

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La calidad de vida de los adultos mayores, eje central de esta investigación, no sólo se compone de aquellos aspectos objetivos, que tienen que ver con un ingreso adecuado para cubrir las necesidades básicas, sino que, también se relaciona con aquellos aspectos subjetivos, como las percepciones de los adultos mayores, intereses, necesidades de participación, que apuntan a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social.

La popularización del concepto de calidad de vida, se vincula a transformaciones operadas durante el siglo XX que trasladan la atención desde temas relacionados con el ganarle a la muerte, como el hambre y la pobreza, a temas relacionados al cómo vivir la vida, al bienestar durante la vida y más aún durante toda la vida. Si bien el concepto aparece en escena en los años 60 (Hernández, 2004:60; Hidalgo, 2008:65), es en los 70 que los estudios sobre la calidad de vida comienza a cobrar importancia en el ámbito académico. En la actualidad a pesar de la prolífera producción de artículos e investigaciones sobre el tema desde diversas disciplinas, no ha sido posible establecer un consenso en relación a qué es y cómo se mide la calidad de vida (Aranibar, 2004).

Aranibar considera que al utilizar el concepto de calidad de vida en el estudio de la vejez y el envejecimiento, se debe tener en cuenta tres preguntas claves. En primer lugar, la especificidad del concepto según su contexto de referencia, en este caso la vejez, que presenta diferencias con los otros grupos de edad en cuanto a aspectos y factores que configuran e intervienen la idea de calidad de vida. En segundo lugar, la multidimensionalidad de la calidad de vida, lo que significa que es preciso tomar en consideración tanto factores personales, como socioambientales o externos, factores que varían de acuerdo a la edad de las personas. Finalmente, el concepto de calidad de vida en la vejez, al igual que en todas las edades, debe considerar tanto aspectos subjetivos como

objetivos, es decir, tanto las apreciaciones, valoraciones y evaluaciones sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida, como los aspectos objetivos de las mismas.

En esta misma línea, George (2006) afirma que hay dos maneras de aproximarse al concepto de calidad de vida, una que incluye la percepción subjetiva y las características objetivas y otra que se centra sólo en lo subjetivo. Pedrero (en Aranibar, 2004), considera que observar la calidad de vida como algo puramente subjetivo puede llevar a suponer en alguien que reportara ser completamente feliz viviendo en la extrema pobreza, por lo que propone que para hablar de calidad de vida desde el punto de vista subjetivo sería necesario primero que las personas tuvieran cubiertas las necesidades mínimas, como alimentación, vivienda, servicios básicos, etc.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define calidad de vida como: “La percepción de cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a las metas, expectativa, estándares y preocupaciones que tiene” (Schwartzmann, 2003:3), es decir, se centra en los aspectos subjetivos de la calidad de vida.

El envejecimiento en Latinoamérica es un gran reto, considerando que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050, y uno de cada cuatro latinoamericanos será adulto mayor.

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de México, mientras en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada.

De acuerdo con las proyecciones de población (CONAPO, 2004), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la

población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico. (González-Celis, 2002: 366).

El caso de Chile no es muy distinto, ya que se estima que en el año 2050 se tendrá una población adulta mayor superior al 28% y que junto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de los menores de los 15 años significará un envejecimiento poblacional de dimensiones considerables (CELADE, 2006). Por ello, los mecanismos de inclusión y la consecuente integración se vuelven cruciales cuando se piensa en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

A nivel internacional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

El Instituto Nacional de Chile sobre, la calidad de vida de las personas de la tercera edad o adultos mayores, inciden problemas de salud como la percepción de su calidad de vida. En dicho análisis se observó que las principales causas de muerte de los adultos mayores son las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, demencia y enfermedad de Alzheimer.

Estas patologías presentan su mayor incidencia en la mortalidad de los individuos mayores que en cualquier otro segmento etario. Por otro lado, las personas mayores mayoritariamente declaran tener dolores físicos permanentes, de los cuales el principal tipo de dolor es el de rodilla, alcanzando una incidencia cercana al 60% de las personas mayores.

Llama la atención que más del 60% de los adultos mayores consideran que su salud es buena, muy buena o excelente. Sin embargo y tal como se ha señalado anteriormente, estas capacidades se ven significativamente mermadas entre los mayores de 80 años, al punto que menos del 50% declara ser capaz de “ir a otros lugares solo” y hacer sólo las compras de alimentos. En particular, en los adultos mayores con edades comprendidas entre los 60 y 69 años la principal preocupación es el tener que depender de otras personas, mientras que entre las personas de 80 y más años la principal preocupación es el que muera un pariente cercano.

Los estudios de calidad de vida en la vejez están considerando tanto aspectos sociales como psicológicos. Siguiendo a Encarni Pedrero (2001), esto se explica en el hecho de que la calidad de vida en la vejez está fuertemente ligada a factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, siendo fundamental el sentido de coherencia, elemento que no se relaciona con las enfermedades o habilidades de la persona, sino más bien, con la capacidad de resistir ante las eventualidades que surgen y afrontar cambios duros, como por ejemplo enfermedades nuevas.

Julia Moreno (2004), percibe como fundamental dentro de la calidad de vida para los mayores la integración social, siendo posible generarla a través de actividades que produzcan en ellos placer y desarrollo tanto intelectual como social. Un punto importante que la autora destaca en relación a ello, es la importancia de las tecnologías y su papel en el ocio, información y participación de los adultos mayores. (Osorio, P. y otros, 2011:63).

Actualmente, el envejecimiento europeo se caracteriza por un retiro temprano del mercado laboral seguido de un largo periodo de buena salud posterior al retiro, al mismo tiempo, estas personas que inician su retiro, son más similares al resto de la población en términos de expectativas y motivaciones. Factores como estos llevan a pensar que la calidad de vida adquiere un significado particular en cada cohorte o generación (Walker, 2005:28).

En relación a los indicadores de calidad de vida, un estudio bibliográfico realizado por Sandra Sanduette (2004:174), concluye que éstos se dividen en seis áreas: Las opciones para tomar decisiones con respecto a su vida, contar con apoyo formal e informal y estar integrado a la sociedad, tener un estilo de vida de acuerdo con sus costumbres viviendo en un lugar de agrado y siendo independiente, gozar de la mayor salud posible y saber qué hacer en caso de emergencia, ejercen sus derechos y deberes sin recibir maltrato, con servicios públicos adecuados y con la posibilidad de recibir ayuda legal, y finalmente, la satisfacción medida en base a si las personas alcanzan sus objetivos que se marcan y están satisfechas con sus vidas y los servicios que reciben. (Osorio, P. y otros, 2011:64).

Según Navas (2001:21), señala que todavía sigue pesando una imagen de las personas mayores ancladas en estereotipos del pasado, en la medida que las personas mayores poseen una serie de características poco atractivas, pues se considera que constituyen un grupo homogéneo, de dimensión reducida, con escaso poder adquisitivo, con mala salud, con gustos anticuados. El prototipo del mayor es el de una persona de escasos recursos, con un nivel formativo muy bajo y una salud deficiente.

Es así las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos, siendo esta una de las áreas más importantes de acuerdo con la literatura de investigación de los aspectos de la calidad de vida, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos.

A nivel nacional, el índice de la tercera edad cubre el 89% de las personas mayores del mundo y destaca aquellos países que aún no atienden las necesidades.

La recopilación de datos secundarios sobre seguridad económica, salud y entornos favorables de las personas mayores, cerca de 900 millones de los mismos de 60 años, el Índice destaca la urgencia de tomar medidas para luchar contra la pobreza en la vejez, la soledad, pérdida de cultura, la discriminación por edad y el abuso de los derechos de las

personas mayores, incluyendo de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno, (OMS, 1994). A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por la capacidad de mantener la autonomía y la independencia.

En ese marco de la calidad de vida de las persona de la tercera edad (adultos mayores), Bolivia se sitúa, entre los países latinoamericanos cuya transición demográfica era hasta hace poco tiempo “incipiente” y se diferenciaba del resto cuyas tendencias eran “moderadas”, “plenas” o “avanzadas”. En el polo más extremo están Argentina, Brasil, Uruguay, Cuba y Chile donde, no sólo el envejecimiento es mayor, sino que el propio crecimiento demográfico alcanza índices menores al 1%, como es el caso de Cuba, país que ya está viviendo una situación llamada de “post-transición”. Esta situación contrasta con Bolivia que, desde los años 90, viene acelerando el cambio de su estructura poblacional. (Salazar C., 2009:17).

Según la Universidad Católica se realizó una “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez” donde se proyecta que en Bolivia para el 2025 los adultos mayores a partir de 60 años representarían el 9% de la población, dato que al contraste del censo 2012 se revela que las personas de 60 años ya representan en el 8,91% de la población, eso quiere decir que la población adulta mayor en Bolivia está creciendo aceleradamente más de lo que estaba prevista.

Aclaremos que para este análisis se está tomando en cuenta a las personas adultas mayores a partir de los 60 años, porque en Bolivia según las leyes a favor de las personas adultas mayores se toma en cuenta esta edad o éste parámetro (Ley de la Renta Dignidad, Ley N° 1886, Ley del Seguro de Salud para Adultos Mayores). Por todo esto es importante que las personas adultas mayores deben tener mayor visibilidad en la sociedad, trabajar políticas públicas respetando las diversas formas de envejecer con una visión más positiva de la vejez y envejecimiento a partir del ciclo vital de la vida, que todos llegaremos a ser personas adultas mayores. (U. C. B. 2009:23)

En cuanto a los datos de nivel regional en la provincia Cercado se cuenta aproximadamente con 7000 mil adultos mayores de acuerdo a los datos del INE (censo 2012), quienes reciben apoyo integral en distintas comunidades, donde les brindan apoyo psicológico, legal y alimentación. Por lo que en el departamento se está buscando paulatinamente mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera Edad. (SEDEGES – Adulto Mayor).

En lo que concierne a investigaciones en el contexto local, es preciso mencionar el trabajo realizado por la Lic. Susana Schmiedl (2009) titulado “Calidad de vida del adulto mayor en el departamento de Tarija”, cuyos resultados obtenidos reflejan que los adultos mayores presentan dolencias que afectan la salud física, asimismo perturban el nivel de bienestar emocional, el nivel de integración y participación con su entorno, los modos de vida y hábitos de los adultos mayores.

Por lo argumentado en párrafos anteriores, se plantea la siguiente interrogante en los siguientes términos:

***¿QUÉ DIFERENCIAS EXISTEN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE TUPIZA?***

## 1.1. JUSTIFICACIÓN

Es a partir del planteamiento de los estudios sobre la calidad de vida, surge la inquietud de conocer y dar mejor atención a las necesidades de la personas, en este caso específico al adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento, constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención donde se garantice una calidad de vida digna.

Por lo tanto, el desarrollo de la presente investigación tiene particular importancia ya que permite tener un diagnóstico sobre la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Tupiza, y a partir de ello poder desarrollar políticas de intervención y prevención, con la finalidad de contribuir en su mejora y que ellos puedan enfrentar esta etapa de la mejor manera, además que la sociedad sea más receptiva y comprensiva frente a su situación, asimismo la familia extendida brinde un acompañamiento para que de esta forma, nose sientan solos y abandonados.

El aporte **teórico**, pretende brindar información a futuros investigadores para que profundicen acerca del tema planteado, ayudando a la población estudiantil, a la sociedad y a las instituciones geriátricas a ser más conscientes y receptivos ante la población de adultos mayores y la importancia de la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Se considera, que a nivel **práctico** la investigación sirve a profesionales para que se interesen en mejorar la calidad de vida, la salud física y mental, el sentido de pertenencia del adulto mayor, asimismo con la aplicación de los métodos, técnicas e instrumentos se detectan los aspectos que determinan la calidad de vida, referidos a la salud física, salud mental, interrelaciones con el entorno y la situación económica.

Los resultados permitirán a los especialistas y cuidadores comprender de mejor manera a nuestros ancianos quienes se encuentran tanto en sus hogares como en los centros geriátricos, proponiendo alternativas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Asimismo los resultados alcanzados servirán de base para futuras investigaciones, también como material de consulta para quienes están interesados en la temática. Además que, a partir de este tipo de planteamientos y el diagnóstico alcanzado sobre la calidad de vida surgen inquietudes para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona, en este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

## **I. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1 PROBLEMA CIENTÍFICO**

¿Qué diferencias existen entre la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Tupiza?

#### **2.1. OBJETIVOS**

##### **2.1.1. OBJETIVO GENERAL**

Realizar un estudio comparativo de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Tupiza.

##### **2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la salud física de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- Determinar la salud afectiva de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- Evaluar las interrelaciones con el entorno de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- Caracterizar la situación económica de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

## 1.1. HIPÓTESIS

- “Los adultos mayores institucionalizados presentan una salud física regular, frente a una salud física buena de los no institucionalizados”.
- *“Los adultos mayores institucionalizados presentan una salud afectiva regular reflejada en bajos estados de ánimo y emocionalidad inestable, frente a una salud afectiva buena de los adultos mayores no institucionalizados expresada en el buen estado de ánimo y estabilidad emocional”.*
- “Los adultos mayores institucionalizados se interrelacionan con el entorno de manera regular, frente a una interrelación muy buena de los no institucionalizados”.
- “Los adultos mayores institucionalizados presentan una situación económica regular, frente a una situación económica buena de los adultos mayores no institucionalizados”.

## 2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<p>Es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.</p>	<b>SALUD FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de salud.</li> <li>- Salud actual.</li> <li>- Limitación de esfuerzos moderados.</li> <li>- Limitación de llevar bolsa de compras.</li> <li>- Limitación de agacharse o subir gradas.</li> <li>- Dificultad en las actividades sociales habituales.</li> <li>- Limitación para bañarse por sí mismo.</li> <li>- Limitación para vestirse por sí mismo.</li> <li>- Dolor en el cuerpo.</li> <li>- Sufre de enfermedad.</li> <li>- Intensidad del dolor.</li> <li>- Asistencia a atención médica</li> <li>- Necesidad de medicamentos.</li> <li>- Seguro cubre medicamentos.</li> <li>- Calidad del seguro.</li> </ul>	<p>Buena Regular Mala</p>

		<p style="text-align: center;"><b>SALUD AFECTIVA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de nerviosismo.</li> <li>- Falta de ánimos y tristeza.</li> <li>- Reducción de tiempo a actividades cotidianas.</li> <li>- Sensación de vacío (soledad)</li> <li>- Cansancio o agotamiento.</li> <li>- Calma y tranquilidad.</li> <li>- Energía y vitalidad.</li> <li>- Sentimientos de felicidad.</li> <li>- Enfermo fácilmente que otros.</li> <li>- Empeoramiento de salud.</li> <li>- Salud excelente.</li> <li>- Pensar en su futuro.</li> <li>- Pensamientos en el pasado.</li> <li>- fracasos en la vida.</li> <li>- Satisfacción con la situación actual.</li> <li>- Se considera persona agradable.</li> <li>- Desearía ser más joven.</li> <li>- Cosas que cambiar de sí.</li> <li>- Toman en cuenta sus sentimientos.</li> <li>- Prestan atención a sus opiniones.</li> <li>- Mala opinión de sí mismo.</li> <li>- Vergüenza de sí mismo.</li> <li>- Se siente capaz para que otros dependan de Ud.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Buena Regular Mala</p>
--	--	--	--	---

			- Autocuidado.	
		<b>INTERRELACIÓN CON EL ENTORNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de las actividades sociales habituales.</li> <li>- Apoyo familiar.</li> <li>- Participación en actividades de la comunidad.</li> <li>- Discriminado por la comunidad.</li> <li>- Agrado por vivir en familia.</li> <li>- Demostración de afecto familiar.</li> <li>- Relaciones familiares conflictivos, tensos, etc.</li> <li>- Relaciones en la institución conflictiva, tensa, etc.</li> <li>- Afectado por familiares.</li> <li>- Agresión física familiar.</li> <li>- Abandono por familiares.</li> <li>- Frecuencia de visitas familiares.</li> <li>- Actividades que le gusta hacer (descansar, leer, etc.)</li> </ul>	<p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>Mala</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresos económicos.</li> <li>- Administración de recursos económicos.</li> <li>- Acceder a servicios de salud particular.</li> <li>- Permite contratar personal para</li> </ul>	

		<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	su atención. - Satisfacción de necesidades básicas. - Permite comprar medicamentos para su salud. - Sirve para compra de ropa, accesorios, etc. - Apoyo económico familiar. - Necesidad de tener dinero. - Seguridad económica.	Buena Regular Mala
--	--	--------------------------------	---	--------------------------

### **III. MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo se exponen las definiciones conceptuales que respaldan teóricamente al trabajo de investigación, los cuales son de gran importancia para el desarrollo del mismo. Estos son producto de la revisión de la literatura bibliográfica considerada relevantes para fundamentar teóricamente el trabajo de investigación.

Por consiguiente, en el presente acápite se abordan los siguientes contenidos teóricos: Calidad de vida, adulto mayor, salud física, salud afectiva, interrelaciones con el entorno y la situación económica.

#### **1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA**

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Campbely et al., 1976); sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

La calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una, que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

El concepto de calidad de vida, hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto

objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto et al., 1998).

“En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad”. (Schalock, 1996:45).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998: 551), definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos.

A continuación, veremos más detenidamente el estado de la investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos.

Desde la Psiquiatría y la Psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitutionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida relacionada

con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras. (Schalock, 1996:46)

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980:7) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”. Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Andrews y Withey (1974:30), por su parte, insisten en que no sólo se trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo.

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

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

Así, el concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida.

## **1.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi y Anderson, 1980).

Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida:

- a) La calidad de vida en general,
- b) La calidad de vida relacionada a la salud, y
- c) La calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

La calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran.

Las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos. Parece ser que una de las áreas más importantes de acuerdo con la literatura de investigación es la salud, ya que es el componente predominante y aglutinante de otros factores de la calidad de vida.

Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, en su mayoría ligados al estilo de vida propio de ciudades industrializadas, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para explicar claramente el desarrollo de estas nuevas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras), que en definitiva se vinculan con hábitos poco saludables que favorecen su aparición, volcando la atención a la necesidad de adaptación y realización de cambios en los estilos de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, dando gran importancia a la calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González- Celis, 2006).

### **1.3. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

El concepto de calidad de vida en el adulto mayor, eje central de esta investigación, no sólo se compone de aquellos aspectos objetivos, que tienen que ver con un ingreso adecuado para cubrir las necesidades básicas.

La etapa del adulto mayor comienza alrededor de los 60-65 años, y en ella se producen cambios físicos debido al desgaste propio de las células; cambios materiales por la pérdida

del poder adquisitivo con motivo de una disminución de ingresos; cambios emocionales producidos por la pérdida de seres queridos, la capacidad de adaptación a estos cambios requiere mucho de voluntad y la incorporación de ciertas prácticas cotidianas que tal vez en etapas anteriores de la vida pasaban a un segundo plano.

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona –en este caso específicamente del adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

Pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Se puede entender la vejez –etapa final del proceso de envejecimiento– como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.

Por su parte, Lazarus (2000) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental

y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

Así, González-Celis y Sánchez-Sosa (200: 143) mencionan que en la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez se le conoce como una vejez exitosa y se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

#### **1.4. ADULTO MAYOR**

Los años y el ser humano van adentrándose a la etapa final de la existencia, vemos como son golpeados no solo por los años y los estados físicos, sino por el ambiente sociocultural en el cual se mueven.

La vejez o los “años dorados”, “como es llamada esta etapa de la vida en nuestra sociedad, es altamente vulnerada por los cambios y las exigencias de nuestro entorno actual. Supongo que la llegada a la “edad dorada”, es el momento en el cual, el ser humano debe simplemente limitarse a abrir sus manos y recoger los frutos de lo cosechado a lo largo de su vida. La tercera edad hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, la cual empieza desde los 65 años aproximadamente.

En esta etapa de la vida, el cuerpo va sufriendo una serie de transformaciones tanto físicas como psicológicas, lo que va dando cuenta de la vejez. El anhelo de los adultos mayores, consiste en mantener una actividad profesional. Para ellos el trabajo, significa mantenerse activos y sentirse útiles dentro de la sociedad.

El comienzo de la tercera edad, no tiene un alcance general, ya que muchas veces ser viejo es una cuestión de salud y actitud. Hay personas de menos de 50 años que están enfermas o son pesimistas, y están en situación mucho peor que un saludable anciano de 80 años. Sin

embargo, a efectos de realizar una aproximación en vistas a lo que ocurre comúnmente podemos decir que se acepta “que la tercera edad comienza alrededor de los 65 años. Las sociedades con mayor nivel sociocultural son las que poseen mayor cantidad de habitantes que superan esta edad, y su calidad de vida va creciendo junto a los avances médicos y tecnológicos”. ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com))

La tercera edad va acompañada del retiro de la actividad laboral, pasando a integrar la denominada clase pasiva, y de la llegada de los nietos. Muchos de ellos quedan viviendo solos o son internados en geriátricos, lo que afecta mucho su estado anímico, que a su vez repercute en lo físico. Cuando los ancianos se ven obligados a dejar de trabajar son propensos a caer en diversos estados depresivos, que los llevan incluso a desencadenar enfermedades físicas en los adultos mayores son la osteoporosis sobre todo en las mujeres, la hipertensión arterial, los problemas cardiovasculares, el Alzheimer, la artrosis.

Las personas mayores, como cualquier otro grupo de la sociedad, tienen necesidades especiales, pero también habilidades especiales y una experiencia única. Los diseñadores de políticas deben reconocer tanto que las personas mayores son vulnerables como que representan un recurso valioso.

El precio de desatender a las personas mayores e ignorar los desafíos de las poblaciones que están envejeciendo es que la pobreza está aumentando, no solamente para aquellos que ya son mayores sino también para las generaciones más jóvenes. La pobreza de las personas mayores pobres en un mundo que está envejeciendo afecta el centro mismo de los compromisos globales para erradicar la pobreza extrema y socava los esfuerzos para alcanzar un desarrollo económico y social sostenido.

### **1.5. ASPECTOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida conlleva a tener en cuenta diferentes aspectos que son importantes al momento de determinar la calidad de vida de los adultos mayores, más aún cuando el concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar

y felicidad, en donde las condiciones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida.

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

### **1.5.1. SALUD FÍSICA**

La salud física es la capacidad que tiene el cuerpo humano para satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Dicha forma física es un estado del cuerpo que al mismo tiempo se vincula con los estados mentales, ambos combinados ayudan a desarrollar una vida dinámica, positiva e incluye también lo que se conoce como buena salud, se dice que se goza de una buena forma física cuando la persona cuenta con fuerza muscular, vigor, energía y buen funcionamiento de los pulmones y del corazón.

Estos son signos evidentes de que cualquier individuo está en perfectas condiciones de salud, este estado se calcula con relación a expectativas funcionales, para hacerlo, lo normal es llevar a cabo exámenes periódicos que midan factores como la fuerza, resistencia, coordinación, agilidad y flexibilidad. (Schmiedl S., 2009: 31).

La calidad de vida relacionada a la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, el ambiente hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y su calidad de vida. Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida

relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población (González-Celis, 2009).

Para Patrick y Erickson (1993), la calidad de vida asociada a la salud ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

En este sentido, las personas con alguna enfermedad requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Su evaluación debe llevarse a cabo en sus dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo; estas mediciones pueden usarse para planear programas

de tratamiento a corto, mediano y largo plazo, y para evaluar a diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos (López-Carmona y Rodríguez-Moctezuma, 2006: 200).

#### **1.5.1.1. ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LOS ADULTOS MAYORES**

Una imagen global, a partir de la información disponible, sobre la situación de salud del adulto mayor, será inevitablemente incompleta considerando sólo los datos de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte. Se requiere, además, analizar los datos de morbilidad que proviene de la consulta médica en unidades de primer nivel y la morbilidad que generó atención hospitalaria. La primera expresa la demanda de consulta, por la patología que el médico o el paciente consideraron como el principal motivo de consulta; y la morbilidad hospitalaria expresa la enfermedad que, por su gravedad, llevó al paciente a una institución de segundo o tercer nivel.

El envejecimiento es un proceso, que arbitrariamente, puede decirse que inicia al terminar el periodo de crecimiento, pero que varía de un individuo a otro, y aun entre los diferentes tejidos del organismo. De la misma manera, los datos presentados, que incorporan los promedios nacionales, no reflejan las diferencias existentes entre las entidades federativas, ni al interior de las mismas, ni las diferencias por clases sociales o por sexo. Debe recordarse, entonces, que no se trata de una población homogénea. (García, J., 2008: 240).

El deterioro que va ocurriendo asociado al proceso de envejecimiento ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí mismo corresponde a una patología. No obstante, algunos cambios propios de esa etapa, como el déficit visual, habría que señalar otros, como déficit auditivo, motor, etc. requieren de una atención médica específica. En este sentido cabe insistir en la necesidad, por una parte, de distinguir estos cambios, de entidades patológicas particulares y de su cortejo de síntomas acompañantes, y por otra, de realizar una evaluación integral de las funciones que le permitan al individuo llevar a cabo una vida independiente.

En lo que respecta a las principales enfermedades características de esta etapa, según la Secretaría de Salud – Estados Unidos Mexicanos (2008), se puede mencionar los siguientes: (García J., y otros, 2008: 241).

- Infecciones respiratorias agudas
- Infección de vías urinarias
- Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas
- Úlceras, gastritis y duodenitis
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus no insulino dependiente
- Gingivitis y enfermedades periodontales
- Amebiasis intestinal
- Neumonías y bronconeumonías
- Conjuntivitis
- Otitis media aguda
- Enfermedades isquémicas del corazón
- Asma y estado asmático
- Enfermedades cerebrovasculares
- Paratifoidea y otras salmonelosis
- Candidiasis urogenital

#### **1.5.1.2. DIMENSIONES DE LA SALUD**

La salud puede ser entendida como un fenómeno global o bien como uno parcial con múltiples dimensiones (Steffic, 2000). Por ejemplo, es posible evaluar la salud general de las personas y clasificarlas como más o menos saludables.

Sin embargo, también es posible distinguir múltiples dimensiones de la salud. Por un lado, existe una dimensión subjetiva, que consiste en cómo las personas perciben su propio nivel de salud. También hay una funcional, que tiene que ver con la capacidad que poseen los individuos para desenvolverse de forma autónoma y realizar las actividades prácticas de la vida diaria que les permiten mantenerse socialmente integrados (por ejemplo, salir de la

cama, caminar y subir escaleras). En tercer lugar, podemos referirnos al ámbito objetivo que dice relación con la presencia o ausencia de síntomas y enfermedades. Por último, la salud también tiene que ver, en su nivel más básico, con el hecho de estar vivo o muerto.

### **1.5.1.3. LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS DE LA SALUD**

La pregunta acerca de quién posee la responsabilidad sobre la salud de los adultos mayores no apunta a los responsables o causas más inmediatas de enfermedad, sino a las “causas de las causas.”(Rose 1992). Por ejemplo, desde los años 60 se sabe que el colesterol alto puede ser la causa inmediata de un infarto (NIH 2008). Sin embargo, el colesterol alto puede ser ocasionado por la obesidad, el sedentarismo, una alimentación excesiva y diversos factores asociados al estilo de vida de una persona, entre otros. Los estilos de vida, a su vez, están relacionados a múltiples determinantes sociales, tales como el nivel de ingresos, nivel educacional, ocupación y ambiente laboral. (Berkman y Kawachi 2000).

A continuación se resume algunos de los puntos más relevantes presentes en la literatura sobre las “causas de las causas” de la salud o enfermedad de los adultos mayores. Estos son: estilos de vida, características del empleo y factores estructurales.

- **Estilo de vida.** Numerosos estudios sugieren que el estilo de vida tiene un efecto considerable en la salud. (Hendricks y Rusell Hatch 2006). Por ejemplo, un seguimiento a 2.333 personas entre los años 1988 y 2000, en Europa, demostró que seguir una dieta sana mediterránea, realizar actividad física, no fumar y una ingesta moderada de alcohol son factores que disminuyen la mortalidad total, incluyendo la causada por motivos cardiovasculares y el cáncer, independiente del sexo, edad, nivel educacional y otras variables. En esta investigación, los factores de estilo de vida dan cuenta de un 60% del riesgo de mortalidad atribuible a la población. Sin embargo, las personas son solo en cierta medida los responsables de su propio estilo de vida. Por ejemplo, un individuo puede decidir hacer ejercicio o no, pero esta decisión, probablemente, está influenciada por la cercanía y acceso a un parque o un gimnasio. En otras palabras, el estilo de vida de cada persona refleja sus

acciones y decisiones dentro de un marco de posibilidades limitadas por las oportunidades del entorno.

- **Características del empleo.** Si bien un estilo de vida saludable puede hacer una gran diferencia entre dos personas expuestas al mismo nivel de riesgo, la salud de un individuo también se ve afectada por factores que están lejos de su control directo, entre los que cabe destacar las características de su empleo. Dado que muchas personas entran a la tercera edad habiendo trabajado por más de 30 o 40 años, un ambiente laboral saludable puede tener un impacto muy beneficioso. La evidencia acumulada sugiere que los principales factores que en esta materia se asocian a una mala salud son una ocupación muy demandante, poca autonomía y control sobre el trabajo, y un entorno físico adverso. (Anu et al, 2006:125).

Por otra parte, un empleo saludable no solamente es importante para envejecer de modo sano, sino también para posibilitar la continua participación laboral de los adultos mayores. Dado el contexto de envejecimiento poblacional y escasez de trabajadores jóvenes, numerosas empresas a nivel internacional han adoptado medidas para promover un ambiente laboral saludable, con el objetivo de facilitar el empleo de trabajadores de edades avanzadas. (Fundación Europea 1997).

- **Factores estructurales.** Junto con las características del empleo, existen otros factores que escapan al control directo de las personas y que impactan su salud. Estos factores han sido llamados “estructurales” porque reflejan una forma de organización relativamente estable de la sociedad. Numerosos estudios muestran que, por ejemplo, los niveles de salud disminuyen con la edad, con el nivel socioeconómico y con la inequidad social. Yendo todavía un paso más atrás en el tiempo, también es importante considerar que existen grupos de ancianos que partieron su vida en una situación desaventajada y acumularon desventajas desigualmente durante el curso de su vida. Particular atención requieren dos grupos, aquellos que crecieron en un hogar vulnerable y las mujeres, quienes enfrentaron distintas formas de discriminación por género.

De acuerdo a numerosos estudios, la relación entre factores estructurales (como los mencionados en el párrafo anterior) y la salud persiste en el tiempo y se mantiene significativa aun cuando uno controla por los estilos de vida de las personas. (Lantz et al. 1998). Esto quiere decir que el efecto que tienen los factores estructurales en la salud existe más allá del tipo de vida que elijan las personas. Pese a ello, la literatura previa también señala que queda mucho por comprender acerca de las interacciones y relaciones de causalidad entre factores estructurales, estilos de vida y características del empleo. (Calvo y Martorell, 2008: 3-5).

### **3.5.2. SALUD AFECTIVA**

Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación, por cuanto requieren esfuerzos muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos, la mayor frecuencia con que enferman y la dependencia física por la incapacidad y la carga en los sistemas de salud.

Los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida llevados por largos años hacen que la magnitud de estos trastornos sea mayor a medida que aumenta la edad; las enfermedades crónicas que se encuentran proporcionalmente más ligadas al grupo de los adultos mayores son las cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, reumáticas, cáncer, osteoporosis, Parkinson, demencias, diabetes, depresión que conllevan a otro fenómeno característico de estas poblaciones como es la comorbilidad.

La tasa de envejecimiento de la población ha venido en aumento y la esperanza de vida continúa en ascenso, siendo las mujeres las que presentan un constante crecimiento casi lineal.

#### **3.5.2.1. LA AFECTIVIDAD**

Es una tendencia o inclinación sentimental, que va referida a la capacidad psicológica de los hombres para sentir afecto. El contacto del sujeto con el mundo circundante y con su propia realidad interior no es un contacto indiferente, por el contrario le afecta, ya sea como

agradable o desagradable, como doloroso o como apasionante, como algo que le produce éxito o fracaso.

Lo afectivo constituye la coloración afectiva que acompaña a toda nuestra vida psíquica, es ésa atmósfera que crea en nosotros determinados estados de ánimo de riqueza inagotable que brota de lo más profundo del yo y lo penetra todo, girando alrededor de dos polos (placer-dolor, agrado y desagrado).

En resumen, entendemos por fenómenos afectivos, los fenómenos que dependen de la facultad que tiene nuestra alma de gozar y sufrir, de emocionarse, de desear, etc. Podemos decir que son las maneras o tonalidades agradables o desagradables, placenteras o dolorosas, con que los fenómenos psíquicos modifican o impresionan al sujeto. Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadena las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse.

### **3.5.2.2. EMOCIÓN**

Es un estado afectivo, una alteración del ánimo intensa o pasajera agradable o penosa, acompañada de cambios orgánicos, es causada por una conmoción provocada por las impresiones de los sentidos, ideas, recuerdos causando alegría, tristeza, miedo, amor y diferentes sentimientos.

La complejidad con que podemos expresar nuestras emociones nos hace pensar que la emoción, es un proceso multifactorial o multidimensional, uno siempre tiene la impresión de que le faltan palabras para describir con precisión sus emociones. En el lenguaje cotidiano, expresamos nuestras emociones dentro de una escala positivo-negativo y en magnitudes variables, como me siento bien, muy bien, etc., (intensidades o grados del polo positivo), o me siento mal, muy mal, etc., (intensidades o grados del polo negativo). Por ello podemos decir que las emociones son fenómenos psicofisiológicos continuos, que nos permiten adaptarnos a ciertos cambios de nuestro entorno. Psicológicamente alteran la

atención, condicionan nuestras conductas e incluso activan nuestra memoria. (Gómez, 1991: 31).

### **3.5.2.3. SENTIMIENTOS**

Se definen como un proceso afectivo o estado de ánimo de agrado o desagrado hacia personas, objetos, sucesos, opiniones, que surge como resultado de una emoción y puede tener una tonalidad positiva o negativa. Sabemos que el sentimiento es un aspecto subjetivo de la vida psíquica constituida de conocimientos y tendencias que produce una impresión agradable o desagradable. Por ello las emociones y sentimientos tienen importancia en la vida afectiva, para valorar y juzgar los diferentes sentimientos, cuáles son y cómo influyen en nuestra conducta.

El sentimiento como otras condiciones humanas, está sujeto a la influencia del ambiente y a la interacción que establezca con los estímulos, en relación a algún estímulo, podrá reforzarse, extinguirse, condicionarse o no, en todo caso está sujeto a leyes del aprendizaje. La manifestación afectiva es vital para un desarrollo psicosocial normal del sujeto, al mismo tiempo, un signo armónico de bienestar emocional y social de la persona.

Por ello, se cree que cualquier modelo educativo que lo soslaye será siempre un modelo segregador. En la consecución del bienestar emocional entendemos que el vínculo afectivo, es una necesidad primaria significativa que establece el nexo entre el individuo y su grupo social de referencia y sólo se puede satisfacer en sociedad. De este modo alcanzar un desarrollo afectivo pleno, nos introduce en el plano relacional del clima afectivo, entendiendo que éste es la base a partir de la cual se forman las relaciones interhumanas y los lazos que unen al individuo con su medio social. (Gutiérrez, 2004).

La conceptualización **afectivo-emocional**, debe unificar ambas perspectivas, interna y externa, lo que implica partir de una consideración del ser humano sometido a proceso de asimilación-acomodación y adaptación, que garanticen un equilibrio óptimo entre los componentes individual y social. El significado de estas correlaciones demuestra que los

estados afectivos regulan la vida del hombre y sus acciones en el mundo circundante, hasta tal punto, que la vida humana se convierte en un coexistir con otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias.

El sentimiento de soledad, cuya aparición se debe a un cúmulo de circunstancias dispares y cuya incidencia puede adoptar un carácter episódico o estructural, dependiendo de los casos, en la vida de las personas mayores. Muestra de la compleja que lleva implícita este sentimiento es que no en todos los casos tiene por qué ir asociado con los problemas cotidianos y los acontecimientos trágicos de la vida.

También cabe interpretar la soledad como un estado positivo para los individuos, como una oportunidad para profundizar en el conocimiento interior que permite el enriquecimiento personal.

La soledad de los mayores es una de esas situaciones de vulnerabilidad, marginación y posible exclusión, que viven un numeroso grupo de personas que difícilmente elevarán el grito y exigirán la satisfacción de sus necesidades debido a la fragilidad en que se encuentran. Los mayores que se sienten solos no provocan una crisis social significativa como podrían provocarla otros grupos porque no tienen ni siquiera las suficientes fuerzas como para exigir sus derechos.

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas.

Sin duda, la primera causa es el hecho de la retirada del ámbito laboral, del que uno se nutre manteniendo numerosas relaciones sociales. El fin de la vida laboral que constituye también el origen de las principales relaciones sociales, supone un sentimiento de desvalorización y de dependencia. La experiencia de autonomía e interdependencia vivida con relación al trabajo y a sus frutos da paso a una experiencia de dependencia que no es un estado desvalorizado, sino una función que varía a lo largo de nuestra vida y da lugar a reajustes en la vida de cada individuo.

Quien se siente solo suele tener la sensación de ser el único en todo el universo, que por su ajenidad, le desborda y le angustia. A que los mayores sufran soledad contribuyen también una serie de prejuicios sobre la vejez; como la relación entre ser anciano y ser niño, no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente.

También la soledad constituye un posible prejuicio: ‘todos los ancianos se sienten solos y están aislados. Sin embargo, si es cierto que el anciano suele ser más lento en los procesos de adaptación, también es cierto que la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, el saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia.

La experiencia de soledad en los mayores puede vivirse también en el internamiento de residencias, donde se está realmente acompañado y cuidado. Porque la soledad se refiere también a una persona que vive en medio de otras muchas, pero que carece de la suficiente importancia para ella, siéndoles indiferente que exista o no exista. En las residencias la experiencia de soledad depende, en gran medida, del tipo de asistencia prestada, de la relevancia que se da a la dimensión social, emocional y espiritual de la persona y de los recursos que se arbitran para responder a las necesidades en estas áreas de la vida”. (Iglesias J. 2001: 73).

### **3.5.2.3.1. SENTIMIENTOS HACIA LA MUERTE**

El hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de la muerte y, por tanto, la teme. Se nace sin conciencia de que algún día se debe morir, pero pronto se advierte de manera creciente de que la vida tiene un ciclo: nacer, crecer, declinar y morir.

Si se ha llevado una vida de provecho, si se han dejado huellas decorosas en el mundo, si se ha vivido digna y eficazmente, si a la hora de hacer el balance pesan más los créditos que los débitos, si se experimenta la satisfacción de haber vivido plenamente, habiéndose realizado en forma adecuada y ayuda a los semejantes, si la conducta estuvo razonablemente regida pero elevados valores éticos, entonces la muerte no será la experiencia difícil y angustiada que es para aquellos que no han sabido dar un significado noble a su vida.

A pesar de que hay grandes diferencias individuales en lo que se refiere al encaramiento con la muerte, desde el individuo que la afronta con serenidad hasta aquel que experimenta una tremenda angustia, casi todos los seres humanos temen a la terminación de su existencia. Desde muy temprano en la vida se debe tener conciencia de que algún día se ha de morir. Al hombre le angustia saber que eventualmente va a desaparecer del escenario de la vida y que ésta seguirá su marcha sin su presencia.

Saber que no sólo se dejará vacío el espacio físico que diariamente ocupa el cuerpo, sino también el espacio psicológico que llena la conducta, saber que después de la muerte se irá lentamente muriendo en el recuerdo de la gente, en la memoria de los familiares y de la sociedad, ese ir desapareciendo gradualmente en todos los particulares, he aquí uno de los orígenes de la angustia y el terror de la muerte.

Como regla general, el miedo a la muerte es menos agudo entre los viejos que entre los adultos de edad media. Sin embargo, el anciano piensa más en la muerte que el individuo de edad mediana, dado que aquél está más próximo a ella. Aunque con el avance de los años el individuo va resignándose al hecho de que cada día se acerca más a la tumba, por la misma razón el tema de la muerte está más presente en el pensamiento del anciano como algo que se espera, como algo inminente.

La "actitudes frente a la muerte en personas de la tercera edad", pretende dar cuenta, la actitud que tienen las personas de la tercera edad frente a la muerte, dado que se asume "que a esa edad hay más cercanía a la muerte". En muchos casos cuando muere un anciano se escuchan expresiones como: "ya era hora", "había vivido muchos años", " se fue a descansar", (Gutiérrez R. 2006: 239).

#### **3.5.2.4. SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR**

Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación, por cuanto requieren esfuerzos muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos, la mayor frecuencia con que enferman y la dependencia física por la incapacidad y la carga en los sistemas de salud.

Los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida llevados por largos años hacen que la magnitud de estos trastornos sea mayor a medida que aumenta la edad; las enfermedades crónicas que se encuentran proporcionalmente más ligadas al grupo de los adultos mayores son las cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, reumáticas, cáncer, osteoporosis, Parkinson, demencias, diabetes, depresión que conllevan a otro fenómeno característico de estas poblaciones como es la comorbilidad.

La tasa de envejecimiento de la población ha venido en aumento y la esperanza de vida continúa en ascenso, siendo las mujeres las que presentan un constante crecimiento casi lineal.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias. (Cardona D., 2003: 91).

### **3.5.3. INTERRELACIÓN CON EL ENTORNO**

La tercera edad no supone un pare en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol.

El equilibrio afectivo en esta etapa pasa por la aceptación de uno mismo, de los fracasos y de los logros conseguidos. Es el momento de seguir planteándose nuevas metas y nuevos intereses. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece.

Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. La tercera edad así planteada, puede percibirse como una pérdida, y esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo.

#### **3.5.3.1. PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES**

Se entiende por participación como la característica intrínseca e innata de los humanos asociada a su instinto gregario, el ser un ser social por naturaleza.

Kliksberg (1998:26) plantea: “En la naturaleza de los hombres se encuentra involucrada la exigencia de que en el desenvolvimiento de su actividad productora, tengan la posibilidad de empeñar la propia responsabilidad y perfeccionar el propio ser”.

Participar se emplaza sobre una acción natural y básica: el hecho de relacionarse e integrarse con otros. “Se entiende por participación la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad...”. (Gyarmati, C., 1992:9).

Según Díaz L., (2006: 158), “La participación es una necesidad vital indispensable para la autorrealización personal de las personas mayores ya que la participación en actividades sociales e interacciones significativas permite el desarrollo de las potencialidades y recursos que poseen”. (Canals, B., 2012: 14).

A partir de ello, se puede entender que la participación es un proceso de interacción personal, a partir del cual se toma parte activa, y comprometida en una actividad conjunta, como producto de ello se logra una satisfacción que experimentan las personas en las diferentes actividades sociales que realizan en el medio familiar, laboral, en la comunidad e institución.

En el caso de los adultos mayores, las relaciones sociales sufren una serie de cambios, que se ven caracterizados por una disminución de las actividades sociales sumado a un deterioro de la capacidad comunicativa, la participación mejora su autoestima.

Las organizaciones de mayores permiten pertenecer a un grupo que les entrega identidad y status social, lo que les permite ser reconocidos y al mismo tiempo exigir en cuanto a las necesidades y problemáticas que afectan a dicha población, acceso a bienes y servicios.

### **3.5.3.1.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Las personas mayores participan en una variedad de redes informales de composiciones diversas (familiares, vecinales, comunitarias) en las que realizan intercambios.

La estructura y el contenido de las redes varían según los distintos contextos, pero en general se observa que los hombres tienden a ocupar posiciones de dirigentes y proporcionar dinero, mientras que las mujeres son en mayor proporción “socias” e intercambian servicios y ayudas.

En muchos países de la región se registra la participación de las personas mayores en actividades de voluntariado. La disponibilidad de tiempo libre tras el cese laboral o la independencia de los hijos favorecen el desarrollo de este tipo de tareas de productividad social.

Los lugares donde se realizan actividades voluntarias son principalmente:

- Iglesias y templos; les siguen otros espacios como
- Los centros de adultos mayores,
- Servicios de bienestar social.
- Una proporción menor realiza voluntariado en universidades, colegios u hospitales.

(Canals, B., 2012: 19).

#### **3.5.3.1.2. DINÁMICA FAMILIAR**

La familia es la sede de transferencias intergeneracionales de recursos materiales, de cuidados, afectivos de suma importancia en la vida cotidiana de las personas mayores.

Las ayudas prestadas por las personas mayores en las redes de parentesco varían según el nivel socioeconómico; sin embargo, el cuidado de los niños es una práctica generalizada. Contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes y costumbres.

La familia ocupa un espacio central en la prevención de la soledad, pero, en sentido contrario, también puede llegar a ser la principal culpable de su padecimiento.

El carácter favorable u hostil de las relaciones familiares, y dentro de las mismas muy especialmente aquellas que se mantienen con los hijos, resulta determinante en la prevención o bien en la aparición de la soledad en la vejez. La situación de desamparo en la que viven muchos ancianos. La familia es una institución social en el sentido que

constituye una auténtica estructura cultural de normas y valores, organizados de forma fija por la sociedad, para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas: procreación, sexo, aceptación, intimidad o seguridad afectiva, educación de los recién nacidos e incluso, producción y consumo básico de bienes económicos.

El objeto de la sociología de la familia se refiere normalmente a la familia conyugal, es decir, aquella en la que al menos dos adultos de sexo opuesto viven juntos bajo una estructura comunitaria, en cuyas relaciones socialmente institucionalizadas se insertan los hijos que descienden de ellos u otras personas a las que les unen vínculos de parentesco que puede ser biológico o legal, (Alberdi I.1995: 63)

La familia, como toda institución, es resultado de deseos humanos de iniciativas sociales multiseculares, de esfuerzos colectivos encaminados a resolver los grandes problemas de convivencia, estabilidad y progreso. Pero también la familia, como institución social, es un sistema de fuerzas y de valores no siempre en armonía con otras instituciones, nacidas en el seno mismo de la sociedad. La exaltación sociológica de la familia puede que no sea del agrado de quienes particularmente están sufriendo problemas personales en su hogar, desadaptación a la vida doméstica o fracaso matrimonial, por lo que tengan que rechazar las ideas teóricas de la familia feliz y explicarse por qué toda sociedad humana ha necesitado crear su propia institución familiar. (Domínguez C. 1996: 73)

Las familias sin importar el tipo de familia dentro de una clasificación independientemente si se cataloga psicopatológicamente van a presentarse interacciones de diferentes tipos; si trabajamos bajo el supuesto vectorial se puede pensar o bien se puede indicar que un vector irá dirigido hacia algún espacio, lugar del psiquismo de las personas que viven bajo un mismo techo. Fíjese bien que no se está diciendo de quienes integran o forman una familia pues muchas veces las condiciones de funcionamiento de este pequeño grupo social no son las adecuadas.

Dentro de la familia, sus miembros expresan similitudes y diferencias en su manera de interactuar. Los rasgos del carácter y los talentos de cada individuo completan o

complementan los rasgos y talentos de los otros familiares, o bien se convierte en la fuente de frustración de las necesidades y de los deseos de los demás, y por lo tanto producen conflicto y fragmentación en la familia, (E. Erikson, 2006)

Según la Psicología, la familia se define de esta manera “Psicología de la familia”, empezamos con la definición de familia, este subtema no se encuentra en el texto básico por ello se lo va a desarrollar en este guía didáctica. Es muy importante conocer algunas definiciones sobre la familia en general para introducirnos en el mundo de la psicología.

“La familia es el grupo donde se nace y donde se asumen las necesidades fundamentales del niño. Es un grupo en el cual los miembros se cohesionan, se quieren, se vinculan y así se ayudan recíprocamente a crecer vitalmente, a vivir como personas en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva y relacional, etc.” (Ríos J. A 1994:12).

En síntesis, se puede expresar que la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.

### **3.5.3.1.3. ROLES SOCIALES**

No quiere o no poder ejercer las actividades sociales que antes se realizaban, significa pérdida de las funciones por lo que se ve limitado el radio de acción y el espacio vital de individuo que pueden contribuir de inutilidad e infirmitad que se sienten las personas de tercera edad, ya muchas veces la sociedad misma lo desactiva de sus roles que cumplían. De esta manera, la sociedad puede ser vista como un conjunto de roles sociales que los individuos desempeñan en una forma que les orienta en su comportamiento y les permite

prever el comportamiento que los otros tendrán de acuerdo al rol que desempeñan en cada momento concreto.

Los roles están caracterizados básicamente por cinco rasgos: en primer lugar son modos de comportamiento estandarizados y socialmente establecidos que son transmitidos de generación en generación. En segundo lugar, los roles enmarcan una serie de normas.

En tercer lugar, todo rol forma parte de un círculo o estructura social, que supone un conjunto de relaciones de interacción concretas, en cuarto lugar, los roles sociales definen campos de acción legítima dentro de las competencias propias del rol. En quinto lugar, los roles forman parte del sistema de autoridad más amplio, e implican el cumplimiento de determinados deberes y obligaciones para uno mismo y para los demás.

El desempeño de los diferentes roles implica posiciones sociales diferentes. Lo que supone que cada rol lleva aparejado un status específico. Algunos sociólogos consideran que en realidad los conceptos de status y de rol son dos caras de la misma moneda.

El hecho de que todo individuo tenga que desempeñar simultáneamente varios roles conlleva, en sí mismo, un cierto germen potencial de conflictividad y de tensión entre los requisitos y características de los diferentes roles. Sobre todo, los conflictos de roles se producen en el desempeño de papeles que entran en colisión entre sí. (Meléndez J.C. 1997: 28).

#### **3.5.4. SITUACIÓN ECONÓMICA**

Disponer de bienes, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica se define, precisamente, como la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. (Guzmán, 2002)

Esta permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades objetivas, lo que agrega calidad a los años y brinda independencia para la adopción de decisiones. Además, mejora

su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

La seguridad económica es lo opuesto a pobreza, permite generar condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad. Esto constituye una legítima aspiración, tanto en el caso de una persona que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social como en el de otra que, porque su trayectoria laboral no lo permitió o por otras razones, no hizo aportes a esta. El envejecimiento digno corresponde al ejercicio de derechos a la seguridad social, trabajo y protección familiar de los que todo ciudadano y ciudadana debiera gozar en la última etapa de su vida.

La posición económica se evalúa a partir de los ingresos o de los bienes de los individuos mayores en relación con otros grupos de edad o la población total. También es importante estudiar las diferencias dentro de la misma generación, básicamente porque en la vejez son más evidentes las desventajas que se acumulan a lo largo de toda una vida.

La posición económica de las personas mayores en un momento determinado depende de una compleja combinación de factores interrelacionados y que se presentan esquemáticamente en el gráfico. Cabe destacar que el género es una variable estratificada de importancia, que influye de manera ambigua en la posición económica de las personas cuando llegan a edades avanzadas.

### **3.5.3.1.3. APOYO DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD**

La familia sigue representando una importante fuente de apoyo para las personas mayores. Dicho apoyo incluye asistencia económica, recursos en especies y atención de las personas mayores enfermas o con discapacidad.

Según (Zerda, 2000), una modalidad común de solidaridad intergeneracional es la cohabitación, dado que en ella intervienen factores de índole cultural, resulta difícil determinar hasta qué punto se trata de una opción económica. Las relaciones económicas entre las personas mayores y sus familias son sumamente complejas, involucrando transferencias financieras y trabajo así como transferencias en especies (por ejemplo,

atención y cuidados). De acuerdo a un estudio de CEPAL, las personas mayores son contribuyentes netas a sus familias en la mayoría de los países, pero la pobreza familiar limita el apoyo ofrecido a los miembros mayores.

La tendencia a la cohabitación disminuye entre las personas de edad con mayores recursos económicos. Sin embargo, el reciente descenso en la economía en todas partes del mundo, está produciendo un efecto bumerang, que consiste en que los hijos adultos estrujados por el aumento del desempleo y el alza del costo de vida, están regresando con sus propios hijos a vivir al hogar de los padres y madres.

Las personas mayores que proporcionan la red de seguridad para estas generaciones pueden valorar la compañía de la familia, pero en ocasiones se sienten demás y terminan viviendo con algún pariente o en un lugar de ancianos. (Machado L., 2001).

#### **3.5.3.1.4. PENSIONES, SALARIOS Y GENERACIÓN DE INGRESOS**

Como en todas las regiones, las personas mayores dependen de una combinación de fuentes de ingreso: Transferencia de protección social, incluyendo pensiones, seguro de salud y beneficios por incapacidad, empleo, ya sea formal e informal y transferencias familiares en forma de apoyo económico, material y emocional, en las que la cohabitación constituye una de las modalidades más importantes de una transferencia interfamiliar. (Guzmán J., 2001). Sin embargo, todas esas fuentes soportan actualmente severas pensiones, especialmente en las zonas rurales. La oferta de pensiones es inadecuada y la cobertura baja.

El estudio de la CEPAL demuestra que son precisamente los países que están experimentando un rápido incremento de su población de la tercera edad los que carecen de cobertura social formal para alrededor del 60 – 80 por ciento de los potenciales beneficiarios.

Algunos países sí cuentan con redes de seguridad social limitadas que ofrecen subsidios económicos mínimos para personas mayores no pensionadas.

El acceso a y el financiamiento para dichos programas suele ser problemático, restringiendo su cobertura. En Bolivia por ejemplo, existe un programa que concede un pago anual a todas las personas mayores; sin embargo, éste se reduce a unos 16 centavos de dólar diarios. Un fondo de seguro médico ofrece atención de salud gratuita para todas las personas mayores, pero se encuentra desfinanciado y su implementación es deficiente. Para éstos y otros beneficios del Estado, la persona mayor debe presentar documentos de identidad que fueron registrados. (Allen S., et al, 2002:64).