.
- ❖ Apatía.

¹⁷ Ibid. p.161

Diagnóstico:

Después de una valoración, un especialista en neurología, la ha diagnosticado con la "enfermedad de Alzheimer", probablemente en fase inicial.

La enfermedad de Alzheimer se manifiesta mediante un largo proceso degenerativo, aparentemente "progresivo, irreversible e incurable", que ataca aquellas partes del sistema nervioso que controlan el pensamiento, la memoria, el lenguaje y el sistema motriz, en la actualidad se desconoce su causa, pero su desarrollo, evolución sabemos que puede ser lenta, gradual, puede prolongarse por muchos años, a falta de un tratamiento médico y psicogeriátrico adecuado.

Esta enfermedad se manifiesta de distintas maneras en cada persona dependiendo de su condición física, personalidad y estilo de vida. De cualquier modo son características generales, la pérdida de memoria, sobre todo reciente, la desorientación en el tiempo y el espacio, la dificultad para tomar decisiones, las señales, manifiestas de depresión o agresión y la falta de autoestima, también presentan una acentuada dificultad para hablar, comer, caminar o simplemente moverse, con el tiempo no reconocen objetos conocidos, ni a sus familiares cercanos.

A pesar de las múltiples investigaciones al respecto, todavía no se sabe, ¿cuál es su causa?, sin embargo, los médicos se inclinan a pensar que es el resultado de diversos factores: en el campo de la genética, se han localizado tres genes anómalos a los que se atribuye una manifestación temprana de la enfermedad (antes de los 60 años) y otro asociado con el riesgo a desarrollar un comienzo tardío (pasado los 60 años). También se están realizando investigaciones para conocer la influencia de los estilos de vida, la familia de diversos factores ambientales, hay hasta quienes atribuyen esta enfermedad al manejo inapropiado de los sentimientos en cuanto a pérdidas y apegos se refiere (es interesante observar que la enfermedad inicia casi siempre con una depresión causada por una pérdida: un ser querido, un estilo de vida, el trabajo, bienes materiales)

Finalmente es importante tomar en cuenta los siguientes signos para poder hablar de la enfermedad como tal y hacer un buen diagnóstico diferencial de la misma:

- ❖ Pérdida de memoria del presente. Uno de los signos más comunes del Alzheimer es que estas personas olvidan aspectos muy importantes de su vida presente, aunque todavía recuerden con precisión muchas cosas de su vida pasada. Por ejemplo, de repente, la persona puede olvidar cuál es la dirección del domicilio en el que ha vivido por años, y en consecuencia no saber como regresar a su propia casa. Esta clase de olvido es muy distinto de los típicos olvidos de citas, nombres o teléfonos que todos tenemos.

- ❖ Dificultad para realizar actividades familiares. Las personas que empiezan a padecer Alzheimer encuentran difícil realizar tareas que antes le resultaban familiares como puede ser preparar la comida, redactar una carta, realizar el aseo de la casa, o participar activamente en un juego de mesa.

- ❖ Juicio pobre o disminuido. No todo mundo es una persona juiciosa y con sentido común. Bien decimos que el sentido común es el menos común de los sentidos, pero en el caso de una persona con Alzheimer esto llega a un extremo tal, que cualquiera se da cuenta que algo anda mal. Por ejemplo, un enfermo puede vestirse con varias blusas en un día muy caluroso o gastar en demasía en un producto: medias para dama, para citar un caso real, hasta llenar el closet de medias, porque argumenta que no tiene y le hacen falta. Si hacer cuentas para una persona normal puede ser difícil, para una persona que padece Alzheimer es algo muy confuso, y con el tiempo puede olvidar hasta los números y su significado.

- ❖ Cambios abruptos de comportamiento y estados de ánimo. Todas las personas tenemos cambios en nuestro estado de ánimo, a veces estamos contentos, a veces tristes. Pero en las personas con Alzheimer estos cambios son mucho muy rápidos y de repente pueden cambiar de la calma, al enojo, del enojo al llanto, y de vuelta a la calma. Todo esto en un instante, sin ninguna razón aparente. En cuanto a su comportamiento, también ocurren cambios muy notorios, pues la

persona se torna muy confusa, sospecha de todo, y cree que le roban, cuando en realidad olvida dónde deja las cosas. Es común que esté llena de miedo y se vuelva dependiente de alguien, típicamente de un miembro familiar.

- ❖ Problemas de lenguaje. A cualquiera se le olvida una palabra o frase, sin embargo, cuando una persona padece Alzheimer la persona tiene dificultad para expresar las cosas más comunes y puede llegar a expresarse así: "dame esa cosa para comer" refiriéndose a la cuchara.
- ❖ Desorientación en tiempo y espacio. Es común que uno no se acuerde de la fecha o del día que estamos viviendo. Sin embargo, las personas con Alzheimer no se acuerdan ni siquiera en que ciudad viven, ni dónde queda ubicado el domicilio donde han vivido por años. También es factible que no sepan quien es el Presidente de su Gobierno o el año en que están viviendo.
- ❖ Colocación errónea de cosas. Muchas personas son desordenadas, pero de cualquier modo todas las personas mantenemos un "cierto orden" que hace hasta cierto punto habitable nuestra existencia, y aunque no sea ideal, al menos tiene "cierto sentido". Esto ya no es así con los enfermos de Alzheimer que se les ocurre las cosas más raras, como poner la *comida en la regadera* o meter la *mascota al refrigerador*, como si ¡ahí fuera su lugar!

Otra enfermedad muy frecuente en la vejez, es la enfermedad del Parkinson, síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, el cual produce déficit de los movimientos motores. Esta enfermedad fue descrita por primera vez por James Parkinson en 1817, y dentro de su sintomatología clásica están el temblor en reposo, la rigidez, la falta o disminución en los movimientos y los cambios en los reflejos posturales, su causa aun se sigue investigando, aunque la edad, el medio y los aspectos genéticos pueden estar involucrados, se sabe que las personas aquejadas por esta enfermedad poseen una constante en la disminución de una sustancia: *La Dopamina*, la cual está involucrada para poder tener nuestros movimientos normales.

Se recomienda hacer un seguimiento de la enfermedad en conjunto, es decir, paciente, médicos y familia.

1. Evaluar periódicamente las actividades de la vida diaria como: vestirse, bañarse, caminar, comer, escribir, es decir, ver la posibilidad, primero de mantenerlas mediante ejercicio.
2. Modificar el medio: adaptando las sillas, cama utensilios para comer y bañarse, por ejemplo, para mantener al paciente independiente para desarrollar sus actividades de la vida diaria.
3. Valorar las funciones mentales así como sus reflejos, para evaluar la posibilidad de seguir o no manejando.
4. Educar al paciente para que intervenga dinámicamente en todo el proceso de su enfermedad.
5. Incrementar la terapia física y de lenguaje.
6. Educar al resto de la familia tanto en lo que es en sí la enfermedad como el manejo cotidiano de su familia.

En resume, la enfermedad de Parkinson afecta aparentemente a una pequeña parte de los ancianos, y trae consigo la disminución de la movilidad del paciente, pero con los medicamentos y el manejo no farmacológico mencionado en renglones arriba, es posible mejorar la calidad de vida del mismo.

Finalmente, tenemos que la enfermedad del anciano puede clasificarse en:

- ❖ Enfermedad aguda, de corta duración, con un incremento en sus atenciones, y que dará lugar, en ocasiones, el internamiento hospitalario.
- ❖ Enfermedad crónica, de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y que pone a prueba al medio asistencial, tanto al enfermo, como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal. Son numerosas en esta edad, y precisan de un prolongado esfuerzo asistencial, y una cantidad considerable de ancianos

ingresan a Centros Residenciales para dependientes, o a lo que normalmente conocemos con el nombre de Asilos.

- ❖ Enfermedad terminal, de naturaleza irreversible, con previsible corto final, aunque a veces prolongado. Son enfermedades que obligan a planteamientos asistenciales específicos, tanto en los domicilios y residencias como en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales (UCI).

No hay enfermedades exclusivas de la vejez, pero como se ha expuesto un poco más arriba, sí existen ciertas enfermedades y procesos que aparecen comúnmente en esta edad y con unas características diferenciales bien definidas.

Las enfermedades que poseen una más frecuente presentación en los ancianos son las degenerativas, las tumorales, las infecciosas, las autoinmunitarias, las disregulativas, las traumáticas y las iatrogénicas. Las degenerativas tienen por base principalmente la aterosclerosis y buena parte de las cardiocirculatorias pertenecen a este grupo. Sin embargo en las últimas décadas han cobrado gran importancia las enfermedades degenerativas cerebrales, de ellas la enfermedad de Alzheimer es la más conocida, aunque hay que situar entre ellas a la enfermedad de Parkinson y a los procesos degenerativos multisistémicos encefálicos.

Las enfermedades tumorales tienen una elevada incidencia en los ancianos, el cáncer de pulmón es el más común, le siguen el de colón, el de estómago, el de próstata, el de mama, el de útero, el de vejiga, el de páncreas, el de ovario y los de piel. La evolución de los tumores en los ancianos suele ser de menor agresividad, con mayor lentitud en su crecimiento.

Las enfermedades infecciosas se localizan principalmente en el aparato respiratorio y en el urinario. Las neumonías son los procesos infecciosos más graves que presentan los mayores en el área respiratoria. En las personas mayores y con algún grado de incapacidad, es común que el mecanismo de producción sea la hipostasis y la aspiración. Le siguen la gripe y las bronquitis. La tuberculosis tiene en esta edad una prevalencia baja, pero no debe olvidarse que es un proceso de muy difícil diagnóstico y que sigue estando presente en la patología del anciano.

La infección urinaria, aparece muy a menudo en la vejez, favorecida por el residuo vesical, por las patologías prostáticas o vesicales, y por las maniobras de sondaje y la permanencia del mismo. La infección de las úlceras de presión es otro proceso complicado común en los ancianos.

Entonces tenemos que los cuadros patológicos que a menudo aparecen en el anciano son:

- ❖ Aparato digestivo: reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica, colecistopatía calculosa, colecistitis, cáncer de colon.
- ❖ Aparato respiratorio: neumonía, gripe, bronquitis crónica, enfisema, EPOC, cáncer de pulmón.
- ❖ Aparato cardiocirculatorio; infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, enfermedad embólica, hipertensión, hipotensión, arterioesclerosis, tromboflebitis, síndrome varicoso.
- ❖ Sistema Nervioso: síndrome demencial, enfermedad de Parkinson, ictus cerebrales con hemiplejías, epilepsia, neuropatías periféricas.
- ❖ Aparato sensorial: cataratas, glaucoma, sordera, síndrome vertiginoso.
- ❖ Aparato urinario: hiperplasia prostática, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, cáncer de próstata, litiasis urinaria, cáncer de vejiga, insuficiencia renal.
- ❖ Sistema osteoarticular: Artrosis, fracturas, osteoporosis, artritis metabólicas, enfermedad de Paget.
- ❖ Enfermedades endocrinas y metabólicas: Diabetes, hipotiroidismo, deshidratación, hipokalemia, obesidad, malnutrición.
- ❖ Sistema psíquico: depresión, ansiedad, síndromes delirantes.

4.2. ASPECTO SOCIAL

"Sigamos activos para envejecer bien"¹⁸

En el aspecto social, las personas de la tercera edad se han jubilado (llegar a los 65 años es alcanzar una vejez social que la define precisamente la jubilación), han cambiado una vida de trabajo constante, con horarios rígidos, por otra en sus hogares y frecuentemente con menos cantidad de dinero disponible. A la vez, generalmente la familia se ha desintegrado, ya que los hijos se han casado y/o se han ido del hogar, se presenta la viudez y la soledad se transforma en una realidad para muchos ancianos, además se presenta el desplazamiento de autoridad dentro de la familia.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales, para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, para muchos el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si bien, uno de los grandes problemas del ciclo vital en el hombre moderno es la jubilación, porque constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades en las cuales siempre basó su seguridad, puesto que deposita gran esperanza en el aspecto laboral para su desarrollo; en esta etapa las mujeres cuentan tradicionalmente con una gama de posibilidades a las que pueden dedicarse: familia, hogar e hijos, en quienes influyen de manera importante, tanto en la parte emocional como educativa. Al jubilarse, ellas aún tienen el control de toda la familia a la cual le han dedicado gran parte de su esfuerzo. El hombre mexicano, por el contrario, tiene puesta toda su seguridad en la parte laboral de su vida, porque mediante ella ha sostenido a su familia; al jubilarse se percata de la llegada de la vejez, de que ya no sirve; asume que los jóvenes lo están relegando y descalificando, además por lo general no tiene la fuerza en la familia que caracteriza a la mujer.

¹⁸ Fue el lema del Día Mundial de la Salud, celebrado en día 7 de abril de 1999.

Si se reflexiona a partir de la idea que se tenía del anciano en antiguas culturas tenemos que estos eran tratados con respeto y reconocimiento, mientras que nuestra sociedad moderna, caracterizada por la tecnología, el rendimiento y su orientación hacia el futuro, ha desarrollado una imagen claramente negativa de los ancianos.

Por ejemplo en los periódicos, en la sección de anuncios de ocasión tenemos que para muchos puestos de trabajo el límite de edad para ser agraciados con trabajo se sitúa en los 40 años (30 para las mujeres). Como si la aptitud fuera medida por la edad y no por la capacidad de las personas; pareciera entonces que para los que envejecen no se tiene un futuro muy prometedor ya que ante una solicitud de trabajo, siempre habrá una respuesta no alentadora basada en la disminución de su rendimiento y movilidad. Mientras sigamos viendo a la vitalidad como sinónimo de juventud y consecuentemente de productividad, seguiremos estancados en una idea falsa de la vejez, calificándola como un proceso decadente, análogo a la falsa idea de improductividad.

Si bien es cierto nuestra sociedad ha asignado a los ancianos, un papel que consiste precisamente en no desempeñar ningún papel más; la vejez se ha convertido en el no-papel, ha sido socialmente alejada, ya que una sociedad como la nuestra orientada hacia el rendimiento, impide sin duda alguna desarrollar una imagen positiva de la vejez, ante esto, convierte a la vejez al igual que a las personas con capacidades especiales (minusválidos), en un grupo marginal. Ya nadie les pide nada de todas las cosas que aún pueden ofrecer: ni la experiencia acumulada resultado de una gran vida, ni la ayuda libremente ofrecida para la educación de los nietos, ni tampoco nada en lo que atañe a transmisión de tradiciones, tan importante como sabemos para la continuidad de la especie y su convivencia.

Si tratáramos de buscar una razón que nos lleve al aislamiento, a la soledad, podríamos decir que la separación de los compañeros de trabajo a raíz de la jubilación es una forma de justificarse de las personas mayores para sentirse abatidos y más aun si esta alejado de su familia.

“Cuando existe armonía familiar, cada integrante cumple funciones complementarias, o roles sociales determinados (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, primos, etc.) Si se logra esta armonía, cada miembro ocupa espacios que se asocian unos a

otros. La desarmonía aparece cuando uno de los integrantes sobresale sobre los otros, o alguno de ellos está excluido, como habitualmente sucede con los ancianos".¹⁹

Si a esto le aünamos lo que mencioné en párrafos anteriores respecto a la jubilación, tendríamos un hecho que sin duda alguna impacta de gran manera al anciano, ya que se dice que pasa de "activo" a "pasivo". Es en esta etapa cuando pareciera que la familia (en general esposa e hijos) se preguntan ¿y ahora qué?. Estamos entonces frente al hombre viejo que rinde menos desde el punto de vista económico, ya que sus ingresos disminuyeron, comienza desde ese momento a transformarse en alguien "molesto", que deambula por el hogar y es cuando la familia comienza a buscarle actividades en que ocupar su tiempo y le sea útil. Poco tiempo después de la jubilación, el anciano podrá visitar a sus amigos y familiares a quienes antes por razones laborales no podía verlos, se dirigirá a su antiguo lugar de trabajo para encontrarse con sus excompañeros; algo peculiar que sucede muy a menudo es cuando las visitas se hacen cada vez más frecuentes (por la simple razón, de que a él le sobra el tiempo), el anciano percibe que su presencia no es muy bien vista en algunos lados y que en el que fué su lugar de trabajo, todos se manifiestan muy ocupados para atenderlo y lo que antes era un abrazo y una conversación, ahora es un saludo distante, rápido casi sin contacto físico, actitud que causa en el anciano un estado de desilusión, tristeza, que sin duda contribuye al encierro en su casa, alejado de todo contacto social, es entonces cuando la familia sin consultarle su deseo lo emplea para que cuide a los hijos, para que realice algún mandado o diferentes tareas del hogar y es cuando el momento tan deseado por el anciano (cuando me jubile voy a...) pasa a ser el momento más triste y odiado por él.

De esta manera vemos como el anciano que antes cumplía con sus responsabilidades, ya no las tiene, como tampoco tiene la posibilidad de compartir momentos de diversión con sus amigos, vecinos o familiares cercanos y de pronto parece ser que a la familia (hijas, nueras y yernos) se le ocurre la grandiosa idea salvadora (pero ¿salvadora para quién?) de hacerse cargo de los nietos, y esa es la palabra exacta "carga", porque no es: que los pueda asistir en algún momento, sino

¹⁹ ANTONUCCIO, Osman N. "Cuidados y cuidadores de adultos mayores". Psicogerontología Ed. Adirox. Argentina 2001

cuidar en todo momento (es como si en lugar de ser un complemento de los padres pasará a ser un sustituto de estos). Esta tarea que en un principio se "asigna" como premio, llega a ser un castigo ya que el anciano comienza a ser el padre (que no debe ni puede) de su nieto y no conforme con esto, comienza a ser también el hijo de su propio hijo, por que está para cumplir ordenes y recibe un regaño al no hacerlo bien. Ante esta situación, el anciano se ve sumido en un estado emocional de desamparado que en determinado momento provocan en él síntomas depresivos, angustia, miedo, etc., ésta situación "anormal" se da en un gran número de ancianos en nuestro país y para muchos pareciera no ser significativo, pero no por ello deja de ser importante señalarlo, ya que las consecuencias no pueden dejarse de lado y debe actuarse de inmediato, pues el anciano necesita mas que nadie un entorno respetuoso y éste debe ser proporcionado por supuesto por su familia; se debe partir del hecho de que sea escuchado y tomado en cuenta como un verdadero ser humano, es necesario tomar en cuenta sus decisiones y no atrevernos a tomarlas por él considerándolo incapaz de hacerlo, aún cuando estas no fueran las más acertadas.

Pasado un tiempo, la familia se percatata tras diversas situaciones, que el abuelo ya no puede cooperar en las tareas del hogar, y lejos de ser una persona a la que se le debe aprovechar su compañía, sabiduría, experiencia, pasa a ser una persona que necesita de nuevas atenciones y cuidados, lo que representa para la familia un esfuerzo extra en su vida cotidiana, es por esta razón que muchas familias optan por ingresar al anciano a una institución, para que se encarguen de su cuidado en todos los ámbitos, buscan un lugar en donde conviva con gente igual a él, tomando como parámetro sólo la edad y dejando un tanto de lado las capacidades físicas e intelectuales que posee y que sin duda aun pueden explotarse o mantenerse para evitar un deterioro mas acelerado de lo habitual.

4.3. ASPECTO PSICOLÓGICO

"El niño es el retrato del grato recuerdo de lo que fuimos y el anciano es la visión futura triste y melancólica, colmada de experiencias, merecedora de cariño y respeto de los que tal vez el día de mañana tengamos la dicha de ser ANCIANOS".

Tradicionalmente en nuestras culturas el anciano ha sido el eje tutelar del núcleo familiar; pero desde hace 20 años aproximadamente venimos observando un fenómeno sociológico, en donde el anciano en el núcleo familiar molesta, estorba, entorpece la rutina cotidiana, pero me pregunto: ¿anteriormente esos ancianos no molestaban, no entorpecían esa rutina cotidiana?.

Lo que se ha venido observando es el tan sonado fenómeno de escasez de vivienda donde hoy en día las casas son verdaderos nidos de palomas, donde como consecuencias de las exigencias económicas la mujer ha tenido que salir a la calle a los mercados de trabajo en busca de mejorar los ingresos de ese núcleo familiar y como consecuencia ese anciano tiene que quedarse solo y muchas veces en la obligación de hacer las labores del hogar, aun sin estar en condiciones físicas y mentales aceptables. Es lógico por ejemplo si el anciano vive con la hija casada y tanto ésta como el marido trabajan, los nietos la mayor parte del día están fuera del hogar en sus actividades académicas. Al regresar ese anciano que ha pasado la mayor parte del día sin tener con quien hablar, al ver a su gente desea como es natural platicar, expresar y darle rienda suelta a toda esa represión de no tener con quien hablar durante el día, pero la hija que viene cansada y que al llegar tiene que afrontar los quehaceres del hogar, el yerno que llega cansado y deseoso de hablar y charlas con sus hijos, y los nietos que desean hablar con sus padres y hacer sus tareas juntos, no van a tomar en cuenta a su abuelo, el cual cada día que pasa se sentirá mas marginado, por lo cual el seno familiar, se puede resumir en dos palabras "NO EXISTE".

Tomando en cuenta todos los cambios anteriores y agregando muerte de amigos y seres queridos, es fácil imaginar los cambios psicológicos que sufre la persona a medida que envejece. Su autoestima puede verse dañada sino es capaz de

adaptarse a estas transformaciones. Sin embargo debe tomarse en cuenta que si la existencia de la persona tuvo un sentido profundo, vivirá estos años con mayor tranquilidad y se adaptará adecuadamente.

Por lo tanto es importante proyectar la existencia de modo que se pueda disfrutar lo que cada etapa de la vida trae consigo, sin menospreciar ninguna de ellas, pues todas son parte del proceso evolutivo del ser humano.

En el anciano normalmente en el plano existencial y relacional observamos una pérdida del interés trayendo como consecuencia problemas de convivencia, ya que se caracteriza como un ser envuelto en:

- ❖ **PESIMISMO:** El anciano es desconfiado por sus limitaciones visuales y auditivas, muchas veces cree que están hablando mal de él; lo que hace que se vuelva un ser de carácter hosco, huraño, viendo la vida oscura y penumbrosa en su acontecer, la mayoría de las veces están conscientes de que para ellos ya se agotó su ciclo evolutivo y lo próximo que les queda es la muerte, por esta razón muchos ancianos hablan con tanta naturalidad sin demostrar temor ante la muerte.
- ❖ **EGOCENTRISMO:** El anciano se vuelve posesivo, por eso guarda con tanto celo sus pertenencias y exige cariño y comprensión de las personas con quienes convive. Con mucha frecuencia toda esa sintomatología magnificada y quejumbrosa que manifiesta, lo que se le ha nombrado "achaque de la vejez", no es más que una manera de "llamar la atención" a las personas que lo rodean, para convertirse en el "eje de atracción convivencial".
- ❖ **DESPERSONALIZACIÓN:** La obsesión de autoobservación es el síntoma del síndrome de despersonalización.
- ❖ **REPETITIVO:** Como consecuencia de la arteroesclerosis cerebral, confrontan problemas con la memoria reciente de fijación por lo cual se les olvida que ha hecho o dicho algo y lo repite insensatamente.

- ❖ **DEPENDENCIA:** La vejez es la edad de la dependencia, lo que trae como consecuencia una repercusión en el estado psíquico y en el comportamiento del anciano.

Dependencia Económica: Como consecuencia de tiempo de servicios prolongados y cumplidos por la ley, se les jubila, lo cual hace que no sea productivo, otros por sus limitaciones físicas y mentales propias de la edad se ven obligados a depender para su sustento diario de familiares y amigos. Hoy en día ese "premio" de reconocimiento por la labor cumplida y que los lleva a cierta inactividad de su rutina diaria, condiciona una patología, la cual se manifiesta por depresión, trastornos en el comportamiento, cambio de carácter y a veces suicidio. Como todos sabemos el envejecimiento implica en la mayoría de los casos inactividad e improductividad, pero a la vez hay que reconocer en el anciano una mayor experiencia y una actitud mas serena, objetiva y responsable de enfrentar situaciones. Por ejemplo el anciano físico y mentalmente activo puede desempeñarse como ascensorista, recepcionista, vigilante, portero, con lo cual podría solucionar de alguna manera su dependencia económica. El gran problema de los ancianos jubilados, quizá mayor que el de los recursos económicos y de salud física, reside en dos cosas principalmente: **INACTIVIDAD Y SOLEDAD**, por eso quiero aprovechar la ocasión ya que es fundamental, que toda persona jubilada, sea o no anciano, oriente de inmediato sus actividades hacia otros quehaceres como son los hobbies, pintura, lectura, poesía, manualidades, horticultura, etc.

Dependencia Física: Con el pasar de los años el ser humano sufre un desgaste orgánico y limitaciones propias de la edad, amen de enfermedades limitantes como secuelas de artritis reumática, patologías artrosicas deformantes en general tan frecuentes en los ancianos, amputaciones de miembros inferiores accidentales o por problemas circulatorios periférico o diabéticos, fracturas en miembros inferiores mal tratadas, enfermedades cardiopulmonares severas que limitan la movilidad y lo llevan a pasar el resto de sus años en cama o atado a una silla de ruedas, repercutiendo sobre el estado anímico y consecuentemente

en el comportamiento de esa persona que en una etapa de su vida quizá fue toda actividad, energía y potencial laboral.

Dependencia Social: Como consecuencia de sus limitaciones físicas y muchas veces mentales, el anciano después de haber pasado una vida donde ordenaba y hacia su voluntad, imponía criterios y puntos de vista, pasa de una manera brusca a desempeñar un "ROL" totalmente diferente en donde es mandado, se le dan ordenes, se le impone de manera autoritaria situaciones con las que no esta muchas veces de acuerdo. Por ejemplo: en el seno familia se le obliga a bañarse, a cambiarse de ropa, que pasen a la sala, que no atiendan a la puerta al sonar el timbre, que no atiendan el teléfono, cuando llegan visitas se les aleja a sus habitaciones, cuando los hijos de quienes dependen salen, la orden es "Quédate cuidando a los niños", no salgas solo (a), etc.

En los asilos la situación es peor, ya que no existe ese nexo familiar y, por lo tanto, no hay ningún tipo de consideración hacia el anciano; en muchos caso el trato es despótico, despreocupado, frío e incomprensivo, en una palabra inhumano.

Dependencia Psíquica: El anciano limitado y quien por las experiencias vividas en el "Libro de la vida", es un arsenal aprovechable de conocimientos, vivencias y consejero tradicional. En culturas como la China y la Griega, las personas de más edad fueron considerados sabios y consejeros, y el Célebre Tribunal estaba representado por un anciano.

El anciano con todos esos atributos de sapiencia y de ver el mundo a través del cristal de las experiencias ya descritas, en nuestra cultura actual es considerado un estorbo, es marginado, sus opiniones no son tomadas en cuenta; no se le consulta en el seno familiar para las decisiones importantes, en una palabra se le margina desde el punto de vista psíquico pues se piensa que no es un ser capaz.

Dependencia Afectiva: Se dice que ancianidad es la edad de las decepciones, la edad de las gratitudes, se llega a anciano con el deseo y la plena convicción de que serán respetados, abrumados de cariño y afecto por los hijos y las personas que les rodean, y al no suceder esto, que es casi la regla general, sobreviven las grandes decepciones y frustraciones, por eso en el anciano ésta dependencia

afectiva se manifiesta por la falta de cariño, afecto, amor y por sobre todo comprensión.

Para los aspectos que aquí nos interesan, bastarán unas breves referencias relativas, básicamente, a las etapas de la vida, a los cambios de la personalidad y de la capacidad intelectual en la vejez, a la situación laboral y la jubilación, y a los contactos familiares y sociales.

Cuando un miembro de la familia se retira o jubila pueden surgir algunas situaciones que requieren comprensión por parte de la familia, se debe pensar en el estado emocional del anciano alterado por su situación de retiro, ya que el trabajo le da a las personas un sentido y sentimiento de independencia, eficiencia y un significado a las relaciones sociales con la familia y sus compañeros, además de ser una fuente de ingresos y esto debe ser tomado en cuenta por la familia para acompañarlo en el nuevo camino y en el nuevo rol. Por lo tanto pienso que es un compromiso que debe asumir la familia y para el cual también debe prepararse y debe hacerlo teniendo en cuenta que el familiar jubilado, se enfrenta a una pérdida de metas e ilusiones, ausencia del círculo de amistades, sentimiento de inutilidad y preocupación por los ingresos familiares entre otros:

En el caso de que aun exista una pareja, esta debe lograr un mayor balance en la distribución de las tareas del hogar, puesto que pueden suscitarse conflictos o tensiones dentro del matrimonio, si la esposa considera que el marido le está invadiendo su espacio vital al estar más tiempo en su hogar. La vida íntima de la pareja cambia ya que pasan más tiempo juntos y este compartir provoca nuevas fuentes de conflicto y entendimiento.

La familia no llega a percatarse que si aleja o no sabe integrar a su anciano en su seno, en realidad pierde parte de su esencia, no aprovecha el potencial de estos y no ven que los ancianos pueden llegar a apoyar en proporciones importantes nuevas realidades, partiendo de una experiencia que solo da la vida y el hecho de vivirla. La forma de convivencia en el hogar es uno de los elementos más importantes para determinar la realidad de los ancianos generando sentimientos positivos o negativos como la soledad en su vida cotidiana.

Las relaciones de los ancianos con sus hijos es uno de los elementos que inciden especialmente en su bienestar, siendo el nivel de satisfacción respecto a la vida afectiva, algo muy importante para la gran mayoría. El anciano pide ser escuchado también dentro de su familia y escuchado con cariño especialmente por los más jóvenes: para él allí radica el reconocimiento (en general se reconoce a la juventud como lo bello, lo ideal, lo mejor y lo exitoso) porque así sabe que puede existir de alguna manera en el entramado familiar y social.

A continuación se detallan algunos de los cambios que se presentan a nivel de las vivencias y de comportamiento.

- ❖ No se puede hablar en general de una disminución de la inteligencia, lo que se modifica es únicamente la rapidez de la capacidad de reorientación y combinación.
- ❖ El entrenamiento intensivo permite conservar la agilidad mental hasta la vejez; es importante ejercitar las distintas capacidades y funciones para evitar una decadencia rápida ("atrofia muscular por inactividad").
- ❖ El "grado de estimulación" del entorno es de gran importancia. El aislamiento obligado o libremente escogido en una pequeña vivienda o incluso en una habitación (ya sea en casa o en un asilo) conduce, por regla general, tanto a una rápida disminución de la capacidad mental como a una constante distracción sensorial. U. Leer hace hincapié, y con razón, en el "comportamiento ambiental" de la vivienda; en las residencias para ancianos, la oferta (en lo que se refiere, entre otras cosas, a la decoración de las paredes o a las comidas, a excursiones o conferencias y diferentes actividades) es, por cierto, muy variada. No obstante, es de destacar que la autora de Psicología de la vejez dedique un apartado especial al problema de la vivienda en donde se pretende que el propio anciano participe en la decoración de su dormitorio.
- ❖ Así mismo, el estado de salud desempeña, sin lugar a dudas, un papel importante en la conservación de la agilidad mental. Cabe mencionar que los considerables cambios ocasionados por la edad a menudo van asociados a enfermedades que, si bien es cierto, no están indefectiblemente relacionados con ésta. El aprendizaje

es un proceso que se ha de llevar a cabo a lo largo de la vida, en la vejez puede permanecer activo, y con sorprendente intensidad, aunque resulten inevitables ciertas reestructuraciones de distinta índole.

También los cambios de la personalidad en la edad avanzada han sido estudiados por la escuela de Bonn, el resultado obtenido dice que los cambios previamente constatados (pérdida de la capacidad de comunicación, disminución de los intereses o actividad regresiva) se han de atribuir, principalmente a las diferentes condiciones de vida, pero no al aumento de la edad. Algo semejante ocurre en relación a la propia imagen, o autoimagen, ese concepto al que tanta atención se ha prestado en los últimos años y con el que el ser humano se percibe dentro de su campo de acción social. Si en este campo se registran cambios, son en su mayor parte atribuibles a fenómenos adversos relacionados con la salud o la interacción social más que al envejecimiento, "autoimagen" e imagen ajena están en una relación recíproca: "En la medida que la sociedad trate a las personas que envejecen con consideración, fomentando o reforzando su autoestima, tratará a las personas de su entorno con afecto y comprensión".

Las personas que envejecen se apartan poco a poco, o a veces de repente, de las relaciones sociales a las que se había habituado durante años y, con ello, también de los derechos y deberes, ventajas e incomodidades que le reportan. Los problemas suelen comenzar ya en la última etapa de la actividad profesional, para muchas personas, en especial los hombres, "*el final de la actividad profesional*" introduce, por primera vez, un corte significativo que al parecer será decisivo para el éxito o fracaso del impostergable debate interior sobre la calidad de vida futura. Disgustos con sus superiores, constantes problemas con sus colegas, la penosa monotonía de las ocupaciones cotidianas y del "*reloj del servicio puesto siempre a la misma hora*", suelen despertar en muchos un deseo de libertad, incluso mucho antes de la jubilación; pero apenas esta libertad comienza, a menudo suelen renegar de ella, porque la vida sin los contactos habituales y los días sin la clara estructuración de la jornada laboral se vuelve enseguida insoportable. Más adelante se pone de manifiesto que, sin una preocupación ética, nada humano puede prosperar; sin duda

será útil cultivar, intencionalmente, los contactos con conocidos y amigos, también fuera de los círculos de la anterior actividad profesional.

Así mismo, los problemas de la familia se presentan a la persona que envejece con un nuevo aspecto. Cada vez es más corriente que, con la salida de los hijos de la familia, los matrimonios se rompan, que se consume con la separación de matrimonios ya rotos desde hace tiempo. En compensación, cuando los hijos se marchan de casa, algunas veces es posible vivir mejor que antes.

Los psicólogos y los sociólogos señalan que en muchos casos la distancia sirve para desarrollar una nueva proximidad, más íntima, entre padres e hijos. Las estadísticas muestran que no es raro que los hijos vivan en la misma calle o incluso en el mismo edificio y que ello facilita especialmente algunas formas muy estimulantes y satisfactorias de interacción.

No toda soledad implica aislamiento social, hay quienes se sienten solos, o incluso aislado, aun teniendo frecuentes contactos con la familia; a otros, el escaso contacto con el exterior les proporciona sentimientos de recogimiento y alivio. Si no se cultiva conscientemente la relación matrimonial, si no se cultivan de manera igualmente consciente otros intereses reales, no sólo las distracciones, que en determinados momentos de crisis también pueden ser convenientes, no se puede desarrollar una perspectiva de futuro para las personas que envejecen, puesto que acaban sumidas en un aburrimiento indigno y nada llevadero.

Es común en los países latinos, cuando los padres siendo ya mayores se enferman y se vuelven dependientes que las hijas sientan tal devoción por ellos que olviden sus propias necesidades y se enfoquen totalmente a satisfacer las de sus padres. Esto las hace vivir bajo un estrés y una presión enorme ya que tienen que atender sus necesidades propias, su hogar, sus hijos, su trabajo y si a esto se agrega las necesidades de un ser querido que sin duda alguna demanda mucho cuidado y atención.

Es muy frecuente que las personas que se encargan de la atención y cuidado del anciano, experimenten negación, irritabilidad, coraje, cansancio, insomnio, ansiedad, depresión, falta de concentración, problemas de salud y en ocasiones se presente

alejamiento hacia amistades, esto por el tiempo y constancia que requiere estar frente al cuidado de una persona de la Tercera Edad.

No se puede dejar de mencionar que un estado muy frecuente en los ancianos es la depresión. Por lo general la depresión en jóvenes se manifiesta por sensaciones de tristeza persistente, ideas de ruina, pensamientos suicidas, etc., quizá estos síntomas suelen estar atenuados en los ancianos y más a menudo se presentan manifestaciones como fatiga, dificultad en la concentración, insomnio y pérdida del apetito con disminución de peso; tales manifestaciones pueden ser confundidas por los familiares y los médicos con otro tipo de enfermedades asociadas a la vejez como Alzheimer o Parkinson. Se sabe que las personas mayores padecen situaciones de pérdidas más a menudo que ningún otro grupo, pérdida de la aptitud física y mental, pérdida del empleo, pérdida o muerte de amigos, pérdida de la independencia, muerte del cónyuge.

Según estadísticas *“el suicidio es muy frecuente en hombres mayores de 65 años, los cuales representan el 80% de la población total de adultos mayores”*²⁰.

Factores de riesgo de suicidio en el anciano

- ❖ Depresión
- ❖ Abandono, alcoholismo
- ❖ Luto (especialmente en el primer año de la pérdida)
- ❖ Aislamiento (viudos, solteros)
- ❖ Expectativa de muerte por alguna causa
- ❖ Menor organización y complejidad del comportamiento que en el pasado
- ❖ Institucionalización
- ❖ Enfermedad física
- ❖ Decisiones filosóficas (la vida parece no tener más sentido)

Consecuencias de la depresión en el anciano:

- ❖ Soledad, baja calidad de vida
- ❖ Incremento en el uso de servicios de salud
- ❖ Deterioro cognitivo, deterioro en la realización de las tareas diarias

²⁰ Dato proporcionado en reunión del día 19 de marzo del año 2004, por la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las Personas de Tercera Edad, del Estado de Querétaro.

CAPITULO V. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA LOS ANCIANOS ASILADOS

En la psicología de la vejez se apuesta a devolverle al anciano en la medida de lo posible su capacidad de decisión, de poder crear un proyecto de vida, de aumentar su autonomía.

El encuentro psicológico desde la perspectiva de la psicología de la vejez es un hecho significativo en la vida de la persona anciana, porque tiene que vencer ciertos prejuicios, de esta manera el anciano que llega al consultorio por ejemplo llega para ser escuchado, en este espacio se va a construir "algo" desde el momento en el que él, da ese primer paso de recurrir al psicólogo.

No podemos dejar de lado las particularidades que hacen a este trabajo, por ejemplo, para poder trabajar con adultos mayores, hay que entender cuál es la realidad de los mismo, hay que tomar en cuenta los prejuicios creados en torno al tema de la vejez, me refiero a esos prejuicios que se dan entorno a la vejez y que están determinados por la edad. De estos prejuicios los más comunes son los asociados a la idea de viejo-enfermo, se llega rápidamente a la de viejo-muerte, podemos llegar a pensar que como el avance de los años es irreversible, hay muy poco que hacer en este campo. Este tipo de prejuicio se puede comprender por el miedo que en general suscita la misma, sería extraño que hoy en día alguien se alegrara por envejecer, esto es también porque naturalmente queremos alejarnos de un miedo mayor, probablemente la muerte, sobradas pruebas tenemos que se puede morir a cualquier edad y de muy distintos modos, pero es algo que no se puede evitar, pareciera pues que la vida del anciano tuviera que girar en torno a la certeza de que va a morir en cualquier momento.

5.1. TERAPIA OCUPACIONAL

Todos sabemos que el ocio es la madre de todos los vicios; un adulto mayor que sólo ve televisión y no tiene nada que hacer, en algo tiene que ocupar su mente. La enfermedad suele ser uno de sus temas predilectos, por ello, las terapias

ocupacionales adecuadas a su edad y a sus capacidades son indispensables para su bienestar general.

Un terapeuta ocupacional es el profesional capacitado para retomar al paciente a un nivel normal de funcionalidad y enseñarle a utilizar equipo adaptativo, por ejemplo: utensilios especiales para la cocina, el baño y ayuda visual, además, puede evaluar las facilidades de la casa y sugerirle algún equipo o modificaciones al existente que le proporcione mayor seguridad al anciano.

La terapia ocupacional es una especialidad médica enfocada en capacitar al paciente para que pueda realizar tareas diarias tales como alimentarse o vestirse, cuando la habilidad para realizarlas ha sido afectada por un accidente o enfermedad, es una profesión dedicada al tratamiento para la rehabilitación de las personas, con alteraciones y/o disfunciones en diversa áreas: psicológica, psicomotriz, social, laboral, discapacidades de distinta magnitud.

Las condiciones por las que un médico puede ordenar terapia ocupacional son: por apoplejía u otros tipos de parálisis, enfermedad pulmonar, huesos rotos, lesiones o daños en la cabeza o en las manos, reemplazo de ligamentos, problemas severos de visión o cualquier otra lesión que dificulte realizar tareas diaria. Así mismo entenderemos por rehabilitación, la ejecución o entrenamiento, el volver a habilitar a las personas siendo el fin, la autonomía en la vida cotidiana y en la vida laboral, su realización personal e inserción social, mejorando la calidad de vida de éste y el entorno familiar.

En la actualidad la terapia ocupacional se ha convertido en un programa de actividades de trabajo que se selecciona por su valor físico, mental, emocional y vocacional, pues como todos sabemos la actividad es inherente al ser humano.

El trabajo del terapeuta está basado en la valoración que realiza el médico sobre el diagnóstico, pronóstico, personalidad y limitaciones físicas y emocionales, así como en los objetivos que se persiguen. Con frecuencia el terapeuta emplea una forma de rehabilitación vocacional para la que se seleccionan actividades que tratan de enseñar tareas básicas de la vida diaria a aquellos que nunca las han aprendido o que las han perdido, como en el caso de quienes han sufrido una amputación o de aquellos que por otra razón están impedidos físicamente.

Además cuando el terapeuta trabaja con pacientes que nunca ha tenido un empleo, que han desempeñado tareas que no requerían ninguna técnica, o con aquellos cuyo tipo de trabajo debe cambiar debido a la incapacidad adquirida, debe también recurrir al uso de pruebas vocacionales y a la orientación.

El terapeuta calificado está instruido en actividades como la jardinería, las industrias manuales, la música, distintos tipos de entretenimiento, y la enseñanza en artesanías como el modelado de arcilla. Después de determinar la buena disposición del paciente para participar en un campo determinado, el terapeuta utilizará una o más de estas actividades para obtener el resultado deseado. Con independencia de que trate con un enfermo físico o emocional, un paciente crónico, adultos normales, anciano o niños, el terapeuta desarrolla su trabajo en dos áreas: la funcional y la psicológica.

En la terapia ocupacional se realizan trabajos manuales dependiendo de las habilidades de cada anciano, está basada en actividades estimulantes para hacer más lento cualquier tipo de deterioro; se estimula aquí la memoria, la comunicación y sobre todo la participación del anciano dentro del grupo. Se puede hacer uso de la musicoterapia.

El programa de terapia ocupacional se individualiza con el fin de desarrollar y restablecer al máximo la coordinación nerviosa o muscular, aumentar la movilidad de las articulaciones y fortalecer los músculos dentro de los límites de la tolerancia física del anciano.

La terapia ocupacional se asocia inmediatamente con las tareas laborales, pero otras actividades pueden propiciar la participación activa de quien necesita superar situaciones difíciles, generando beneficios. Muchas veces se encuentra en alguna disciplina deportiva una excelente instancia de desarrollo no sólo de destreza y capacidades físicas, sino también de la autoestima y la sociabilidad.

También las diferentes formas del arte: música, plástica, danza, canto etc., las cuales ofrecen inmensas oportunidades de autoconocimiento y desarrollo.

En la búsqueda de una actividad que pueda ayudar a recuperar la calidad de vida, casi todo es entendible, las actividades más variadas como la cocina, por ejemplo, no sólo ofrecen una oportunidad de ejercer la creatividad, sino que pueden ser incluso

una salida para el futuro. Los ancianos a menudo están motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para su vida diaria, por eso las actividades que plantee el terapeuta ocupacional tendrán que estar encaminadas a objetivos concretos planeados desde luego con el mismo anciano, de esta manera se llegarán a los objetivos según las propias necesidades del anciano: independencia, seguridad, estimulación y autoestima, a través del desempeño de las diferentes actividades.

En los asilos de ancianos es muy frecuente encontrar casos de depresión, resultado de la institucionalización, por enfermedad, muerte de algún familiar, amigo, por la jubilación, etc. Es importante que se realicen una serie de preguntas al anciano con depresión, esto a fin de obtener información acerca del origen de la misma; las siguientes son solo algunas de las interrogantes que podemos hacerle a los ancianos, suelen ser de gran utilidad para sondear el estado de ánimo del anciano:

1. ¿Cómo describiría sus perspectivas de vida?
2. ¿Tiene dificultad para dormirse?, ¿cuántas veces despierta a lo largo de una noche?, ¿cuánto tiempo tarda en volverse a dormir?
3. ¿Qué actividades le producen placer últimamente?, ¿qué actividades ha abandonado últimamente?
4. ¿Cómo se siente usted últimamente?, ¿cree que los demás lo valoran?, ¿siente usted que es una carga o que es una mala persona?
5. ¿Ha disminuido su energía en los últimos tiempos?, hábleme de sus actividades diarias?, ¿qué hace por la tarde?
6. ¿Ha notado algún cambio en su capacidad de concentrarse?, ¿ha notado algún cambio en su memoria?, ¿Qué tal está su apetito?, ¿ha variado su peso?, ¿Se siente triste a menudo?

Es importante preguntar al anciano acerca de las tareas de la vida diaria que puede desempeñar de manera independiente y dependiente, finalmente se hace una evaluación para planificar la intervención y que no vaya más allá de lo necesario; esta evaluación ayudará al terapeuta ocupacional a determinar el nivel de

independencia para el desempeño del anciano, para mejorar o recuperar su estado funcional, además de que se centrará en el desempeño de las tareas de la vida diaria, las cuales abarcan cinco categorías principales (movilidad, cuidados personales, manejo del hogar, ocio y trabajo), en donde se evalúan dos dimensiones:

- ❖ **Destreza.**- Que comprende la evaluación de la habilidad, o sea, lo que los ancianos son capaces de hacer en grados de independencia, seguridad. Evaluar la destreza informa acerca de lo que un anciano es capaz de hacer (habilidad) y de la discapacidad.
- ❖ **Hábitos.**- Se refiere a las tareas rutinarias del anciano, describe la frecuencia con que el paciente utiliza sus habilidades para hacer las actividades.

Las cinco categorías de la vida cotidiana forman una jerarquía.



MOVILIDAD

- ❖ La movilidad proporciona una impresión global del estado funcional del anciano
- ❖ En la cama (de un lado a otro, hacia la cabecera y a los pies de la cama, hacia la posición de sentado).
- ❖ Traslados: hacia la cama, a una silla, al baño, a la regadera, al automóvil
- ❖ Bipedestación

- ❖ Deambular
- ❖ Subir y bajar escalones
- ❖ Girar
- ❖ Alcanzar algo por encima de la cabeza
- ❖ Inclinarsse, agacharse
- ❖ Capacidad de moverse de un lugar a otro, dentro y fuera de la casa, encontrar los caminos
- ❖ Se debe observar si hay fatiga en la realización de estas actividades.

CUIDADOS PERSONALES

Este tipo de tarea comprende la habilidad para cubrir las necesidades personales básicas y exigen que el anciano controle los objetos necesarios para realizar la tarea a la vez que controla su cuerpo. Por ejemplo, en la actividad de peinarse, hay que controlar el peine, tomarlo y mantenerlo en la mano, llevarlo hasta la cabeza, realizar movimiento del peinado.

- ❖ Alimentación
- ❖ Control de esfínteres
- ❖ Baño
- ❖ Higiene
- ❖ Arreglo personal
- ❖ Vestido

MANEJO DEL HOGAR

Aquí lo que se evalúa es lo siguiente:

Movilidad avanzada

- ❖ Entrar y salir de su hogar con manipulación de puertas y cerraduras
- ❖ Caminar llevando peso en las manos (sacar la basura por ejemplo)
- ❖ Subir una banqueta o escalerones
- ❖ Moverse de un lugar a otro (utilizar coches de sitio o autobús)

- ❖ Cuidados personales avanzados, como manejar adecuadamente los medicamentos
- ❖ Utilizar adecuadamente el teléfono, ya sea para obtener información, hacer citas, solicitar ayuda en una emergencia.

Tareas doméstica livianas

- ❖ Ir a comprar alimentos
- ❖ Realizar alimentos
- ❖ Lavar y secar platos
- ❖ Cuidar la vestimenta (lavado, planchado, cocido)
- ❖ Aspirar muebles, barrer el suelo
- ❖ Hacer una cama
- ❖ Realizar reparaciones pequeñas (una lámpara)
- ❖ Cuidar un jardín

Tareas domésticas pesadas

- ❖ Asear muebles del hogar como refrigeradores, baños, cocina
- ❖ Colgar cortinas y cuadros
- ❖ Cortar el pasto
- ❖ Manejar dinero para las compras, pagar documentos.

ACTIVIDADES RECREATIVAS

El terapeuta ocupacional en este aspecto debe conocer los gustos e intereses del paciente, las destrezas, la participación.

La participación recreativa en la vejez da estructura y sentido a los años posteriores a la jubilación y es el vehículo para mantener la agudeza física, mental y social. Es importante que el anciano posea la capacidad de organización, esto con la finalidad de que durante el día pueda realizar de forma ordenada sus tareas y así mantener un estilo de vida más eficaz.

TRABAJO

Aquí hay que tomar en cuenta que muchas de las personas ya no están trabajando y no porque no puedan, sino porque simplemente llegó la hora de la jubilación. Es importante evaluar aquí bajo una serie de preguntas cuáles eran las actividades que realizaban cuando trabajaban activamente para así implementar actividades durante la terapia que vayan enfocadas a estas tareas.

5.2. TERAPIA FÍSICA

“No se busca añadir más años a la vida, sino más vida a los años”

La terapia física es una rama de la medicina que trata cualquier incapacidad, lesión, enfermedad mediante el uso de propiedades naturales como calor, frío, luz, agua, sonido, masaje y ejercicios terapéuticos. Así mismo, por medio de la terapia física se llegan a prevenir ciertas incapacidades motrices.

El ejercicio es una actividad que es conveniente que todos realicemos para beneficio de nuestra salud. Sin embargo, las actividades que realizamos diariamente nos mantienen con un mínimo de condición física que impide que nuestros músculos se atrofien. Los ancianos dependientes son muy pasivos y permanecen largas horas en una misma posición, sentados o acostados; esto puede ser muy dañino para su salud. Sus músculos llegan a atrofiarse y después ya no pueden caminar, les cuesta mucho trabajo vestirse, etc.

Independientemente del diagnóstico es muy importante que hagan ejercicio acorde a su capacidad y tolerancia para ello.

La terapia funcional se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas. Está indicada en aquellos casos en que la incapacidad física limita las actividades de una persona en términos de cuidados diarios, ocio y trabajo. La terapia funcional también tiene en

cuenta la motivaciones del paciente para llevar a cabo las actividades con sentido terapéutico.

Aquí se pueden llevar a cabo talleres de cinesiterapia y musicoterapia con sesiones de masaje corporal y juegos adaptados con actividades físicas. El objetivo es la movilización de los ancianos, buscando al mismo tiempo mantener un adecuado esquema corporal y coordinación motora. Para ello se utilizan técnicas de juego y ritmo, además de la participación grupal.

La terapia física puede ayudar en:

- ❖ Aumentar la circulación
- ❖ Restaurar movimiento
- ❖ Aliviar el dolor
- ❖ Fortalecer los músculos
- ❖ Corregir deformidades
- ❖ Disminuir deformidades
- ❖ Acelerar la recuperación

Sin duda alguna la movilidad es uno de los síndromes que se presentan en la vejez y requiere una valoración y manejo adecuado para evitar fatales consecuencias.

La inmovilidad es algo muy característico en la vejez y se va a definir como la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por un deterioro de las funciones motoras y la terapia física resulta ser una opción mas para devolverle al anciano mayor estabilidad funcional.

Se pueden tomar medidas sencillas que sin duda alguna no son tan costosas como se cree, se deben acondicionar espacios con una buena iluminación, iluminación nocturna para señalar el baño o las salidas, un colchón adecuado, higiene adecuada, estimular la actividad física, contar además con un programa de acondicionamiento con ejercicios físicos pasivos y/o activos, fijar los tapetes al suelo para evitar caídas, usar barandales, etc., esto sin duda alguna es la diferencia entre una buena o mala calidad de vida.

La fisioterapia en ancianos no sólo sirve para la rehabilitación; existen otros problemas como el dolor crónico o la osteoporosis que pueden ser tratados por estos especialistas. Los ancianos son usuarios que frecuentemente hacen uso de tratamientos fisioterapéuticos, aunque a menudo estos se centran en la rehabilitación, existen otro tipo de alternativas como la electroterapia que sin duda ofrece grandes posibilidades; por ejemplo para tratar molestias crónicas frecuentes en los ancianos, mediante corrientes eléctricas se regula la sensación de dolor que tiene el propio organismo, estas corrientes hacen que se genere la producción de endorfinas, estas son liberadas en dosis que el organismo necesita en relación a la intensidad de dolor, el dolor se mitiga hasta desaparecer, esto trae como consecuencia la disminución en el consumo excesivo de analgésicos entre ancianos. Además si se compagina el tratamiento farmacológico con la fisioterapia, la combinación de ambas logra la mejora de la salud objetiva y subjetiva del anciano o del paciente en si, así como aumentar la capacidad de movimiento y disminución de la sensación del dolor. La farmacología y la fisioterapia no son ramas terapéuticas que se contradigan, sino que son complementarias.

Como ya mencioné otro de los campos tradicionales de la fisioterapia ha sido el de la prescripción de ejercicio, que no consisten en simples rutinas, estas deben ser personalizadas y adaptadas a cada persona, las rutinas para todos no valen, es necesaria una evaluación previa y una explicación detallada de los ejercicios que tiene que realizar el enfermo, estando siempre pendiente de su intensidad, duración y el modo en que debe hacerlo, en caso contrario es muy probable que de no estar haciendo la rutina adecuada surjan problemas mas severos que retardarán la rehabilitación.

La mayoría de los agentes físicos empleados en la fisioterapia moderna ya se han empleado en la antigüedad. Los primeros escritos de Grecia y Roma se refieren a los efectos beneficiosos del sol y el agua, y tanto el ejercicio como los masajes fueron utilizados por los antiguos chinos, egipcios y romanos.

En nuestra época el campo de la fisioterapia surge en Inglaterra a finales del siglo XIX. Poco después los cirujanos ortopédicos estadounidenses empezaron a formar mujeres jóvenes licenciadas en educación física para cuidar de los pacientes en las

consultas médicas y en los hospitales. En 1916, cuando una grave epidemia de poliomielitis azotó Nueva York y Nueva Inglaterra, estas mujeres trataron a miles de pacientes.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la fisioterapia se utilizó mucho en el cuidado de los pacientes. Entre las razones del gran aumento de la demanda de los servicios de fisioterapia estaban los excelentes resultados obtenidos en el tratamiento de los heridos de la guerra durante la Segunda Guerra Mundial y las guerras de Vietnam y Corea, así como los accidentes laborales, el aumento de las discapacidades crónicas consecuencia del número creciente de ancianos en la población y el rápido desarrollo de los programas hospitalarios y de asistencia médica.

En la actualidad los centros especializados en fisioterapia basan sus terapias en – como ya mencioné- la electroterapia, cinesiterapia, termoterapia, y la masoterapia.

5.2.1. La Cinesiterapia:

Se basa en la terapia por el movimiento.

Efectos Generales:

- ❖ Aumenta el consumo máximo de oxígeno y por tanto el trabajo cardiaco.
- ❖ Aumenta la presencia de calor
- ❖ Se adapta el sistema cardiovascular y respiratorio
- ❖ Disminuyen las resistencias periféricas, aumentando la red de capilares.
- ❖ Se produce una vascularización e hipertrofia cardiaca.
- ❖ Tiene gran influencia sobre las estructuras óseas tendinosas y ligamentosas.

Efectos sobre los músculos:

- ❖ Aumenta el volumen muscular por hipertrofia
- ❖ Aumenta la concentración de hemoglobina, con lo que se produce un mejor aprovechamiento del oxígeno.
- ❖ Mejora la vascularización, retrasando la aparición de la fatiga.
- ❖ Facilita la transmisión nerviosa a través de la placa neuromotora.

Principios y Objetivos fundamentales:

- ❖ Combatir el dolor
- ❖ Conseguir relajación neuromuscular
- ❖ Distender las estructuras retraídas
- ❖ Potenciar la musculatura periférica.

Las técnicas de rehabilitación son todas las medidas que tienen como objetivo restablecer los daños físicos y psicológicos de un paciente, consiguiendo la máxima capacidad funcional posible. De esta manera debemos entender por tratamiento de rehabilitación, el tratamiento sistemático de lesiones o disfunciones del aparato locomotor y de los sistemas neuromuscular y cardiopulmonar, con el fin de restablecer la función normal.

Dentro de la rehabilitación motriz el objetivo que se va a plantear es la coordinación y potenciación de las cualidades físicas básicas como la fuerza, la flexibilidad y la resistencia.

5.2.2. La Termoterapia:

Es la utilización de energía calórica en el tratamiento de lesiones.

La termoterapia se divide en:

- ❖ Hipertermia.- Terapia por agentes que producen calor. El calor se ha utilizado para tratar diferentes tipos de dolor, observándose un efecto beneficioso en el dolor producido por la inflamación, también es utilizado para acelerar la cicatrización. Así mismo el calor aumenta la elasticidad y plasticidad de los músculos y tendones, reduce la rigidez articular y disminuye el espasmo muscular, por lo que es considerado un método clásico en la prevención y rehabilitación de las lesiones. Las formas de calor más conocidas son: las lámparas de calor, la sauna, paños calientes, bolsas calientes y ropas térmicas (calentadores, pijamas, etc.)

- ❖ **Crioterapia.-** Terapia por agentes fríos. Es la utilización del frío con fines terapéuticos, su aplicación disminuye el dolor (acción analgésica), la inflamación y enfría los tejidos actuando contra la vasodilatación.

Cuando se produce una lesión de partes blandas normalmente ocurre una hemorragia con la consiguiente tumefacción, dolor y sensibilidad.

Un enfriamiento rápido de la zona lesionada, un buen vendaje, la elevación y el reposo, reducen la extensión de sangrado y se formará menos tejido cicatricial recuperándose antes de la lesión.

La terapia por el frío reúne muchas ventajas (acción rápida, sencilla y muy asequible) y mínimos inconvenientes.

5.2.3. La Masoterapia:

El masaje es una técnica milenaria, tan antigua como el hombre mismo, sus raíces se encuentran en antiguas civilizaciones como la egipcia, la china y la hindú. El masaje tiene muchos efectos benéficos sobre el cuerpo y la salud, ya que por medio de este masaje que manipula los tejidos blandos y su finalidad es meramente terapéutica. Existen diferentes tipos de masajes que se realizan de acuerdo a cada patología.

Los efectos fisiológicos son:

- ❖ Aumenta el aporte sanguíneo a la región tratada
- ❖ Aumenta la circulación venosa y linfática
- ❖ Acelera el drenaje de la región que rodea a una articulación afectada disminuyendo así la inflamación.
- ❖ Aumenta el tono, la elasticidad y la capacidad de contracción del músculo.
- ❖ Rompe adherencias.

Nuestro cuerpo posee tres sistemas de circulación: arterial, venoso y linfático. El sistema linfático consta de vasos capilares por donde circula un fluido denominado "linfa", este fluido recorre todas las zonas donde se depositan las toxinas y activa el

sistema de filtro, freno y destrucción de las sustancias nocivas que nuestro cuerpo genera.

El drenaje linfático manual, es por lo tanto, un masaje que potencia la actividad de depuración y limpieza de elementos tóxicos alojados en el cuerpo. Al facilitar el movimiento y retorno de estos fluidos, purifica y genera todos los tejidos corporales. Este masaje da buenos resultados en los tratamientos de várices, edemas y hematomas (por ejemplo después de una cirugía estética); y da excelentes resultados en los tratamientos pre y post-quirúrgicos). Es recomendable aplicarlo en todo el cuerpo, dado que alivia dolores articulares, lumbares y cervicales; además disminuye notablemente la sensación de cansancio y pesadez (pies fríos e hinchados).

5.3. TERAPIA PSICOLÓGICA

Con independencia de si el impedimento deriva de una incapacidad física o de una enfermedad mental, la rehabilitación psicológica del paciente es importante y ésta va de la mano con la terapia ocupacional y ambas se centran en la realización de actividades planificadas útiles que proporcionen al paciente triunfos escalonados que le ayudarán a vencer la falta de confianza en si mismo, la escasa autoestima, la dificultad de enfrentarse al estrés y la depresión. Este tipo de terapia se centra en obtener un equilibrio entre el trabajo, el juego y el descanso, en maximizar la función independiente y en considerar al paciente como un sujeto capaz y no como un impedido.

¿Existen intervenciones psicológicas en las demencias?

A pesar de que la demencia implica una patología cognitiva- y por lo tanto, manifestaciones psicológicas- debido a una involución patológica del Sistema Nervioso Central (SNC). Así pues y dado que se trata de una enfermedad neurológica, requiere de un tratamiento médico, sin embargo, mucho se ha dicho que nuestro sistema nervioso central cuenta con una propiedad esencial, caracterizado

por su plasticidad que no es otra cosa que la capacidad que posee nuestro cerebro para producirse una sustitución neuronal funcional; esto implicaría entonces que, aun en pacientes con algún tipo de demencia, puedan existir ciertos grados de modificación cognitiva, en donde se puedan establecer nuevas conexiones que puedan sustituir a otros daños.

Es posible predecir moderados resultados positivos si se aplican tratamientos psicológicos específicos, a través del cual se estimule el cerebro esperando así la mejoría de alguna de las funciones cognitivas y detener lo mas que se pueda el deterioro progresivo que se presenta en las demencias.

Es importante antes de proceder a una terapia psicológica realizar una evaluación multidimensional, a través de la cual se seleccionen las necesidades del anciano, en función de los déficit cognitivo, motrices y emocionales, así como las funciones que todavía se conservan. Posteriormente se fijarán objetivos a los que se desea llegar a nivel del comportamiento y funcional, como por ejemplo mejorar aspectos del lenguaje y de orientación, por citar solo alguno; después de esto se procede finalmente a seleccionar las técnicas de tratamiento más adecuadas en función del paciente y de los objetivos fijados.

Dentro de estas intervenciones psicológicas atendiendo al tipo de objetivos, según el cambio que pretendemos se efectúe podemos destacar:

- Aquellas que se dirigen esencialmente al funcionamiento cognitivo (memoria, lenguaje, orientación, etc.)
- Aquellas con los que se trata de actuar sobre síntomas secundarios a la demencia, que conllevan comportamientos tales como la ansiedad, llanto, incontinencia, depresión, etc.

Partiendo de la idea de que toda terapia sea de cualquier índole tiene como objetivo una mejoría en la persona, debemos destacar que la terapia psicológica tiene como objetivo específico la recuperación y mantenimiento de los procesos mentales, para esto se puede realizar de forma individual o grupal y las actividades dependerán del

grado de deterioro que presente el anciano y por ende a las capacidades residuales de cada persona de edad avanzada.

Si bien como mencioné con anterioridad, es importante que antes de implementar un tipo de terapia en las personas, es menester hacer una evaluación integral e individual de los ancianos para posteriormente agruparlos según sus funciones afectadas y según su grado de severidad, esto sin duda permitirá la elección de la terapéutica a seguir según las características y demandas clínicas de cada persona, así mismo es importante que se realice periódicamente una revisión con la finalidad de llevar un mejor control.

Una de las terapias que se puede utilizar con pacientes con algún tipo de demencia, es aquella que busca mejorar la orientación temporo-espacial del anciano, además de ejercitar habilidades, en una sesión de este tipo es importante repasar aspectos tales como: el día, la hora, el lugar donde se encuentra, los nombres de sus compañeros del asilo, entre otros aspectos de su vida cotidiana, para evitar dispare ansiedad entre el mismo anciano, es importante acondicionar el lugar de trabajo por ejemplo, con calendarios, fotografías, que podrán ayudarlo en su esfuerzo de orientación, también se puede utilizar la terapia donde se utilizan elementos de la vida pasada y recuerdos sobre eventos importantes de la vida del anciano. Podrá efectuarse en grupo y/o con la participación de su familia para mayor facilidad, si se trabaja de manera grupal y sin la familia, es importante crear un ambiente amistoso y sobre todo relajado, pues esto los ayuda a comunicar mejor sus experiencias de vida.

En general en los ancianos la frase "Recordar es volver a vivir" da un sentido diferente a la estancia dentro de estas instituciones, el anciano que recuerda sus mejores momentos y cuenta sus anécdotas, se siente escuchado y recobra las fuerzas para seguir adelante.

CAPITULO VI. PROPUESTA ESPECÍFICA PARA LOS ASILOS DE ANCIANOS

Esta parte del trabajo es quizá la más importante, porque en ella rescato toda la información recabada en capítulos anteriores con la única finalidad de presentar una propuesta terapéutica que sirva de apoyo a los asilos de ancianos, en específico los ubicados en la Ciudad de Querétaro. Se pretende eliminar la imagen que se tiene de los asilos como ese lugar de abandono, tristeza, carente de sentido, en donde la única finalidad es pasar los últimos años de la vida, por uno más alentador envuelto de esperanza, armonía, motivación, en donde el anciano viva con una mejor calidad de vida, además de rescatar su estatus social ya perdido.

Es una propuesta retomada de un programa iniciado y desarrollado en Alemania en la década de los setenta bajo el nombre de "Comunidad Terapéutica"; este termino ha sido aplicado en una variedad de formas, algunos terapeutas usaron el termino par documentar su éxito al adoptar actitudes "amigables" hacia los pacientes.

En realidad Comunidad Terapéutica (C.T.) nace como un sistema psicológico socialmente diferenciado, con una asignación especial de roles con características funcionales y estructurales.

Pretender eliminar la imagen que se tiene hoy día de los asilos implica hacer un reajuste completo de los métodos y actividades que podrían asegurar mas coordinación para delegar responsabilidades a las personas que laboran dentro de la Institución, además de permitir a los pacientes el participar activamente en el proceso terapéutico. Sin duda alguna la sobrevivencia o desintegración de la C.T. dentro de la institución, está determinada por la actitud personal de la cabeza de la Institución (Director). Su apoyo activo es requisito indispensable para la existencia futura y la expansión de la misma comunidad, así mismo, se deberá contar con la colaboración del demás personal; es el caso de enfermería quien estará ligado directamente a los médicos geriátras, nutriólogos y cuidadores en general, es decir, en todo caso los departamentos estarán vinculados de tal manera que se trabaje en grupo.

Es importante mantenerse alerta en todo momento, y corroborar que cada departamento esté funcionando debidamente, ya que tomar alguna actitud escéptica, renuente, podría significar el rompimiento de la comunidad y por ende significaría el

fracaso de todo trabajo psicoterapéutico con el anciano. De aquí la importancia de que cada encargado de departamento, se encuentre fuertemente apoyado por su equipo, es decir, el equipo de la comunidad terapéutica, además de contar con reglamentos internos en cada departamento.

Se pretende que exista una Asamblea una vez al mes con los familiares del anciano, está junta estará constituida por el personal que está al cuidado del anciano en todos los ámbitos, a fin de proporcionar a la familia un informe detallado de la situación física, mental del mismo. El objetivo principal es trabajar siempre de manera conjunta en pro de la salud y bienestar del senecto.

En resumen se trata de ofrecerle al anciano un entorno seguro y cómodo donde pueda llevar a cabo una vida agradable y satisfactoria, es decir, que las Instituciones sean "Una Opción Terapéutica en la Vejez".

6.1. LA INSTITUCIÓN

6.1.1. INSTALACIONES Y ÁREAS

Si partimos de la idea de que la institución va enfocada a ofrecer sus servicios a personas de la Tercera Edad, debemos contar con instalaciones especialmente acondicionadas con rampas y pasamanos en los pasos y en los baños, de tal manera que no haya ningún tipo de riesgos, y los pacientes puedan apoyarse donde ellos lo requieran con seguridad, además de que todas las instalaciones deberán contar con pisos antiderrapantes para evitar que los ancianos se resbalen. (Ver modelo de Institución en Anexo 1)

El modelo de Institución que propongo deberá contar con:

- ❖ Cocina.- tendrán que ser muebles y utensilios con una adecuada ubicación y tamaño, los cuales estén a la mano del anciano al momento de necesitarlos, además de no ser de material pesado. Tomando en cuenta que en ocasiones los mismos ancianos requieran de prepararse sus alimentos.

- ❖ Comedor.- la sección correspondiente a esta área estará distribuida en pequeñas mesas con 2, 3 ó 4 lugares cada una, a fin de que el anciano elija su compañero de comedor, las sillas tendrán descansa brazos de tal manera que le facilite al anciano levantarse con mayor seguridad.
- ❖ Baños.- Equipados de tal manera que los ancianos no corran peligro al hacer uso de ellos; deberán contar con barandales en áreas específicas a fin de que sirvan de apoyo y evitar caídas, el inodoro y lavabo deben estar a una altura adecuada, en la regadera debe haber una silla para aquellos ancianos que se les dificulta estar de pie, además de que la iluminación estará al paso.
- ❖ Capilla.- se debe tomar en cuenta que la formación religiosa en esta etapa de la vida se incrementa, hay un fortalecimiento de la fe y acercarse a Dios los hace más felices y completos.
- ❖ Jardín.- es importante que cuenten con espacios que les brinden tranquilidad, podrán hacer uso de estas instalaciones ya sea para hacer ejercicio al aire libre, leer en las bancas o simplemente estar frente a un pequeño estanque que cuenta con patos. Esta visto que los ancianos disfrutan del jardín, por ser un lugar tranquilo alejado del ruido de la ciudad, del tráfico o simplemente alejado de la música juvenil que los altera.
- ❖ Cuarto de lavado y planchado.- es un área equipada con lavaderos, lavadoras (techado), tendederos en un pequeño jardín, éste cuarto podrá ser usado por el personal encargado de tener limpia la ropa de los ancianos, así mismo podrán hacer uso de las instalaciones las abuelitas que así deseen encargarse personalmente de sus ropas. Contará además con un cuarto de planchado (techado).
- ❖ Recámaras.- las cuales estarán distribuidas en dos áreas diferentes, un área específicamente para ancianos dependientes y la otra para ancianos independientes (más adelante se justifica el porqué la división). Habrá habitaciones sencillas y dobles en donde el anciano elegirá de acuerdo a su deseo, se contempla la posibilidad de que ingresen matrimonios, o parejas de amigos que no gustan de estar solos y prefieren la compañía de otra

persona, es muy común que a las personas de edad avanzada les da miedo dormir solos.

- ❖ **Salón de Terapia Ocupacional.**- Todos sabes que el ocio es la madre de todos los vicios. Un adulto mayor que sólo ve televisión y no tienen nada que hacer, en algo tiene que ocupar su mente. La enfermedad suele ser uno de sus temas predilectos, por ello, las terapias ocupacionales adecuadas a su edad y a sus capacidades son indispensables para su bienestar general. Sin embargo esta sala contará con una pantalla gigante para ver películas, modular para escuchar la música predilecta de los ancianos, mesas de juego.
- ❖ Un área específica para la enfermería y consultorios médicos (geriatras, gerontólogos, odontólogos, nutriólogos, psicólogos). Los adultos mayores dependientes requieren en verdad muchos cuidados y atenciones para cada una de las actividades diarias como caminar, ducharse, vestirse, desvestirse, etc., además, debido a la fragilidad de su salud, el médico necesita saber periódicamente cuáles son sus signos vitales, necesita tomar sus medicamentos a la hora indicada por sus médicos y recibir todas las terapias y curaciones (de haberlas) prescritas por los mismos. Sabemos que los adultos mayores requieren dieta especial, por ejemplo, algunos deben consumir sal en cantidades moderadas, por otro lado, muchos de ellos padecen diabetes, hipertensión, alergias, etc., lo cual motiva a que se les prepare una dieta especial y personalizada.
- ❖ **Un Gimnasio.**- El ejercicio es una actividad que es conveniente que todos realicemos para el beneficio de nuestra salud. Las actividades que realizamos diariamente nos mantienen con un mínimo de condición física que impide que nuestros músculos se atrofién, sin embargo los ancianos dependientes son muy pasivos y permanecen largas horas en una misma posición, sentados o acostados y esto hace que sus músculos se les atrofién y después ya no puedan caminar, les cuesta mucho más trabajo vestirse, etc., lo que puede ser muy dañino para su salud. Independientemente, del diagnóstico que tengan es muy importante que hagan ejercicio y por ello un

Gimnasio de la Tercera edad con aparatos diseñados para ellos es imprescindible.

- ❖ Sala de terapia física, rehabilitación y terapia Ocupacional. Las personas de la tercera edad requieren de rehabilitación y responden muy bien a este estímulo, en cuanto ingresan a la institución, su salud es vigilada periódicamente y el paciente recibe un programa de rehabilitación cuyo cumplimiento es vigilado estrechamente y los resultados son: ¡sorprendentes!
- ❖ Salón de usos múltiples y convivencias familiares.- este salón estará equipado para eventos o convivencias familiares, en donde el único objetivo es que en cada evento que se programe en beneficio de los ancianos de la Institución acuda la familia de cada uno de los abuelos, a fin de implementar la convivencia al interior de la Institución y familiar.
- ❖ Farmacia.- contar con una farmacia es de mucha ayuda para aquellos ancianos que requieren de medicamentos de urgencia, ya sea porque sus familiares los visitan en determinadas fechas o porque simplemente se les dificulta salir.
- ❖ Transporte.- contar con un carro en donde se pueda desplazar a los ancianos es de mucha ayuda, deberá contar con rampa para no dificultar la bajada ni subida del anciano, cinturones de seguridad, deberá ser espacioso para aquellos que dependen de sillas de ruedas.
- ❖ Oficinas de Comunicación.- se cuenta con una pequeña área destinada a oficina de correos para efecto de que el anciano pueda estar en comunicación con sus familiares, fax, internet, telégrafos, además de contar con dos teléfonos a parte de los ya fijos dentro de la institución.
- ❖ Minisuper.- Un pequeño super es de mucha utilidad para los ancianos en donde tendrán a la mano un sin fin de artículos de primera necesidad.
- ❖ Teléfonos Públicos.- serán colocados en espacios estratégicos dentro de la institución para que el anciano pueda comunicarse con sus familiares y amigos.
- ❖ Área de Estacionamiento.- Esta área es de uso exclusivo para visitas, personal médico y técnico del asilo, así como proveedores.

- ❖ Área de Hortalizas y Granja.- Áreas específicas para el autoconsumo, se pretende que los ancianos cuiden de animales como gallinas y conejos (huevo y carne) además de contar con gran variedad de hortalizas como zanahorias, rábanos, papa, champiñones, lechuga, cilantro, jitomate, espinaca, etc.,
- ❖ Jaulas con Aves.- Estarán colocadas en el área del jardín, las cuales cuentan con aves que pueden cuidar las ancianitas como canarios, pericos australianos, cenizos, clarines.

6.1.2. POLÍTICAS

- ❖ Se aceptará el ingreso de los ancianos siempre y cuando vayan acompañados de algún familiar para efectos de veracidad en la información y registros de la Institución.
- ❖ A todos y cada uno de los ancianos que ingresen a la institución se les deberá hacer un examen físico y mental a fin de saber cómo se encuentran y establecer la dieta (alimentación), plan de cuidados y programa de farmacogeriatría, así como el trabajo terapéutico a seguir.
- ❖ Cada área contará con un reglamento específico, todo en beneficio de los propios ancianos.
- ❖ Podrán preparar sus alimentos los ancianos que así lo deseen, bajo el visto bueno del nutriólogo y supervisión del personal de cocina para apoyarlos en lo que se ofrezca.
- ❖ Los ancianos contarán con la libertad de lavar y planchar sus prendas cuando lo deseen, de no ser así se cuenta con personal para hacerlo.
- ❖ No se permite el ingreso de ancianos con mascotas
- ❖ Los familiares se comprometen a visitarlos por lo menos 1 vez por semana
- ❖ No podrán salir los ancianos de la Institución a menos que sea en compañía del personal de la misma o de un familiar (previamente identificado).

- ❖ Habrá sanciones para la familia que no acuda a ver a su anciano cuando dice.
- ❖ El anciano que no tengan familia podrá ser adoptado por alguna familia, la cual se comprometerá a visitarlo y ver por él.
- ❖ Horarios de comidas establecidos:
 - ✓ Desayuno de 8:00 a 10:00 hrs.
 - ✓ Comida de 14:00 a 16:00 hrs.
 - ✓ Merienda de 19:00 a 20:30 hrs.
- ❖ El horario de visita abierto, siempre y cuando se respeten los horarios de comidas, y/o los acompañen.
- ❖ El anciano cuenta con la libertad de elegir si duerme en recámara sencilla o duplex.
- ❖ Si así lo desea, la limpieza de la recámara podrá realizarla el anciano, en caso contrario se cuenta con personal de apoyo para estas tareas.
- ❖ Los familiares cuentan con la plena libertad de sacar a sus ancianos en fechas importantes.
- ❖ La familia acudirá una vez al mes a la asamblea con todo el equipo de la institución, personal y anciano, a fin de dar a conocer los avances logrados a raíz de su ingreso.

6.2. EL PERSONAL (Ver Anexo 5)

6.2.1. Del Área de la Salud

- ❖ **Enfermeras.-** se contará con enfermeras las 24 horas del día, encargándose de revisar diariamente signos vitales, llevará un registro diario de medicamentos que toma el anciano y de presentarse algún tipo de reacción, se lo comunicará al médico encargado del anciano, así mismo cuando se presente una emergencia tendrá a la mano teléfonos del médico, familiares, y ambulancia.

- ❖ **Médico Geriatra.-** El médico estará permanentemente en la Institución, se pretende que realice visita a las habitaciones de los ancianos que así lo requieran, con el propósito de supervisar el estado de salud del mismo, emitir un reporte al terapeuta físico para que establezca la rutina diaria.
- ❖ **Nutriólogo.-** Con base a las recomendaciones y cuidados que el médico indique el nutriólogo realizará una dieta estandarizada para ancianos con enfermedades afines, y otras dietas específicas para quienes así lo requieran, posteriormente las canalizará a las cocineras para su realización.
- ❖ **Odontólogo.-** Se pretende que el odontólogo haga revisiones dentales una vez a la semana, además de programar pláticas de cepillado bucal, utilización del hilo dental, cuidado e higiene de prótesis bucales etc., ya que son muy comunes los problemas dentales en la vejez.
- ❖ **Psicólogo.-** Será el encargado de recibir al anciano y su familia a la hora del ingreso, en ese momento se realiza la entrevista inicial para abrir el expediente, se le realizarán una serie de valoraciones psicológicas para detectar algún tipo de demencia o depresión, se hace una evaluación del estado mental del anciano a su ingreso y su progreso durante su estancia. Posteriormente el reporte se remite a los terapeutas ocupacionales para que evalúen y realicen actividades específicas con cada uno de los ancianos con el propósito de explotar y mantener las habilidades con las que cuenta el anciano y evitar así un deterioro rápido de las mismas.
- ❖ **Terapeuta Físico.-** Después de que el médico haga la evaluación del estado de salud del anciano y de el Vo.Bo., para que el anciano realice ejercicios, el terapeuta físico trabajara de acuerdo al reporte emitido por médico del estado funcional del anciano, todas las actividades van enfocadas a la rehabilitación funcional del mismo, a fin de devolver o mantener la motricidad prevaeciente.
- ❖ **Terapeuta Ocupacional.-** Todas las actividades realizadas van enfocadas a devolver en la medida de lo posible la autonomía e independencia al anciano. El trabajo será en conjunto con el terapeuta físico y psicólogo, por ejemplo: si un anciano presenta una disfunción en el vestido, habrá que

valorar qué es lo que impide la realización de la tarea, puede haber una desmotivación por la depresión que presenta (trastorno afectivo), pero además puede presentar una limitación de la flexión de cadera lo que puede impedirle que se vista bien.

6.2.2. Del Área Técnica

- ❖ **Cocineras.-** Serán las encargadas de realizar los alimentos, bajo la supervisión del nutriólogo, se pretende que las comidas sean personalizadas, es decir, un tipo de comida para ancianos diabéticos, otro para hipertensos, etc., a fin de que cada anciano tenga una atención personalizada.
- ❖ **Limpieza.-** Este personal será el encargado de mantener las instalaciones limpias, es decir, cada una de las áreas, así como las habitaciones de los ancianos que así lo requieran.
- ❖ **Cuidadores.-** Los cuidadores que se contraten deberán contar con conocimientos básicos gerontológicos, se pretende que existan 3 turnos a fin de que las 24 horas del día se cuente con personal al pendiente de los ancianos.
- ❖ **Vigilante.-** Se contará con personal capacitado en el área de seguridad, con la finalidad de que se mantenga vigilada el ingreso y egreso a la institución, se contará con una bitácora de ingresos y salidas para tener un mayor control de visitas a los ancianos, ya que por lo menos 2 veces al mes se pide a los familiares realicen una visita a su anciano, para evitar depresiones causadas por abandono.
- ❖ **Lavanderas y Planchadoras.-** Se encargarán de lavar y planchar la ropa de cama, manteles, servilletas, baberos, toallas, así como ropa de ancianos que así lo soliciten.
- ❖ **Meseras.-** Apoyarán en tareas de cocina (lavado de utensilios de cocina), así como servir los platos en el comedor en cada una de las comidas que se realicen durante el día.

- ❖ **Encargados para tienda y oficinas de comunicación.-** Se pretende que sean atendidos por los ancianos, esto de acuerdo a un rol semanal y a un horario establecido de servicio, a fin de que participe la mayoría de la población asilada.

6.3. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

6.3.1. EL INGRESO A LA INSTITUCIÓN

Es importante que a la hora de ingresar el anciano a la Institución se le realice una evaluación, a fin de conocer el estado de salud, emocional, familiar del propio anciano y así enfocar sus actividades diarias a su mejoramiento y estabilización.

En un primer momento la entrevista que el psicólogo tenga con el anciano y la familia o en su defecto familiar más cercano o amigo irá enfocada a la obtención de datos reales sobre la historia familiar, individual del anciano, sobre las enfermedades que padece (si es que la padece), sobre sus limitaciones, sobre el porqué de su ingreso. En este caso es muy importante que el anciano intervenga en la platica para evitar que se sienta desplazado y carente de verdad en sus palabras. Es importante que no se pierda de vista al anciano cuando platica o hace algún movimiento o actividad, pues se deberá prestar atención al grado de ansiedad, agitación psicomotora, retraso psicomotor, temblor, somnolencia, impulsividad, síntomas somáticos, alucinaciones o delirios y anotarlos en su hoja de ingreso, esto para cotejarlo a la hora de asignarle sus actividades terapéuticas.

6.3.2. ACTIVIDADES DE PSICOTERAPÉUTICAS

La intervención en terapia ocupacional va a estar enfocada en las destrezas (habilidad para hacer una tarea), los ancianos como se planteo en capítulos anteriores presentan deterioro de las destrezas por enfermedad, por el mismo proceso de envejecimiento, por inmovilidad o por cambios ambientales; por lo tanto

aquí la intervención ira siempre dirigida al aprendizaje de las destrezas la cual consiste en conocer una tarea y cómo realizarla.

¿De qué manera se interviene en Terapia Ocupacional?

Se puede enseñar en sesiones formales, por ejemplo, a los pacientes con depresión se les puede enseñar la importancia de participar en actividades para aliviar los sentimientos de pena, aburrimiento, aislamiento, aumentar el grado de autoestima, etc. Las tareas a su vez se descomponen en subtareas y en un secuenciamiento en el tiempo, un ritmo, que el anciano debe conocer.

Es muy importante que el terapeuta ocupacional tenga la capacidad de establecer un ambiente que ayude al aprendizaje, esto significa que la tarea debe ser adecuada a la capacidad del anciano.

Es importante mencionar que las actividades que realizan los ancianos llegan a un nivel óptimo de eficacia para que les sirva para su vida diaria, se debe supervisarlos para ayudarles en la ejecución y desempeño de las tareas, además de retroalimentarlos sobre la calidad de la ejecución; en todo momento se estimula a los ancianos a valorar su propio desempeño para que lo interioricen.

Por ejemplo, en una actividad recreativa para una paciente con depresión, podríamos empezar por hacer un muñeco de trapo en grupo, se puede pedir a cada uno de los miembros del grupo que se den a la tarea de hacer una prenda para vestir al muñeco, al mismo tiempo que se orienta en la realización, esto para no incrementar su nivel de angustia, a final de la sesión se tendrá termino un muñeco completo, construido por todos. Poco a poco se logrará alentar al anciano a construir su propio muñeco de trapo, al que vestirá con colores elegidos por el mismo.

Por ultimo hay que integrar las tareas en los hábitos de la vida diaria del anciano. El mantenimiento de las destrezas se logra a través del uso frecuente de las tareas.

Se trata de hacer participar a los ancianos en un número limitado de tareas en un tiempo determinado. Las tareas deben ser compatibles con las destrezas del anciano así como de sus intereses. Por ejemplo, se podría enseñar a una anciana como doblar y colocar su ropa en el armario. También le podríamos indicar que lleve su

ropa sucia al bote de ropa sucia, cuando vaya camino al desayuno. Después de realizada la tarea, el paciente y el terapeuta ocupacional deben evaluar los puntos objetivos -cantidad y calidad de trabajo- y los puntos subjetivos -percepción y sentimiento-. El terapeuta ocupacional proporcionará retroalimentación de la realidad de los pacientes prestando un tono positivo a la evaluación. Poco a poco se irán agregando tareas que están determinadas por la situación vital del anciano. Por ejemplo, si la anciana va a tener que hacerse su desayuno, deberá ser incluida esa tarea en el entrenamiento. Se debe tener en cuenta la fatiga que puede presentar el anciano en la realización de la tarea, por lo tanto habrá que establecer tiempos de descanso intercalados o alternar actividades que requieran mayor esfuerzo con otras que sean menos exigentes. El objetivo es estimular en el anciano el sentido de autocontrol.

6.3.3. ACTIVIDADES RECREATIVAS

Durante la semana y después de comer, se programarán una serie de actividades en donde el anciano que así lo desee, podrá participar de manera activa en talleres como tallado en madera, cerámica, tejido, corte y confección, bordado, baile de salón, repostería, canto.

Así mismo se programaran salidas familiares algún parque o jardín a fin de promover la convivencia familiar y evitar el abandono por parte de ésta.

Por otro lado se tendrán festejos y actividades de manera interna con la intención de fomentar la integración de todos como Institución.

Las fechas importantes a programar son: 6 de enero, 02 y 14 de febrero, 21 de marzo, 30 de abril, 10 de mayo, Día del Padre, 28 de agosto, 15 de septiembre (Noche Mexicana), 01 y 02 de noviembre (Altar de Muertos), 24 (Comida Navideña) y 31 de diciembre (Comida de Fin de año), además el primer domingo de mes, se festejarán los cumpleaños de los ancianos:

6.3.4. ACTIVIDADES SEMANALES EN LA INSTITUCIÓN

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
7:00-8:30	ASEO	ASEO	ASEO	ASEO
8:00-10:00	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
10:30-12:00	LEC.PERIÓDICO	LEC.PERIÓDICO	LEC.PERIÓDICO	LEC.PERIÓDICO
12:00-13:00	EJERCICIO	EJERCICIO	EJERCICIO	EJERCICIO
13:00-14:00	HORA LIBRE	REVISIÓN MÉDICA	MUSICOTERAPIA	ACT.SUP.PERSONAL
14:00-16:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA
16:00-17:30	TERAPIA OCUPACIONAL	TEATRO	SALIDA ORGANIZADA	PLATICA NUTRICIÓN
17:30-18:30	CINE	BAILE DE SALÓN		CORTE Y CONF.
18:30-19:00	HORA LIBRE	HORA LIBRE	HORA LIBRE	HORA LIBRE
19:00-20:30	CENA	CENA	CENA	CENA

	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
7:00-8:30	ASEO	ASEO	ASEO
8:00-10:00	DESAYUNO	DESAYUNO	DESAYUNO
10:30-12:00	LEC.PERIÓDICO	CATECISMO	LEC.PERIÓDICO
12:00-13:00	EJERCICIO	SALIDA ORGANIZADA	MISA
13:00-14:00	ASAMBLEA GENERAL		
14:00-16:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA
16:00-17:30	HORA DE JUEGO	PINTURA	FESTEJO CUMPLEAÑOS UNA VEZ AL MES
17:30-18:30	REPOSTERÍA	MÚSICA	
18:30-19:00	PLATICA HIGIENE	HORA LIBRE	
19:00-20:30	CENA	CENA	CENA

CONCLUSIÓN

Para concluir el presente trabajo tenemos entonces que la vejez se debe entender como otra etapa de la vida y no sólo como acumulación de enfermedades; uno de los retos de esta época es vivir más, lo cual también significa vivir mejor; y para lograrlo no importa la edad cronológica sino el "interés por la vida", pero este factor no depende solamente de la persona que envejece, sino de todas las redes sociales en las que se desarrolla y funciona su vida; es decir, hay que fomentar que las relaciones con las personas mayores estén enmarcadas en un auténtico interés por lo que les ocurre, de esta forma ellos cuentan con la posibilidad de mantener su interés por la vida, lo que por supuesto, eleva la calidad de su bienestar.

También hay que educar a la familia para que les dediquen tiempo y tengan atenciones y muestras de cariño hacia los abuelos, hay que considerar que se sienten mal de no poder aportar y contribuir y si están enfermos, se sienten más mal porque se consideran una carga; ésta es una situación de la que todos debemos aprender, pues algún día llegaremos a esa edad y nos sentiremos más o menos igual. De ahí que conviene entender que todo tiene su tiempo y que parte de la vida es cuidar a quienes antes nos ayudaron a crecer y a ser lo que ahora somos.

La sociedad actual, por su forma de vida, tiende a hacer a un lado a las personas que pierden su vitalidad y se convierten en seres dependientes, está es una triste realidad a la que hay que ponerle atención y aprender a manejar con calidad humana. Hay que aceptar las etapas de la vida y ser solidarios y generosos con los adultos mayores de la familia que están desprotegidos y requieren mas atención.

Se trata de la estabilidad y calidad de vida de los padres que en su juventud trabajaron sin medida para sacar a sus hijos adelante.

Una de las mejores maneras para promover el autoestima de las personas de edad avanzada, es el diálogo. El diálogo, junto con las solidaridad, son la base para integrarlos en la sociedad, lo más importante es aprender a considerar que ser mayor no es un obstáculo para ser feliz. Dedicarles tiempo, escucharlos, sacarlos de paseo, leerles algo positivo, pedirles que colaboren en algo que puedan realizar para

hacerlos sentirse útiles, son actitudes que generan seguridad o felicidad en los mayores.

Esto de "tratarlos bien" significa también darles las facilidades para que hagan lo que les gusta y satisface, pero de una manera más sencilla.

Por qué no utilizar frases positivas!!!!!!!!!!!!

Si nos fijamos el lenguaje que utilizamos, muchas veces denota que por definición ya están fuera de todo, se sienten excluidos, por eso hay que corregirlos y proponerles expresiones más positivas para que se sientan integrados y desarrollen una nueva perspectiva de la vida. Considero que es conveniente cambiar las frases que salen de ellos mismos como: "Eso es cosa de jóvenes, que decidan ellos"... por otras más positivas que se encaminen a cuidar su autoestima, a respetar su dignidad y a integrarlos en actividades que sean capaces de desarrollar.

Otro de los valores que se pueden practicar para tratar bien a las personas mayores, es ofrecerles mucho cariño, pero cariño en grandes dosis. En esta edad se valora más que nunca el afecto, pues la sensibilidad que se ocultó mucho tiempo gracias al trabajo, el deber, los prejuicios, la timidez y la vergüenza, ahora tiene la oportunidad de salir a flote. El cariño es la suma del respeto, la escucha, el tiempo de dedicación. Este cariño y amor se traduce en gestos, miradas y tonos amables al dirigirse a ellos y, sobre todo, el contacto físico, los abuelos necesitan que se les acaricie, que se les abrace. Todos estos valores tienen un objetivo final, hacer sentir a las personas mayores que no están solas y que sí son queridas y valoradas.

Como lo mencioné en un principio, la finalidad de este trabajo es que trascienda, mi propósito es contribuir con un granito de arena a desarrollar conciencia en nuestra sociedad, es decir, promover que la sociedad entera conozca y desarrolle una conciencia acerca de lo que implica y representa la vejez, es decir, sensibilizar a los ciudadanos para que entiendan qué piensan, cómo se sienten y cómo pueden ayudar a estas personas.

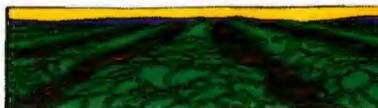
También es importante que la sociedad entera se de cuenta que ser viejo es una situación que les va a llegar, que es inevitable y que, por lo tanto, hay que enseñar a

las nuevas generaciones a sensibilizarse con esta realidad. Hay que enseñarlos a respetar la capacidad, el ritmo, sus valores, comportamientos, deseos y la propia organización de la vida de los adultos mayores.

Debemos asociar a la vejez con tiempo libre, con oportunidades de aprender algo nuevo, con actividades que los hagan sentirse útiles. No es una felicidad que se alcanza por lo excitante de la vida, es una felicidad que se refleja por la satisfacción de los logros y la fortaleza espiritual. La tercera edad no cierra caminos, abre otros nuevos, es la etapa perfecta para dedicarse al crecimiento personal y a tareas desconocidas.

Logremos una Vejez Feliz!!!!

E
s
t
a
c
i
o
n
a
m
i
e
n
t
o



Baño  Consultorios y Enfermería

Baño 

Sala de Terapia Ocupacional 

Comedor 

Cocina 

Baño 

Baño

Gimnasio y sala de Terapia Física y Rehabilitación 



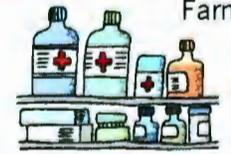
Salón de usos múltiples y convivencias familiares 

Ancianos Dependientes 

Ancianos Independientes



Capilla



Farmacia



Entrada

Correo y Minisuper 



Tendederos



Cuarto de Lavado y planchado



ANEXO 2.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 27, 31, 32, 37, 38, 39, 40, 45, 48, 49 y 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 14 y 15 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y

CONSIDERANDO

- ❖ Que la visión y compromiso del nuevo gobierno, plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, es reconocer a la persona humana como el eje central de sus afanes, políticas y esfuerzos con el objetivo de que ésta alcance su máximo desarrollo humano, para crear capital humano, social y productivo;
- ❖ Que en nuestro país existen diversos grupos sociales que se encuentran en desventaja y que uno de ellos es el de los adultos mayores, lo que implica que autoridades y sociedad en su conjunto deberán realizar un gran esfuerzo para lograr la igualdad de oportunidades para todos los mexicanos, ya que la vejez no es el fin de la vida productiva, sino una etapa que requiere de acciones especiales, acordes a sus distintas, pero importantes y valoradas capacidades;
- ❖ Que dentro de esos grupos sociales se encuentra el de los adultos mayores de 60 años, que actualmente representan más del 7% de la población nacional, es decir, que uno de cada veinte mexicanos pertenecen a este sector y que proyecciones a futuro nos indican que en el año 2050, será uno de cada cuatro mexicanos, lo cual nos lleva a repensar las políticas y acciones que el gobierno habrá de implementar para satisfacer las necesidades de este importante grupo, así como aprovechar su gran fuerza laboral;

- ❖ Que no podemos aspirar a alcanzar dicha meta, si nuestro actuar se limita a la atención meramente asistencial, sin tomar en cuenta su energía, experiencia y creatividad, que nos lleven a fortalecer el tejido social;
- ❖ Que en las diferentes etapas del envejecimiento existen grandes necesidades para el desarrollo humano integral, como es la alimentación, la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, la práctica del deporte, el acceso a la cultura y las actividades recreativas, así como el respeto a los derechos humanos;
- ❖ Que las personas de sesenta años o más, por su experiencia y trabajo merecen el especial reconocimiento y respeto de todos los mexicanos, por su contribución al desarrollo económico, social y político del país;
- ❖ Que el Gobierno Federal ha venido estableciendo políticas públicas de desarrollo humano integral para adultos de sesenta años o más, como objetivo para llevar a cabo el cambio y transformación que requiere nuestra sociedad, así como las bases para diseñar acciones y programas que fortalezcan a los menos favorecidos de este sector, respetando siempre su dignidad y pugnando por el mejoramiento de su nivel de vida;
- ❖ Que es necesario continuar realizando investigaciones sobre el proceso natural de envejecimiento de nuestra población, para orientar la protección, asesoría, apoyo y atención de los adultos mayores;
- ❖ Que el medio para lograr lo anterior es a través de instituciones sólidas dotadas de infraestructura, cobertura y equipamiento que permitan satisfacer las demandas y necesidades, sobre todo para aquellos que no cuentan con medios económicos suficientes ni con los servicios de seguridad social;
- ❖ Que para lograr la solución de las demandas enunciadas, el Ejecutivo a mi cargo ha estimado conveniente cambiar, no solamente la denominación del Instituto Nacional de la Senectud por el de Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, sino también ampliar su objeto social y dotarle de los elementos materiales y humanos necesarios, para que pueda cumplir de manera eficaz y eficiente con la misión de promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores;

- ❖ Que por las consideraciones anteriores, es necesario y de interés de la presente administración resectorizar al Instituto Nacional de la Senectud, del sector Salud, al sector Desarrollo Social, ya que como se ha venido señalando, las acciones y programas tendrán por objeto propiciar y fortalecer el desarrollo humano integral de los adultos mayores para la generación de capital humano y social en el marco de la política social, plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo;
- ❖ Que en este contexto, el rescate de los valores familiares y sociales, la educación para la salud y el empleo, serán sin lugar a dudas, los ejes estratégicos de las acciones y programas a desarrollar por el Instituto, poniendo especial cuidado en los adultos mayores que se encuentren en cualquier situación de desventaja social y que requieran de apoyo parcial o total, temporal o permanente, evitando así su discriminación y exclusión social, y
- ❖ Que la modernización del Instituto Nacional de la Senectud es una de las acciones que el Ejecutivo a mi cargo ha determinado para fortalecer el combate a la pobreza y el rezago social en el que actualmente vive un número importante de adultos mayores, especialmente los que habitan en zonas rurales y urbanas marginadas, pugnando por una mejor calidad de vida y un trato más digno y humano para ellos; he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ÚNICO.- Se reforman los artículos primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y décimo primero del Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 1979, para quedar como sigue:

"ARTÍCULO PRIMERO.- El Instituto Nacional de Adultos en Plenitud es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio legal en la Ciudad de México, Distrito Federal, que tendrá por objeto el

desarrollo humano integral de los adultos en plenitud, entendiéndose por éste, el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que asegure sus necesidades básicas y desarrolle su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto tendrá las facultades siguientes:

- I. Proteger, asesorar, atender y orientar a los adultos en plenitud, considerándose como tales a las personas de sesenta o más años de edad;
- II. Realizar estudios e investigaciones sociales de las situaciones inherentes al envejecimiento, para proponer al Ejecutivo Federal y a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, las soluciones que correspondan;
- III. Promover el desarrollo humano integral de los adultos en plenitud, coadyuvando para que sus distintas capacidades sean valoradas y aprovechadas en el desarrollo comunitario, económico, social y nacional;
- IV. Ser el órgano rector de las políticas públicas que tengan por objeto la atención especializada para los adultos en plenitud;
- V. Ser el organismo de consulta y asesoría obligatoria para todas aquellas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y, en su caso, las instituciones de los sectores social y privado, que realicen acciones o programas que se relacionen con los adultos en plenitud;
- VI. Prestar servicios de asesoría y orientación jurídica a adultos en plenitud de escasos recursos;
- VII. Diseñar, establecer, verificar y evaluar directrices, estrategias, programas, proyectos y acciones en su beneficio;
- VIII. Establecer convenios de coordinación con los gobiernos estatales, con la participación de sus municipios, para proporcionar asesoría y orientación para el diseño, establecimiento y evaluación de modelos de atención, así como de las políticas públicas a implementar;
- IX. Celebrar convenios, acuerdos y todo tipo de actos jurídicos que sean necesarios para el cumplimiento de su objeto;

X. Convocar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, estatales y municipales, a las organizaciones civiles dedicadas a la atención de los adultos en plenitud, así como a las instituciones de educación e investigación superior, académicos, especialistas y cualquier persona interesada en el tema de la vejez, a efecto de que formulen propuestas y opiniones respecto de las políticas, programas y acciones de atención, para ser consideradas en la formulación de la política social del país en la materia y en el programa de trabajo del Instituto;

XI. Promover la coordinación de acciones y programas que realicen otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales y municipales y del Distrito Federal, que tengan como destinatarios a los adultos en plenitud, buscando con ello optimizar la utilización de los recursos materiales y humanos y evitar la duplicidad de acciones;

XII. Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de atención;

XIII. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de los adultos en plenitud, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica;

XIV. Promover, en coordinación con las autoridades competentes y en los términos de la legislación aplicable, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a los adultos en plenitud, en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral;

XV. Brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal de las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro que brinden servicios y atención a adultos en plenitud;

XVI. Denunciar ante las autoridades correspondientes las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a instituciones, casas hogares, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención a adultos en plenitud;

XVII. Llevar un registro de las instituciones públicas y privadas dedicadas a atender a los adultos en plenitud, en cada una de las entidades federativas, así como del Distrito Federal;

XVIII. Promover la participación de los adultos en plenitud en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio;

XIX. Promover, fomentar y difundir en las actuales y nuevas generaciones, una cultura de protección, comprensión, cariño y respeto a los adultos en plenitud en un clima de interrelación generacional, a través de los medios masivos de comunicación;

XX. Elaborar y difundir campañas educativas para la revalorización de los adultos en plenitud, sus condiciones de vida, económicas, de salud, laborales, emocionales y familiares;

XXI. Fomentar las investigaciones y publicaciones gerontológicas;

XXII. Expedir credenciales de afiliación a los adultos en plenitud que residan en cada uno de los estados de la República y en el Distrito Federal, con las cuales disfrutará de los beneficios convenidos con instituciones públicas y privadas;

XXIII. Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal los proyectos legislativos en materia de adultos en plenitud, que contribuyan a su desarrollo humano integral;

XXIV. Expedir su Estatuto Orgánico;

XXV. Obtener y administrar los ingresos por los servicios que preste el Instituto, y

XXVI. Las demás actividades inherentes a su naturaleza y conducentes al cumplimiento de sus funciones, así como las que les confieran otros ordenamientos jurídicos aplicables.

ANEXO 3.

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LA PERSONAS DE EDAD.

"Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida"

La Asamblea General,

Reconociendo las aportaciones que las personas de edad hacen a sus respectivas sociedades,

Reconociendo que en la Carta de las Naciones Unidas los pueblos de las Naciones Unidas expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y de las naciones grandes y pequeñas y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Tomando nota de la elaboración de esos derechos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de otras declaraciones con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados,

En cumplimiento del Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento aprobado por la Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento y hecho suyo por la Asamblea General en su resolución 37/51 del 3 de diciembre de 1982,

Reconociendo la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual necesita respuestas políticas asimismo diversas,

Consciente de que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora

Consciente de que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de muchos estereotipos sobre la inevitable e irreversible decadencia que la edad entraña.

Convencida de que en un mundo que se caracteriza por un número y un porcentaje cada vez mayores de personas de edad, es menester proporcionar a las personas de edad que deseen y tengan la posibilidad de aportar su participación y su contribución a las actividades que despliega la sociedad.

Consciente de que las presiones que pesan sobre la vida familiar tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hace necesario prestar apoyo a quienes se ocupan de atender a las personas de edad que requieren cuidados,

Teniendo presentes las normas que ya se han fijado en el Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento y en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, de la Organización Mundial de la Salud y de otras entidades de las Naciones Unidas.

Alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:

INDEPENDENCIA

1.- Las personas de edad deberán tener acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias, de la comunidad y de ser posible por autosuficiencia.

2.- Las personas de edad deberán tener la posibilidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.

3.- Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.

4.- Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.

5.- Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio.

6.- Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

PARTICIPACIÓN

7.- Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

8.- Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

9.- Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

CUIDADOS

10.- Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11.- Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

13.- Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14.- las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida

AUTORREALIZACIÓN

15.- las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16.- las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad

DIGNIDAD

17.- Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18.- Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

ANEXO 4.

DECLARACIÓN INTERNACIONAL DE LA VEJEZ SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD.

PREÁMBULO

LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA VEJEZ

Apreciando la enorme diversidad de situaciones de las personas de edad, no sólo entre los países sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual necesita respuestas políticas asimismo diversas.

Teniendo en cuenta que en todas las naciones ha aumentado en formas sin precedentes el número de individuos que viven hasta edades avanzadas con más salud, y persuadida por las investigaciones científicas que refutan muchos estereotipos acerca de la declinación inevitable e irreversible que ocurre con la edad.

Convencida de que un mundo que se caracteriza por el aumento del número y la proporción de personas de edad debe brindar oportunidades para que las personas de edad participen normalmente en las actividades de la sociedad y contribuyan a ellas, siempre que estén dispuestas y sean capaces de hacerlo. Consciente de que las tensiones de vida familiar, tanto en las naciones desarrolladas como en las naciones en desarrollo, hace necesario que se preste apoyo a las personas que se encargan de cuidar a las personas de edad con salud precaria,

Destacando que los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidas de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez pueda traer consigo, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten,

Reconociendo que sin estos derechos, las personas de edad no pueden satisfacer el cumplimiento de sus responsabilidades,

Teniendo presentes las normas ya establecidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y en el Plan de Acción Intencional Sobre el Envejecimiento, así como en otras declaraciones aprobadas con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados.

Proclama ahora los siguientes derechos de las personas de edad que se les debe garantizar con medidas nacionales e internacionales apropiadas de manera que gocen de protección y puedan seguir aportando su contribución a la sociedad así como las responsabilidades reconocidas por ellas:

LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD

INDEPENDENCIA

Las personas de edad avanzada tienen derecho:

- 1.- A vivienda, alimentos, agua, ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y la autoayuda.
- 2.- A trabajar y hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad
- 3.- A jubilarse y participar en la determinación del momento y la forma en que han de retirarse de la fuerza del trabajo.
- 4 - A tener acceso a los programas educativos y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación y adopción de decisiones con conocimiento de causa.
- 5.- A vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades cambiantes.
- 6.- A residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.

PARTICIPACIÓN

Las personas de edad avanzada tienen derecho:

- 7.- A seguir integradas a la sociedad y a participar activamente en ella, incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afecten directamente a su bienestar.
- 8.- A compartir sus conocimientos, sus capacidades, sus valores y su experiencia con las generaciones más jóvenes.
- 9.- A tratar de encontrar y desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de servir como voluntarias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.

10.- A crear movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

CUIDADOS

Las personas de edad avanzada tienen derecho:

11.- A recibir apoyo y cuidado de la familia, de acuerdo con la situación de ésta.

12.- A recibir servicios de salud que les ayuden a mantener o a volver a adquirir un nivel óptimo de bienestar físico, mental y a impedir o retrasar las enfermedades.

13.- A tener acceso a servicios sociales y jurídicos con el objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.

14.- A utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un ambiente humano y seguro.

15.- A ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades y su vida privada, y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.

PLENITUD HUMANA

Las personas de edad avanzada tienen derecho:

16.- A hacer uso de todas las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

17.- A tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

DIGNIDAD

Las personas de edad avanzada tienen derecho:

18.- A ser tratadas con equidad cualesquiera sean su edad, sexo, orígenes raciales o étnicos, impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus aportaciones económicas.

19.- A vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico o mental.

20.- A ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho a morir con dignidad aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

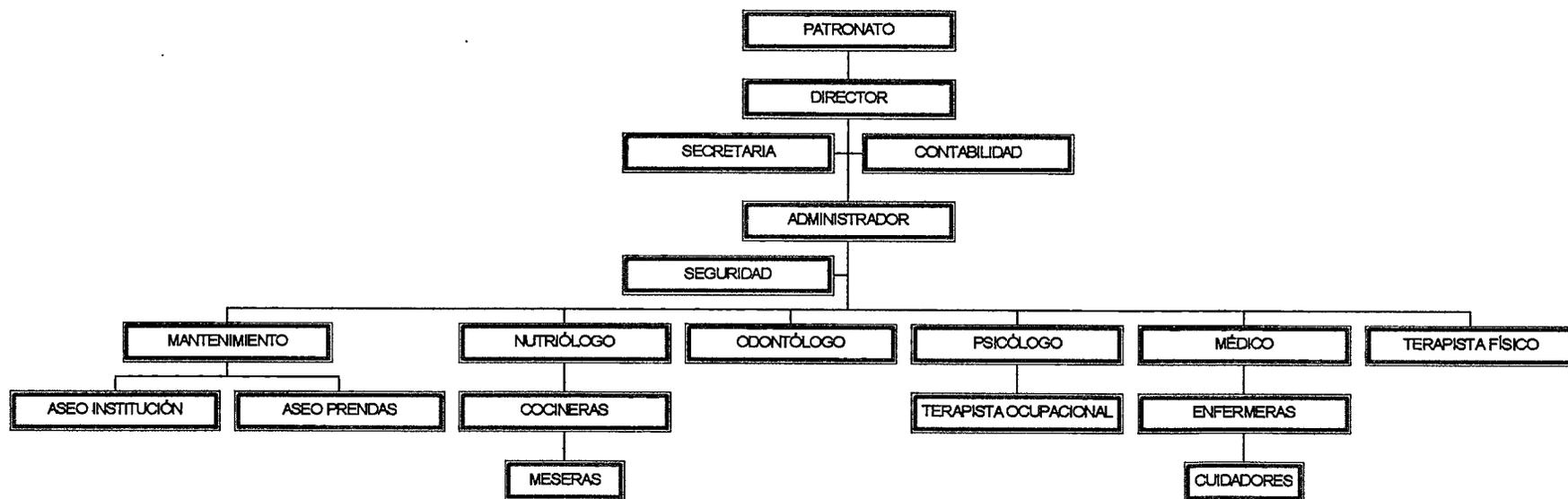
RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD

En consonancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberían tratar de:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencias y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.
9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

ANEXO 5.

ORGANIGRAMA MODELO PARA UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA



- * **Patronato:** Encargado de buscar y proporcionar los fondos para el funcionamiento de la Institución.
- * **Director:** Es la autoridad superior administrativa y técnica, de donde parten las políticas a seguir.
- * **Secretaria:** Es la persona encargada de apoyar en todas las actividades administrativas.
- * **Contabilidad:** Encargado de controlar los ingresos y egresos monetarios de la Institución.
- * **Administrador:** Es la persona al frente de la Institución, será la encargada de controlar las demandas del personal y los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBA, Víctor. **Historia Social de la Vejez**, Ed. Alertes, Barcelona, 1992.
2. AUER, Alfons. **Envejecer Bien**, Ed. Herder, Barcelona, 1995
3. BROWN, Doress Paula, Laskin Siegal Diana. **Envejecer Juntas**, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1993.
4. COMFORT, Alex. **La Edad Dorada, Guía para Entender y Disfrutar la Vejez**, Ed. Grijalbo, Londres, 1990.
5. FERNÁNDEZ Ballesteros Rocío, Fresneda Rosa, Iñiguez Martínez Julio, Zamarrón Ma. Dolores. **Qué es la Psicología de la vejez**, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1999.
6. FLOREZ, Lozano J. A Dr. **Psicología del Envejecimiento**. Ed. Nueva Lente. Madrid, 1987
7. GARCÍA, Pérez María del Carmen, Pérez Fiz Alberto. **Ancianidad, Familia e Institución**. Ed. Amaru., España, 1994
8. GODOY, Emma. **Antes del Alba y al Atardecer**. Ed. Jus, México, 1980
9. Gobierno del Estado de Querétaro. **Cuarto Informe de Gobierno**. Querétaro 2001.
10. IZQUIERDO, Moreno Ciriaco. **Acompañar al Anciano: La Sociedad ante la Tercera Edad**, Ed. Paulinas.
11. KASTENBAUM, Robert. **Vejez "años de plenitud"**, Ed. Harla, México, 1980
12. KRASSOIEVITCH, Miguel. **Psicoterapia Geriátrica**, Ed. FCE.1993.

13. L. Kane Robért, Auslander Joseph. **Geriatría Clínica**. Ed. Mc Graw Hill, 3a. edición.
14. M. Fercgla Joseph. **Envejecer Una Antropología de la Ancianidad**, Ed. Anthropos
15. MORAGAS, Moragas Ricardo. **Gerontología Social**. Barcelona 1991.Ed. Herder
16. PÉREZ, Melero Andres, Palacios Ceña Domingo. **Cuidados de Enfermería Geriátrica en Residencias Asiladas**, Ed. Síntesis, Madrid, 1998.
17. PERLADO, Fernando. **Geriatría**. Ed. Científico-médica, Barcelona 1998.
18. QUINTANAR, Olguín Fernando. **Atención a los Ancianos en Asilos y Casas Hogar de la Ciudad de México** Ed. Plaza y Valdes, México, 2000.
19. SALVAREZZA, Leopoldo. **La Vejez "Una Mirada Gerontológico Actual"**, Ed. Paidos, Barcelona, 1998.
20. SÁNCHEZ, Jesús y Francisco Ramos, **La vejez y sus Mitos**, Ed. Salvat, Bercelona, 1982.
21. SCHAEFER, H, **"Calidad de Vida y Ancianidad"** Ed. Siglo XXI, España, 1974
22. Enciclopedia Encarta Versión 2001, CD.2001
23. www.todoancianos.com.mx
24. www.queretaro.gob.mx
25. www.derechoshumanos.com.mx
26. www.anunciacion/asistencia_privada.com