

En las últimas décadas se ha incrementado la proporción de adultos mayores en la población de varios países latinoamericanos. En México, por ejemplo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de los cuales 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor. En tal sentido, es indispensable aprovechar el tiempo presente para optimizar los recursos sociales que pueden ser favorables al bienestar de dicha población y establecer estrategias tendientes a dar solución a los problemas actualmente observados y que pueden llegar a ser, en el futuro, severos obstáculos para una verdadera integración y participación social de los adultos mayores.

Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia registra los resultados de diversos estudios realizados por un grupo de investigadores de diferentes universidades en América Latina, concentrados en la vertiente de la calidad de vida, que muestran las diferencias y semejanzas que es posible deducir de los distintos contextos socioculturales. En su conjunto, los datos ofrecen facetas válidas para su discusión.

La intención del presente libro es propiciar un diálogo sobre el conjunto de rasgos inherentes a la trayectoria humana individual y que confluyen con su propia historia social. Esto es, se trata de hacer observables ciertos factores que permiten entender la naturaleza de la posición del adulto mayor o de la tercera edad en la sociedad contemporánea.



Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor
Experiencias de México, Chile y Colombia

Flores Villavicencio, Vega López
y González Pérez (coords.)

Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor

Experiencias de México, Chile y Colombia



María Elena Flores Villavicencio
María Guadalupe Vega López
Guillermo Julián González Pérez
Coordinadores



Universidad de Guadalajara

Condiciones sociales
y calidad de vida en el adulto mayor:
experiencias de México, Chile y Colombia

Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ
(Coordinadores)



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Primera edición, 2011

© D.R. 2011, Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Sierra Mojada 950, Puerta 7, Edificio A, Colonia Independencia
Guadalajara, Jalisco

ISBN 978-607-450-431-6

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Introducción	11
I. ¿Vivir más o vivir mejor? Marginación y condición de seguridad social en el adulto mayor en México	13
La sociedad mexicana, 1930-1949	14
Educación.	20
Crecimiento de la población y urbanización	25
Marginación y derecho a la seguridad social en el adulto mayor	26
El ingreso. Componente del grado de marginación	28
Marginación y seguridad social	30
Consideraciones finales	34
Referencias bibliográficas	35
II. Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México	37
Introducción	37
Aspectos metodológicos	38
México y el envejecimiento poblacional	39
Mortalidad del adulto mayor en México.	46
Consideraciones finales	59
Referencias bibliográficas	61
III. El urbanismo en Guadalajara a partir del siglo XIX	63
Los signos de la modernidad desde finales del siglo XIX	68
Referencias bibliográficas	71
IV. Desarrollo habitacional en el siglo XXI: vivienda saludable	73
Referencias bibliográficas	83

V. Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor	87
Referencias bibliográficas	96
VI. Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco	99
Introducción	99
Metodología	104
Resultados	106
Evaluación de las condiciones de la vivienda	107
Evaluación de la calidad de vida	108
Relación de la calidad de vida y la salud con la vivienda del adulto mayor	111
Conclusión y discusión	114
Referencias bibliográficas	116
VII. Calidad de vida en adultos mayores pobres de un programa de vivienda social: Región Metropolitana, Chile	119
Introducción	119
Antecedentes sociodemográficos	120
Vivienda, pobreza y salud	122
Metodología	123
Resultados	125
El ámbito redes de apoyo: redes y movilidad	128
Ayuda recibida, como reflejo de la existencia de redes	129
Ayuda otorgada por los adultos mayores	130
Movilidad	130
Conclusión	132
Referencias bibliográficas	133
VIII. Modelo de evaluación e intervención psicogerítrica para la atención integrada al adulto mayor	135
Introducción	135
Antecedentes del modelo de atención integrada al adulto mayor	136
Creación del modelo de evaluación e intervención psicogerítrica	137
Cómo efectuamos el estudio del adulto mayor.	138
Qué encontramos en la población del adulto mayor	139

Implementación del modelo de evaluación e intervención psicogeriatrica	140
Forma de trabajo	140
Actividades planteadas	143
Conclusión	146
Anexo 1. Medida de calidad de vida en el adulto mayor . .	148
Referencias bibliográficas	155
IX. Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres en una comunidad de Bucaramanga, Santander, Colombia . 157	
Introducción	157
La problemática de los imaginarios sociales	158
Metodología	162
Resultados	163
Discusión	170
Conclusión	172
Referencias bibliográficas	174

Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado en varios países latinoamericanos la proporción de los adultos mayores. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de quienes 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más años, es decir, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor. En tal sentido es indispensable aprovechar el tiempo presente para optimizar los recursos sociales que pueden ser favorables al bienestar de dicha población y establecer estrategias tendentes a dar solución a los problemas actualmente observados y que pueden llegar a ser, en el futuro, severos obstáculos para una verdadera integración y participación social de los adultos mayores. A estos propósitos explícita o implícitamente se les reconoce en los distintos planes de gobierno y en los programas de atención dirigidos al adulto mayor.

Por tanto, examinar la situación sociodemográfica, las características de las relaciones familiares y de las redes de apoyo, las condiciones económicas y de calidad de vida de quienes cuentan con más de 60 años es asunto relevante no sólo en el ámbito académico sino en el de la gestión de servicios.

Con independencia del uso divergente de términos que aluden atributos propios del grupo humano que ha rebasado la edad para ser considerada parte de la población económicamente activa, con una familia en etapa de total independencia, cuyo estatus civil corresponde en muchos casos al de la viudez, con evidencias del desarrollo de patologías asociadas al desgaste físico, inclusive con el uso indiscriminado de la edad (60 ó 65 años) para referirse al mismo, o bien con las modalidades en la interpretación sobre el concepto y contenido concreto en cuanto a su calidad de vida, hay de fondo la preocupación común por develar las particularidades de este grupo, que parecía invisible hasta hace escaso tiempo.

La intención en el presente libro es propiciar un diálogo sobre el conjunto de rasgos inherentes a la trayectoria humana individual y que confluyen con su propia historia social. Esto es, se trata de hacer observables ciertos factores que permiten entender la naturaleza de la posición del adulto mayor o de la tercera edad en la sociedad contemporánea.

El documento se divide en dos segmentos principales. El primero aporta elementos sociodemográficos e históricos que hacen comprensible el contexto más amplio en el que se desenvuelve la vida de dichos actores sociales. En el segundo segmento se da cuenta de las experiencias cotidianas y del entorno inmediato que detonan cualitativamente aspectos favorables, o no, a la calidad de vida del adulto mayor. Este abordaje se realiza desde una postura gerontológica que permite considerar lo más integralmente posible la complejidad en las situaciones que pudieran impedir a los adultos mayores su pleno bienestar.

En el libro se registran resultados de consistentes revisiones y estudios realizados por un grupo de investigadores de diferentes universidades en América Latina, quienes, interesados en la misma línea de trabajo: la de los adultos mayores y parte de ellos, concentrados en la vertiente de la calidad de vida, muestran las diferencias y semejanzas que es posible deducir de los diferentes contextos socioculturales. Los datos son recopilados de Chile, Colombia y México, y ofrecen en su conjunto facetas válidas para su discusión.

I

¿Vivir más o vivir mejor?

Marginación y condición de seguridad social en el adulto mayor en México

María Guadalupe Vega López¹
Guillermo Julián González Pérez¹
Elba Arias Merino²
Carlos Cabrera Pivaral¹
Lorena Vega López³

La disminución en la mortalidad en todas las edades, especialmente la infantil, el control o erradicación de algunas enfermedades transmisibles, así como el mejoramiento en las condiciones sociales han sido determinantes para extender la vida humana. No obstante, la posibilidad de vivir más no conlleva necesariamente la oportunidad de vivir mejor. Las características del grupo de población con 60 años o más expresan de manera resumida las ventajas en salud, sociales, económicas y políticas alcanzadas por los individuos en los años previos. Tales ventajas dependen no sólo de las habilidades personales, sino de las circunstancias que coinciden en el contexto —para cada etapa del ciclo

-
1. Profesores Investigadores del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
 2. Profesora Investigadora del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara
 3. Profesora Docente del Departamento de Física del Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías de la Universidad de Guadalajara.

vital—, tanto las propiamente coyunturales como aquellas que pueden ser más estables y duraderas. Como consecuencia, cada generación exhibe la huella de los acontecimientos que le son relevantes; seguramente las generaciones que se suceden inmediatamente en el tiempo ofrecen más elementos comunes si mantienen el mismo denominador que respecto de aquellas que están distantes cronológicamente o han vivido cambios cruciales.

El propósito de este capítulo es registrar aspectos sociales y económicos importantes para las generaciones que nacieron antes de la segunda mitad del siglo pasado e identificar la relación entre el grado de marginación social y la situación que, respecto al acceso a la seguridad social, presenta la población de 60 años o más. No se señalan relaciones causales ni asociación directa entre ciertos hechos macroeconómicos y la especificidad en la vida de los individuos; más bien este estudio apunta hacia elementos sustanciales del contexto que permitan comprender la situación de las generaciones que en la actualidad cuentan con más de 60 años.

La sociedad mexicana, 1930-1949

Estratificación social y empleo

A los mexicanos cuya fecha de nacimiento se registró en la década de 1930 les correspondió avistar un país abierto hacia un proyecto nacionalista de modernización social. Los alzamientos armados vinculados a las pugnas por mantener el control regional —cacicazgos— y que impedían establecer una hegemonía política —indispensable al proyecto nacional— estaban prácticamente controlados (González Casanova, 1975). Con la reforma agraria (decretada ya desde 1915) se distribuyeron más de 20 millones de hectáreas cultivables entre 1934 y 1940, sumadas las 3.5 millones de hectáreas repartidas hasta 1930 (Carmagnani, 1984). Los recursos económicos federales destinados al mejoramiento del campo se incrementaron; la irrigación de tierras y construcción de caminos recibían 45% de la inversión gubernamental. En los últimos años de la presidencia de Lázaro Cárdenas se destinó 40% del gasto público al fomento al desarrollo (Garza y Rivera, 1993).

El campesinado percibía que la bandera enarbolada en el movimiento revolucionario por la tierra y libertad era algo más que consigna

de lucha; las hectáreas de tierra cultivable recibidas en posesión —no en propiedad— bajo forma de tenencia conocida como ejido, le dio el derecho a cultivar individualmente y transmitir su posesión a descendientes hombres o mujeres. Con la disolución de los antiguos latifundios y las diferencias en la extensión en la propiedad de tierra cultivable, se distinguen no sólo variantes en el tipo de propietarios sino desiguales modos de organización de trabajo y de relación social. Se reconocen —para la época— seis estratos sociales propios del sector agrícola y cuatro tipos de propietarios privados: minifundistas, campesinos medios, burguesía campesina y grandes propietarios; los dos últimos con capacidad para realizar una práctica de agricultura comercial intensiva, especialmente los grandes propietarios —antiguos miembros de la oligarquía o integrantes de la nueva clase política—, quienes recurrían a instrumentos de trabajo mecanizados y utilizaban procedimientos capitalistas. Por otro lado, se encontraban los ejidatarios regidos por un estatuto legal especial y los campesinos sin tierra y jornaleros agrícolas (Stavenhagen, 1978).

El producto de minifundistas y ejidatarios era, con frecuencia, apenas suficiente para la subsistencia; se mantenían en tensión con los grandes propietarios y capitalistas industriales al quedar al margen las decisiones en los precios de mercado, el costo de los créditos, la orientación en la infraestructura y el uso de tierra y agua. Las comunidades indígenas, antes despojadas de sus tierras, quedaron subsumidas en los estratos de minifundistas, ejidatarios y jornaleros agrícolas; otros, con menos suerte, permanecieron sin tierra. El origen étnico agregó a los conflictos agrarios otros componentes.

La rama primaria de la producción se fortaleció. El sector agropecuario aportó, decenalmente, 18.76, 19.41 y 19.18% del producto interno bruto (PIB) entre 1930 y 1950; esas cifras descienden paulatinamente hasta llegar a 5.0% en el año 2010 (segundo trimestre, a precios de mercado) (Solís, 1980; INEGI, 2010). Por otra parte, el sector agropecuario auspició el crecimiento de la actividad manufacturera; los recursos económicos generados por la actividad agropecuaria se destinaron a robustecer la manufacturera, más que a reinvertir en el mismo sector. La participación en el PIB de la actividad manufacturera pasó de 12.85% en 1930 a 17.10% en 1950.

La clase obrera se multiplicaba gracias a la industrialización del país. No obstante, como en el resto de Latinoamérica, era “resultado de la implantación de un capitalismo exterior” (Stavenhagen, 1978).

La acumulación de capital basada en la sustitución de importaciones iniciada alrededor de 1930, coexistió entonces con el modelo agroexportador, pero además lo subordinó. El crecimiento económico mexicano en la primera etapa (1930-1950) de la política de sustitución de importaciones fue relevante. La sustitución de importaciones de bienes de consumo inmediato (alimentos y bebidas) robusteció inicialmente a la industria, para luego pasar a ceder peso en la estructura industrial a la de bienes de consumo duradero.⁴ En cuanto a los medios de producción, tanto los bienes de capital (productos metálicos y maquinaria no eléctrica) como los bienes intermedios (madera, celulosa, papel, petróleo, minerales no metálicos y metálicos básicos) registraron un aumento en esa primera etapa. Los primeros mantuvieron una tendencia ascendente cada decenio desde 1930 (2.33, 3.58, 7.37%), mientras que en los segundos el mayor incremento se observó hacia 1940 (22.01%) en la estructura industrial. El personal ocupado sólo en la industria de la transformación creció dos veces más en el periodo estudiado (de 284,794 en 1930, pasó a 626,285 en 1950) (Garza, 1984).

La extracción de metales, que había sido punta de lanza durante la Colonia y que en el “Porfiriato” atrajo inversión extranjera, cruzó por malos momentos en el lapso analizado. La gran depresión de 1929-1933 provocó un descenso en el mercado de minerales, especialmente en el de cobre y zinc, menos dramático para el caso del oro, la plata, el plomo y el carbón; incluso entre 1934 y 1943 se observa un auge “relativo” del oro y la plata, aunque decae en 1944 y sigue un descenso paulatino, influido en parte por la reducción en la demanda de metales preciosos (Cárdenas, 1987). La minería redujo su participación en el PIB de 6.05% en 1930 a 2.09% en 1950 (Solís, 1980).

Es particularmente interesante analizar la caída en la producción y exportación del cobre, por su impacto sobre el empleo. El precio libre de cobre se deslizó de 18 centavos de dólar en 1929 a cinco centavos en 1932; los grandes consorcios frenaron la producción a la mitad de sus capacidades; como consecuencia, disminuyeron el número de trabajadores; por ejemplo, en la Cananea Consolidated Cooper Co casi 4,000 trabajadores quedaron sin empleo —en el lapso de tres años (1929-1932)—, y

4. Mientras que la importancia de la sustitución de importaciones de bienes de consumo inmediato pasó de 82.2% en 1930 a 68.7% en 1950, la de bienes de consumo duradero avanzó de 1.0 a 5.1% en las citadas décadas.

de los 800 que permanecieron en nómina, tuvieron que laborar bajo una reducción de jornada de trabajo y de salario. La estrategia de reconversión industrial⁵ seguida por las compañías mineras en Cananea, Sonora —principales productores de cobre— no fue entonces la modernización tecnológica o la reorganización técnica del trabajo, el elemento principal fue la reducción de fuerza de trabajo. Ahora bien, la recuperación del empleo no se logró tampoco en el tiempo que Anaconda aplicó el préstamo obtenido a través de The Metals Reserve Corporation, en 1942, para ampliar la producción y la productividad. Antes bien, la nueva tecnología modificó la estructura de ocupaciones; los “mineros sobre máquina” sustituyeron a los que basaban su proceso de trabajo en la tradición minera. El conocimiento del oficio basado en la enseñanza de padres a hijos o aprendices, y el trabajo en grupo —expresado en la labor de la cuadrilla— se diluyeron. La relación laboral y de enseñanza sustentada en lazos de parentesco y sociales se cambiaron por otra de carácter técnico, ostentada por los departamentos de capacitación de personal. Así, la disminución de la oferta de trabajo impactó no sólo la supervivencia de los mineros y sus familias, alteró las relaciones mismas al interior de las familias; los mineros desempleados emigraron a zonas urbanas (Sariego, 1987).

El bloque compuesto por los sectores campesino y obrero, en coexistencia con una burguesía nacional que aunque encarnada de la antigua oligarquía porfirista, contemplaba su fortalecimiento al amparo de un nuevo equilibrio de poder, así como el acuerdo cardenista con la Iglesia católica permitieron al presidente Lázaro Cárdenas materializar la construcción de un nuevo Estado democrático. Según Knight (1996), alrededor de 1940 termina realmente el movimiento revolucionario iniciado en 1910.

En el escenario económico-político del periodo, una clase media urbana se abría paso y apostaba en la instrucción su propio futuro. Impulsoras y usufructuarias de la enseñanza pública, las clases medias procuraban acceder a las carreras de las profesiones liberales y ocupar las funciones propias de las mismas, además de las tareas que emergían del comercio y los servicios (Carmagnani, 1984); la burocracia gubernamental abrió espacios que permitieron su inserción.

5. Reconversión industrial: conjunto de estrategias capitalistas tendientes a enfrentar coyunturas en las caídas en las tasas de ganancia, cuyo origen puede ser la crisis en los precios, o mercados, o la competencia intercapitalista a nivel mundial (Sariego, 1987).

La composición de la estratificación social y las tendencias en el crecimiento económico dieron lugar a la oferta en el empleo y la estructura de las ocupaciones; de manera que la población económicamente activa (PEA) en la segunda mitad de los años cuarenta y principios del cincuenta, entre cuyos efectivos se encontraban los pertenecientes a la generación de los años treinta, tuvieron una mayor participación en el sector primario (67.3 y 60.9%), seguida por el sector terciario (19.6 y 22.4%) y finalmente el secundario (13.1 y 16.7%). Seguramente los cambios en los sectores económicos en los años restantes del siglo alteraron también la distribución de la PEA y de alguna manera también afectaron a dicha generación. Para el año 2010 casi dos tercios de la PEA corresponden al sector terciario, el secundario aumentó respecto a 1950 en siete puntos porcentuales y hay cuatro veces menos efectivos en el sector primario (cuadro I.1).

Cuadro I.1

México: distribución porcentual de la población económicamente activa por grandes sectores de actividad, 1930-2010

Sector/año	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	*2010
Primario	73.2	67.3	60.9	54.5	41.8	36.7	23.4	16.1	13.3
Secundario	15.0	13.1	16.7	19.2	24.4	29.1	28.8	27.7	24
Terciario	11.8	19.6	22.4	26.3	33.8	34.2	47.8	53.8	62.1

Fuente: INEGI. 2001. Indicadores socio demográficos, 1930-2000.

*INEGI. 2010. Comunicado 360/10. Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

En 1990, 2000 y 2010 los datos se refieren a población ocupada

Al revisar la distribución porcentual de las ocupaciones en el año 2004 observamos que las generaciones de 60 y más años exhiben una alta proporción (35.1%) como trabajadores agropecuarios; dicho porcentaje es elevado, tanto si se le mira en las distintas ocupaciones para el grupo de edad, como si se compara con los grupos más jóvenes. De manera hipotética podemos asumir que, o bien han continuado en el sector primario, donde se iniciaron, o dicho sector ofrece mayor oferta de trabajo a los adultos mayores. En relación con los trabajadores industriales, cada uno de los grupos de edad entre 15 a 59 años superan en proporción de empleo en el sector secundario a los mayores de 60, quienes participan con 18.4%, porcentaje muy inferior, por ejemplo, al

30.7% que muestra el grupo de 15 a 29 años de edad; probablemente a estos últimos se les considera más adaptados a los requerimientos de la industria moderna. El Departamento de Selección de Personal, en conjunción con el Servicio Médico del Trabajo aprueban a los demandantes que presentan menos rasgos que puedan significar deterioro de capacidades o futuros sujetos con riesgo de trabajo; quienes mejor cumplen con tales requisitos son los del grupo más joven y que por cierto disponen de mayor escolaridad (cuadro I.2).

Como se advertirá en el siguiente acápite, las generaciones nacidas entre 1930 y 1949 estuvieron menos escolarizadas; es congruente, por tanto, que la proporción de adultos mayores ocupados en actividades profesionales, técnicas, o ligadas al comercio y magisterio sea muy inferior a las de otros grupos de edad. Probablemente el porcentaje se ensancha con sujetos provenientes de la burguesía agrícola e industrial, y de los sectores medios con mayor acceso a la educación y asentados en zonas urbanas, como se ha comentado con anterioridad. Por el contrario, las actividades domésticas y de ambulante muestran las proporciones más altas en los adultos mayores —comparados con los menores de 49 años de edad—; es fácil suponer que se trata de ocupaciones no calificadas, en las cuales las personas perciben que controlan mejor su jornada de trabajo y entran en formas de relación laboral que no exigen mayor complejidad (cuadro I.2).

Cuadro I.2

México: distribución porcentual de la población de 15 años y más por ocupación según grupos de edad, 2004

<i>Ocupación</i>	<i>15-29 años</i>	<i>30-44 años</i>	<i>45-59 años</i>	<i>60 años y más</i>	<i>15-60+</i>
Profesionales y técnicos	5.3	7.6	7.0	3.1	6.3
Maestros, trabajadores del arte	3.2	5.8	5.0	2.1	4.4
Oficinistas	9.9	9.8	7.2	2.8	8.8
Vendedores dependientes	15.4	12.3	12.6	13.8	13.6
Vendedores ambulantes	3.6	4.6	5.7	7.0	4.7
Empleados en servicios	8.5	7.1	6.9	5.9	7.4
Trabajadores domésticos	4.3	4.7	4.9	5.3	4.6
Trabajadores agropecuarios	13.4	11.5	17.3	35.1	15.2
Trabajadores industriales	30.7	26.6	23.4	18.4	26.8
Otras ocupaciones	5.7	10.0	10.0	6.5	8.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: INEGI, STPS “Encuesta Nacional de Empleo, 2004”, segundo trimestre. Base de datos, en INEGI (2005) *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*.

Educación

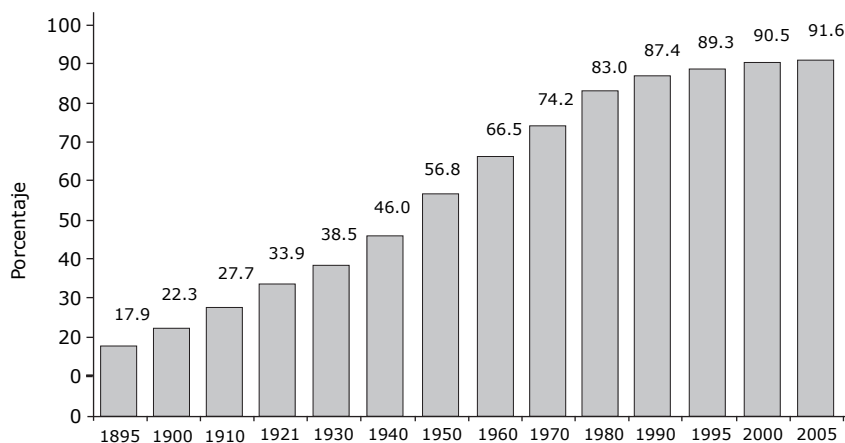
La figura I.1 exhibe cronológicamente la proporción de la población en el país que sabe leer y escribir —o es capaz de escribir un recado—. El porcentaje de población alfabetada evidentemente se incrementa con el tiempo. Solamente 18 personas de cada cien en 1895 sabían leer y escribir; en cambio, para el año 2005 la cifra se eleva a 91.6. En el lapso que nos ocupa (1930-1949) es cuando se contempla el crecimiento más acelerado de alfabetados; en particular se advierte a partir de 1940 una tendencia hacia una rápida expansión en la instrucción.⁶ Los nacidos en la década de los años cincuenta y sesenta se beneficiaron con la ampliación en la cobertura educativa promovida en el Plan de Once Años, gestionada en el sexenio del presidente López Mateos (1958-1964) y mantenida como política social a lo largo del tiempo. A pesar del citado crecimiento acelerado, la dificultad de esas generaciones para matricularse y permanecer estudiando fue notable.

En sentido opuesto, el número de gente iletrada ha disminuido paulatinamente; es comprensible que al fin del siglo XIX y principios del siglo XX se encuentren más analfabetos, adicionalmente se subraya que las diferencias por género eran destacables. Las generaciones nacidas entre 1930 a 1934, que al tiempo que se escribe cuentan con 80 a 84 años de edad, manifiestan una proporción de analfabetismo de 41.3% en mujeres y de 31.3% en hombres. En el grupo de 70 a 74 años de edad tales proporciones descienden a 37.7 y 25.5%, según se trate de mujeres u hombres, respectivamente. En el grupo de 60 a 64 años de edad las cifras son de 29.7 y 19.0% según sexo (INEGI, 2001).

Ahora bien, una revisión más detallada de la escolaridad obtenida por el grupo de 60 y más años de edad da cuenta que prácticamente 70% de ese grupo carece de instrucción (incluye categorías sin instrucción y preescolar) o con primaria incompleta; del 30% restante, la mitad dispone de primaria completa y el resto se reparte en los subsecuentes grados escolares, de los cuales 3.7% corresponde a la enseñanza superior (figura 1.2); seguramente este último grupo aporta a las ocupaciones de profesionistas, técnicos, oficinistas, ya comentados en el cuadro I.2. Si

6. Hasta la década de los sesenta la aportación de sujetos en la educación general era importante; luego, a partir de la década de los setenta hay un gradual crecimiento en la matrícula universitaria.

Figura I.1
México: características educativas de la población.
Proporción de la población alfabeta, 1895-2005



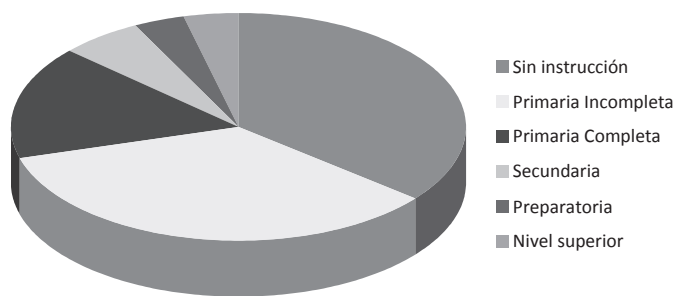
Nota: Para determinar a los alfabetas, en 1895 se consideró a la población total; en 1900 y 1910 a la población de 12 y más años de edad; en 1921 a los de 10 y más años de edad. A partir de 1930 la condición de alfabetismo se define con base en la población de 15 y más años de edad, con excepción de 1950, cuando se tomó como referencia a la población de seis y más años de edad.

Fuente: INEGI, *Censos de Población y Vivienda*, 1895-2000; INEGI, *Conteos de Población y Vivienda*, 1995 y 2005.

se analizan por grupos quinquenales de edad, el de 85 y más concentra la mayor proporción de elementos sin instrucción: 51.4% dentro de su grupo. Y a pesar de que en el grupo de 60 a 64 años de edad es ligeramente menor la población sin instrucción y con primaria incompleta (63.8%) que para todo el conjunto de 60 a 85 años y más, de cualquier manera se trata de una cifra elevada (Inegi, 2005).

Sin dudas, todos los profesionales tienen una educación universitaria, aunque no todos los egresados de una licenciatura se ocupan en la profesión para la cual se formaron. Si bien, en general, la escolaridad influye sobre el tipo de ocupación, el número de horas que se dedica al trabajo y la remuneración obtenida, en la población de adultos mayores se tienen resultados singulares.

Figura I.2
México: distribución porcentual de la población de 60 y más años según nivel de instrucción, 2000

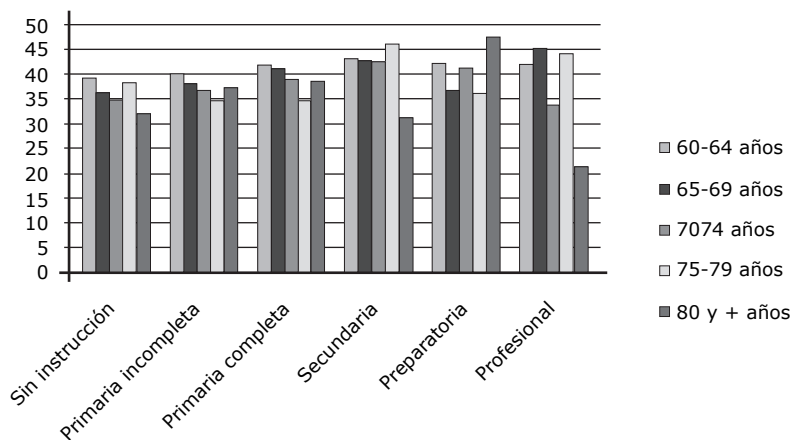


Fuente: elaboración propia con base en INEGI, “Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI, 2005”, *XII Censo General de Población y vivienda, 2000*.

En la figura I.3 se observa que en la población con 60 años y más con menor escolaridad (sin instrucción, primaria incompleta o completa) hay la tendencia a disminuir la participación en promedio de horas dedicadas al trabajo extra doméstico conforme se envejece. Un comportamiento disímil se manifiesta en dicha población cuyo nivel de escolaridad es medio y superior. En cuanto a la enseñanza secundaria, el grupo de 75 a 79 años supera al resto en cuanto al promedio de horas dedicadas al trabajo extra doméstico; en cambio, en el nivel medio superior (bachillerato) es el grupo de 80 y más años quienes dedican más horas al trabajo. La mayor heterogeneidad entre los grupos quinquenales se observa en el nivel universitario (profesional). En sentido amplio, es posible que en la población analizada primero, la mayor escolaridad facilite la permanencia en el trabajo y segundo, la oportunidad de contar con un sistema de seguridad, por ejemplo, jubilación, determine la elección de retirarse de la actividad productiva e influya en el comportamiento observado en horas de trabajo.

En cuanto a la remuneración percibida (figura I.4) es clara una tendencia hacia el incremento de ingresos a medida que se cuenta con más escolaridad en los grupos quinquenales estudiados. En los extremos de los niveles de instrucción -sin instrucción y profesional-, los grupos

Figura I.3
México: promedio de horas dedicadas al trabajo
extradoméstico de las personas de 60 años y más, por nivel de
instrucción y grupo quinquenal, 2004



En el cálculo se excluye la población ocupada que no especificó número de horas trabajadas.

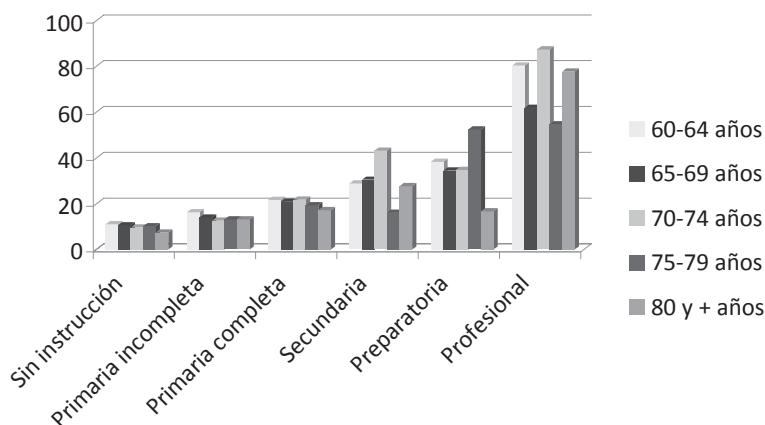
Fuente: elaboración propia con base en INEGI, SPTS, “Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI, 2005”, *Encuesta Nacional de Empleo 2004*, segundo trimestre.

quinquenales señalados son más homogéneos entre sí mismos en sus ingresos —alrededor de 10 y 73 pesos en promedio por hora trabajada, respectivamente— que los situados en el nivel básico y media superior. Si alrededor del 35% de los adultos mayores no tienen instrucción, es de suponer que la misma proporción de personas debe sobrevivir con menos de un dólar por hora trabajada.

Las personas entre 75 y 79 años que según se comentó, cuentan con más horas de trabajo extradoméstico, alcanzan menos de 20 pesos por hora trabajada si no egresaron de bachillerato o profesional. No podemos afirmar si el bajo ingreso es lo que les obliga a trabajar más, aunque pudiera ser una explicación. Es igualmente difícil comprender por qué en el grupo de 80 y más años el ingreso decae para quienes tienen certificado de preparatoria; quizás la oferta de trabajo para los adultos mayores, limitada de por sí, no premia el disponer de bachillerato para una oferta de trabajo que no reclama esa instrucción.

Figura I.4

México: ingreso promedio por hora de trabajo extradoméstico (en pesos) de las personas de 60 años y más, por nivel de instrucción y grupos quinquenales de edad, 2004



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, SPTS, “Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI, 2005”, *Encuesta Nacional de Empleo 2004*, segundo trimestre.

En su conjunto, la población de 60 y más años con estudios universitarios duplica y más que triplica el ingreso por hora trabajada con relación a los que tienen preparatoria y primaria completa, respectivamente.

La escolaridad y el empleo⁷ son dos significativos determinantes de la suficiencia material —o bien *privación⁸ material*— de los sujetos: el nivel de ingreso, básico para la adquisición de bienes, se precisa con el empleo. La escolaridad facilita la obtención de ocupaciones bien remuneradas; los diplomas y competencias obtenidos en la educación

7. Véase Domínguez, 2008.

8. “Privación: estado de desventaja observable y demostrable en relación con la comunidad, la sociedad o la nación a la cual pertenece un individuo, una familia o un grupo. Hay dos formas de privación: la material (falta de bienes, servicios, recursos y comodidades que son habituales, o están ampliamente extendidos en una sociedad determinada), y la social (personas socialmente aisladas, retiradas o excluidas por pertenecer a una determinada clase, raza, edad, sexo u otros rasgos de la estructura social)” (Townsend, 1988).

terciaria se ajustan a los altos perfiles laborales requeridos por algunas empresas o instituciones. En ese sentido, el grado de estudios alcanzado hasta la juventud, así como el tipo de ocupación que se obtiene durante el periodo de ingreso a la vida productiva suelen ser dos aspectos decisivos en los logros personales. Como se destacó en páginas anteriores, las generaciones que en la actualidad cuentan con 60 o más años tuvieron, en general, menos ventajas educativas que los nacidos después de la década del sesenta; a la vez, se iniciaron laboralmente (en alta proporción) en un sector económico que ha disminuido sensiblemente su participación en el PIB: el sector agropecuario. En resumen, las generaciones anteriores a 1950 reúnen las condiciones suficientes para situarlas, mayoritariamente, en el estatus de población con privación material.

Crecimiento de la población y urbanización

La demografía histórica enseña que posterior al descenso en el número de habitantes de un país debido a la guerra, hay un repunte en la cantidad de población. Al término de la Revolución Mexicana la tasa media anual de crecimiento de población en el país pasó de 1.75 a 2.65% entre 1930 y 1940 —y continuó con un incremento sostenido hasta la década de 1960 (3.35%, tasa media anual de crecimiento).

El paulatino aumento en el peso relativo del sector secundario y de los servicios propició una concentración urbana. En 1930, siete de cada 10 personas vivían en zona rural⁹ (localidades con menos de 2,500 habitantes), caracterizadas como asentamientos dispersos (la densidad de población era de 8.4 habitantes por km²) y dedicadas principalmente a la agricultura. No obstante, durante esa misma década se presentan flujos migratorios hacia la ciudad, lo que se refleja en el hecho de que por primera vez se cuente en el país con una localidad con más de un millón de habitantes —el Distrito Federal—. México siguió un modelo centralizado de urbanización; la capital del país —importante asiento para la industria y de gobierno— atrajo numerosa población, tendencia que se extendió a Guadalajara y Monterrey. Los niños migrantes de ayer, en parte forman hoy la población urbana de adultos mayores.

9. En el año 2000 tres de cada cuatro habitantes radicaban en zonas urbanas.

El crecimiento de la población urbana y su concentración en las principales ciudades del país se vio favorecido no sólo por la inmigración rural, sino también por las altas tasas de fecundidad a partir de la segunda mitad de los años cuarenta y hasta mediados de los setenta. Esto dio lugar a una mayor demanda de viviendas y, por ende, al incremento en el número de las mismas. La diferencia en el poder económico entre los estratos sociales determinó, a su vez, las características en las viviendas. Ahora bien, el tipo de vivienda de la que puede disponer una persona responde también al factor edad. Esto es, dentro de un mismo estrato socioeconómico los adultos mayores suelen poseer viviendas más modestas, como se apunta en otros capítulos del presente libro.

Marginación y derecho a la seguridad social en el adulto mayor

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo):

La marginación es un fenómeno estructural que se origina en la modalidad, estilo o patrón histórico de desarrollo; ésta se expresa, por un lado, en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país y, por otro, en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios (Conapo, 2006).

Su medición se realiza por medio de nueve indicadores básicos que incluyen condiciones de vivienda, educación, ingreso y distribución de la población (índice de marginación).

El índice de marginación (IM) es un tipo de medida macrosocial que, al remitir a condiciones fundamentales de la vida cotidiana, muestra el mosaico de la desigualdad e inequidad en México. Como se describió en párrafos anteriores, la tendencia a consolidar la industria y los servicios en un reducido número de ciudades, favorecidas por su situación geográfica y la convergencia en ellas del poder financiero y político, desalentó un crecimiento económico para el resto de las localidades. Con excepción de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, con un grado de marginación (GM) bajo, el resto de las ciudades capitales de México tienen un GM muy bajo. No obstante, prácticamente la mitad de los 2,454 municipios del país —principalmente rurales— exhiben un GM entre muy alto y alto (figura I.5).

Se observa, además, que el GM más alto se localiza en zonas geográficas accidentadas (Sierra Madre Occidental, Sierra Madre Oriental,

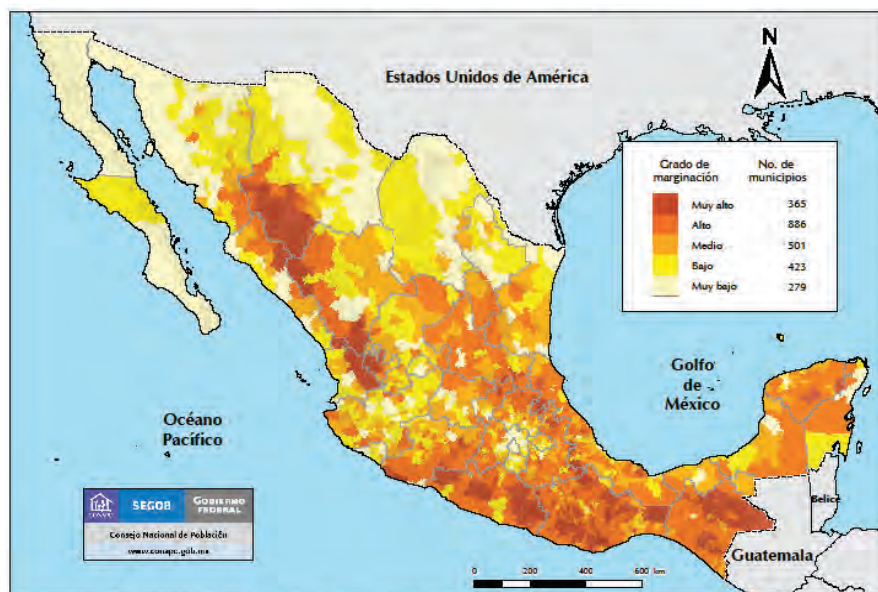
Sierra Madre del Sur) o de difícil acceso (Costa del Pacífico). Otra característica consiste en que cuentan con mayor proporción de población indígena (Chiapas, Oaxaca). La PEA recibe solamente hasta dos salarios mínimos en las regiones más marginadas —o no tiene ninguna percepción—. La movilidad de los municipios hacia un menor grado de marginación es estrecha: entre el año 2000 y 2005 sólo 9% de los municipios disminuyeron su GM.

Ahora bien, el análisis espacial de la marginación indica que incluso en entidades federativas identificadas globalmente como de muy baja o baja marginación existen municipios muy marginados. En el caso de Jalisco (baja marginación), dos municipios tienen muy alto GM, ambos localizados en la región norte, a pesar de concentrar 22 municipios con muy bajo GM en la zona del valle central.

Las áreas periféricas al oriente de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) tienen un GM mayor que las del sector poniente a pesar de que, en conjunto, es muy baja la marginación de la ZMG.

Figura 1.5

Fuente: Conapo, 2006.



El ingreso. Componente del grado de marginación

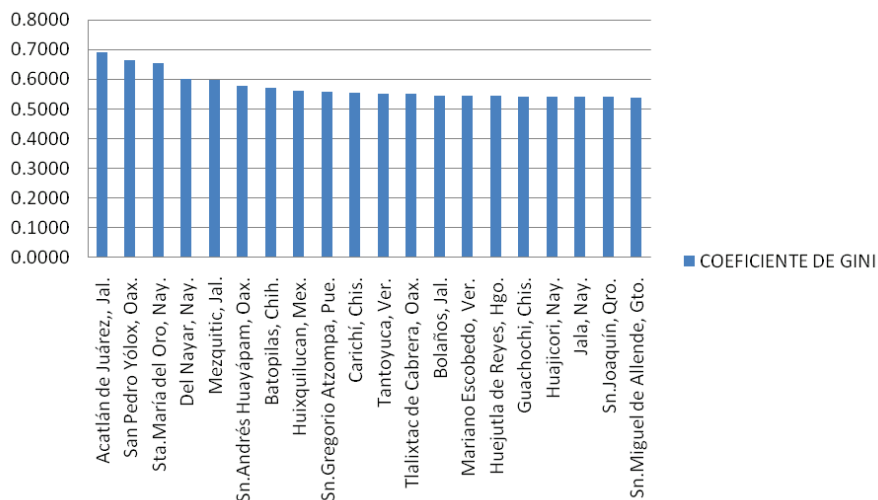
Los cambios socioeconómicos a partir de la tercera década del siglo XX no implicaron un cambio sustancial en el nivel de ingreso de la población; los elevados niveles de concentración en el ingreso han sido una constante en el país. La desigualdad en el ingreso medida a través del coeficiente de Gini (CG) indica que en la década de los cincuenta este indicador se situaba en 0.520 (Conapo, 2005); en el año 2005 el coeficiente fue de 0.546 (*Informe sobre desarrollo humano*, 2005); México ocupaba en ese año el lugar 16 entre los 20 países del mundo con mayor desigualdad en el ingreso. En el año 2000, 10% de los hogares más ricos obtenían 46% del ingreso corriente monetario total, mientras que los más pobres lograban sólo 0.1%. Las fluctuaciones en los coeficientes observadas durante el periodo antes citado obedecen, principalmente, a la tendencia en la política económica nacional delimitada por las corrientes internacionales, ambas marcadas por las crisis financieras y los eventos de contracción económica.

Una revisión sobre la desigualdad en el ingreso de la totalidad de municipios en México indica que entre los 20 que más concentran el ingreso pertenecen a entidades como Nayarit, Oaxaca, Jalisco, Chihuahua, entre otras. Se reconoce que no necesariamente coinciden dichos municipios con aquellos que presentan un GM muy alto, con excepción del municipio de Batopilas, Chiapas; de hecho, el municipio con mayor desigualdad pertenece a Jalisco (Acatlán de Juárez) (figura I.6). En otros términos, es posible que haya entidades federativas o municipios con muy baja marginación, pero con grandes desigualdades en el ingreso; esta falta de concurrencia puede responder, entre otros aspectos, al propósito y método de medición tanto para la cuantificación del ingreso como del índice de marginación.

El ingreso corriente monetario debería permitir al individuo la satisfacción de sus necesidades materiales (alimento, vivienda, vestuario, etc.) y de sus expectativas recreativas y culturales; ahora bien, la desigualdad en el ingreso frena la posibilidad de obtener un mínimo de bienestar. Entre los aspectos individuales, la edad y el género actúan como marcadores sociales del ingreso. A medida que la persona envejece, la posibilidad de incorporación y permanencia en un empleo disminuye, y con ella la oportunidad de contar con un ingreso regular. Las mujeres que durante la mayor parte de su vida productiva se dedicaron a labores del hogar, difícilmente encuentran un empleo y obtienen un

Figura I.6

México: 20 municipios con mayor desigualdad en el ingreso, 2005



Fuente: elaboración propia con datos del INEGI, 2005.

ingreso.¹⁰ A menos que en ambos casos la renta dependa de otros tipos de rendimientos (intereses, dividendos, regalías, etcétera).

Ciertas prestaciones, como la adscripción al sistema de seguridad social, obtenidas a través del ingreso por trabajo, están determinadas por el tipo de ocupación y empleo de la persona.

En México son tres las principales instituciones de seguridad social (cuadro I.3); dos de ellas proporcionan directamente pensión económica para la jubilación a aquellas personas que, entre otros requisitos, cumplen con 65 años o más y estuvieron ocupadas como trabajadores según la Ley Federal del Trabajo (obreros, empleados) o como trabajadores al servicio del Estado. En los casos de otros organismos gubernamentales como el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Secretaría de Marina (SM), Secretaría de Defensa Nacional (Sedena), Petróleos Mexicanos (Pemex), no cotizan al Instituto Mexi-

10. En el año 2004 la tasa neta de participación económica para el grupo de 60 a 64 años en total era de 50.7% (74.8% hombres y 29.1% mujeres), mientras que la del grupo de 80 y más era de 13.9% (25.5% hombres y 5.2% mujeres) (INEGI, 2006).

cano del Seguro Social (IMSS) ya que tienen un plan de pensiones independiente; los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad (CFE) cuentan con un plan complementario al del IMSS.

En forma paralela a la creación del Sistema de Seguridad Social Popular, se inauguraron dos programas como paliativo a la carencia de prestaciones para la población no asegurada: Programa de Apoyo a la Vivienda Popular (microfinanciamiento con una prestación de \$2,500 a \$100, 000 sin garantías), y el Programa Oportunidades (pensión a adultos mayores con una dotación de \$250 mensuales) (Fox, 2006).

Sin dudas, el IMSS es la institución con la mayor cobertura en materia de salud y seguridad social; no obstante, la pérdida de empleos ha tenido repercusión. En el año 2005 atendía a 37.1% de la PEA (población asegurada), mientras que en 2009 la cifra ha disminuido a 31.4%. El número total de pensionados para el año citado era de 19.11% respecto al número de asegurados (INEGI, 2009). La contribución de instituciones privadas a las pensiones es reducida: alcanza solamente 1.5%.

Marginación y seguridad social

Como se comentó en el punto anterior, para obtener el estatus de derechohabiente¹¹ de alguna de las instituciones de seguridad social —y tener acceso a atención médica y prestaciones— es requisito haber estado asegurado, o ser pensionado, o ser familiar dependiente del asegurado. La carencia de dichos servicios —por tener ocupación no elegible— torna particularmente vulnerable al adulto mayor. La presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la población de 60 y más años demanda un gasto considerable, mismo que con frecuencia no es posible cubrir por ellos mismos.

El propósito en el presente capítulo de tomar en cuenta principalmente dos variables: marginación y condición de seguridad social obe-

11. En México se denomina derechohabencia al derecho que tienen las personas de recibir servicios médicos y/u otras prestaciones, que pueden ser provistas por instituciones públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral, por ser familiares designados por el trabajador como beneficiarios, por haber adquirido un seguro médico en alguna institución, un seguro facultativo (voluntario) en el IMSS, o el seguro popular de la Secretaría de Salud, el cual cubre los servicios médicos del titular y de sus familiares.

Nota: obsérvese que en los casos del seguro facultativo y del seguro popular, éstos no incluyen prestaciones económicas, entre ellas la de pensión por jubilación.

Cuadro I.3
México: principales instituciones de seguridad social, 2010

<i>Institución</i>	<i>Inicio</i>	<i>Prestaciones</i>	<i>Población atendida</i>
Instituto Mexicano del Seguro Social	19/01/1943. Mandato legal derivado del Art. 123 de la Constitución.	Atención médica (3 niveles de salud). Prestaciones sociales. Pensiones y subsidios (enfermedad, invalidez o muerte). Guarderías. Velatorios. Centros vacacionales y de convenciones. Tiendas.	Trabajadores (obreros, empleados), estudiantes del sistema medio superior y superior, seguro voluntario, Programa Solidaridad social.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	30/12/1959. Suple a la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro.	Atención médica (3 niveles de salud). Riesgos de trabajo. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Seguros de invalidez y vida. Prestaciones y servicios. Préstamos personales. Servicios culturales.	Trabajadores del Estado.
Sistema de Seguridad Social Popular	23/02/2006, SSA.	Atención médica.	Población que trabaja por su cuenta. No inscritos en los anteriores.

Fuente: Ley del Seguro Social. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*: 09/07/2009; Seguros, prestaciones y servicios del ISSSTE; Senado de la República, LX Legislatura.

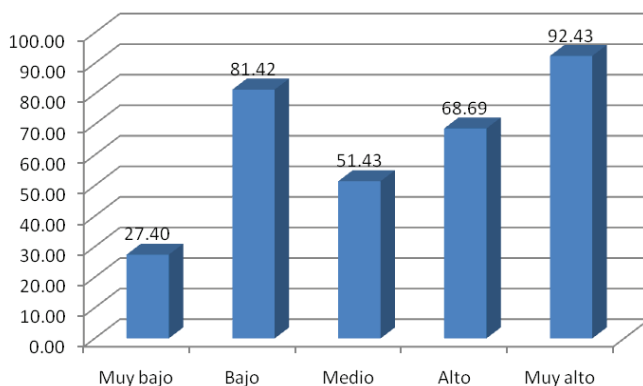
dece al interés por destacar el riesgo en el que se encuentra la población mayor de 60 años al confluir en ellos las circunstancias más negativas. En efecto, según el INEGI (2005) en el año 2004 la población de 60 y más años sin derechohabiencia alcanzaba 49.4%; ciertamente se trataba de una proporción elevada, aunque menos dramática que cuando se le analiza de acuerdo con el GM, pues a mayor marginación, un porcentaje más elevado de adultos mayores no tiene derechohabiencia. Por otro lado, conforme se envejece la inclusión en el sistema de seguridad social disminuye; así, en el grupo de 60 a 64 años 51.8% de ellos eran dere-

chobahientes, mientras que en el grupo de 85 y más años se registraban como derechohabientes sólo 41.2%.

Se considera que en el año 2010 aproximadamente sólo 7 y 31 de cada 100 de los adultos mayores que viven en municipios de muy alta y alta marginación, respectivamente, recibieron el beneficio de la seguridad social; los restantes 93 y 69 de cada 100 se encontraban excluidos. Se trata de adultos mayores con reducido ingreso, baja escolaridad, con condiciones de vivienda deficiente y que habitan pequeñas localidades, carentes además de seguridad social. Hay una diferencia de 65 puntos porcentuales entre los adultos mayores sin derechohabiencia que habitan en municipios con muy alta y muy baja marginación. Es llamativo el 81.4% de personas con 60 y más años sin seguridad social en municipios con baja marginación; posiblemente influye el tipo de ocupación e ingreso (remuneraciones distintas según tipo de trabajo) (figura I.7).

Figura I.7

México: porcentaje de población de 60 años y más sin derechohabiencia según nivel de marginación municipal, 2010



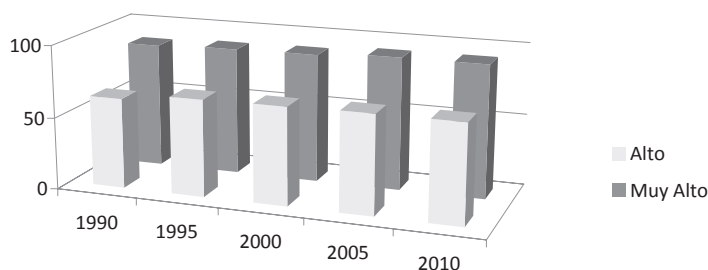
Fuente: elaboración propia con base en Conapo; y Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais).

Por otra parte, se puede apreciar que la proporción de adultos mayores sin derechohabiencia en municipios con muy alta y alta marginación tiende a incrementarse ligeramente —aunque de forma sostenida— en las últimas dos décadas. En el caso de los municipios con muy

alto GM, en 1990 la proporción de adultos mayores sin derechohabencia fue de 87.41% y en 2010 de 92.43%. Para aquellos municipios con alto GM los porcentajes fueron de 62.64% y 68.69% para 1990 y 2010, respectivamente. De hecho, es en este tipo de municipios donde hay mayor diferencia entre los años citados. Entre 1995 y el año 2000 los valores tienen menor variación. Se ha destacado la tendencia a congregarse desde las grandes hasta las pequeñas empresas en zonas urbanas donde la oferta de trabajo es mayor; en las localidades rurales, 83 de cada 100 adultos mayores no tienen acceso a la seguridad social (figura I.8).

Figura I.8

México: porcentaje de población con 60 y más años sin derechohabencia según grado de marginación municipal alto y muy alto
Años seleccionados, 1990-2010



Fuente: elaboración propia con base en Conapo; y Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais).

En resumen, no recibir ninguna prestación de las otorgadas por las instituciones de seguridad social equivale a no tener atención médica, ni prestaciones económicas, entre ellas la pensión por jubilación o retiro, justamente en la etapa de la vida que con mayor urgencia se requieren.

La ausencia en la recepción de servicios médicos tiene múltiples implicaciones. Por ejemplo, no se cuenta con orientación para adoptar medidas preventivas que permitan retardar el momento de desarrollo de enfermedades (transmisibles y crónico-degenerativas); una vez instalada la enfermedad, se carece de control y tratamiento, no hay disposición de medicamentos y es incosteable la hospitalización.

Las prestaciones económicas permiten proteger el ingreso ante riesgos (enfermedad, discapacidad y accidentes —incluyendo los de trabajo—). Las discapacidades —motrices, auditivas, del lenguaje, visuales, mentales— consecuencia del proceso de desgaste biológico, o enfermedades, o derivadas de accidentes y riesgo de trabajo, conllevan un gasto más elevado no sólo por la frecuencia en las que se deben practicar exámenes de laboratorio y diagnósticos, sino por los medios de apoyos a personas discapacitadas (prótesis —parciales o fijas—, aparatos ortopédicos, de oído, etcétera).

La enfermedad y la discapacidad desencadenan un aislamiento social en quienes las padecen, debido a que sin el uso de medios de apoyo —ya mencionados— y sin una infraestructura apropiada en la localidad —principalmente en las marginadas— y en el propio hogar, los adultos mayores irremediablemente se condenan a permanecer ajenos al acontecer cotidiano.

Evidentemente es sustancial contar con una pensión que les permita resolver su subsistencia. Si durante la juventud y madurez su empleador no le inscribió en el sistema de seguridad social y no dispone de la oportunidad de ser registrado como familiar directo de un asegurado, la exclusión en la recepción del ingreso por pensión le coloca en situación de pobreza o pobreza extrema.

Consideraciones finales

La población que en el segundo decenio del siglo XXI se cuenta entre los adultos mayores, vivió durante su infancia trascendentes cambios en México. Desde la nueva composición de clases sociales producto de la reorganización de fuerzas productivas, hasta los procesos de democratización fundamentados en un estilo corporativo de relaciones políticas. La protección gubernamental a grandes productores y empresarios nacionales frente a la inversión extranjera, a la par de la anticipación estatal a los posibles reclamos de satisfacción popular, reflejada en programas educativos (crecimiento en la enseñanza básica) y de salud (institucionalización de la seguridad social) produjeron una sensación de bienestar colectivo. Si bien para algunos segmentos de la población el mejoramiento social fue real, para la mayoría la diferencia en el ingreso les sometió a una condición de exclusión, principalmente para quienes permanecieron en localidades rurales, ligados a actividades agropecua-

rias, analfabetos, o para quienes emigraron a las ciudades con ciertas desventajas en cuanto a capacitación para el trabajo industrial y nivel de escolaridad.

Sin dudas, para las generaciones nacidas en las décadas de los años treinta, cuarenta y cincuenta hubo un mejoramiento en las condiciones de vida si se les compara con sus antecesores. No obstante, en sentido general conforman en la actualidad el grupo de los adultos mayores iletrados, empobrecidos, desempleados o sin pensión por jubilación y carentes de seguridad social. Es relevante señalar que los adultos mayores más vulnerables, esto es, quienes viven en municipios de muy alta marginación, son precisamente los más desprovistos de derechohabencia. El progreso social y los avances médicos, en su conjunto, han determinado la extensión de la vida; sin embargo, es fundamental no sólo vivir más sino vivir mejor.

Referencias bibliográficas

- Cárdenas, N. (1987) “Revolución y desarrollo económico: El caso de la minería”, *Signos Históricos*, núm. 11, ene-jun. México: UAM-Iztapalapa, pp. 97-137.
- Carmagnani, M. (1984) *Estado y sociedad en América Latina, 1850-1930*. Barcelona: Crítica.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2005) *La seguridad social en México. Panorama reciente y costo fiscal, 2000-2005*. México: Cámara de Diputados-LIX Legislatura.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2006) *Índices de marginación*. México: Conapo.
- Domínguez Berjón, M. F., Borrell, C., Cano Serral, G. M., Esnaola, S., Nolasco, A., Pasarín, M. I., Ramis, R., Saurina, C., y Escolar Pujolar, A. (2008) “Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto Medea)”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, núm. 3.
- Fox Quesada, V. (2006) *Discurso pronunciado durante el lanzamiento del Seguro Popular*, 23 de febrero, México. <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/?contenido=23661>. Consulta: 15/12/2010.
- Garza, G. (1984) “Concentración espacial en la ciudad de México: 1930-1970”, *Demografía y Economía*, vol. XVIII, núm. 1, pp. 3-26.

- Garza, G., y Rivera, S. (1993) “Desarrollo económico y distribución de la población urbana en México, 1960-1990”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 1, núm. 93, pp. 177-212.
- Gobierno de la República (2009) “Ley del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*. México: Gobierno de la República.
- González Casanova, P. (1975) *La democracia en México*. México: Ediciones ERA.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (s/f) *Seguros, prestaciones y servicios del ISSSTE*. www.issste.gob.mx. Consulta: 28/12/2010.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2001) *Indicadores sociodemográficos de México, 1930-2000*. México: INEGI.
- (2005) “Los adultos mayores en México”, *Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. México: INEGI.
- (2006) *Características educativas de la población. Proporción de la población alfabeta, 1895-2000*. México: INEGI. www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/contenido/sociedad/epobla06.asp?s=est&c=26360. Consulta: 12/12/2010.
- (2010) *Indicadores macroeconómicos de coyuntura*. México: INEGI.
- Knight, A. (1996) *La Revolución Mexicana. Del Porfiriato al nuevo régimen constitucional*. México: Grijalbo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) *Indicadores básicos*. http://www.ops.org. Consulta: 02/01/2011.
- Sariego, J. L. (1987) “La reconversión industrial en la minería cananense”, *Nueva Antropología*, vol. IX, núm. 32. México: UNAM, pp. 9-24.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2009) *Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Principales cifras sistema escolar 2008-2009*. México: SEP.
- Senado de la República-LX Legislatura (2006) *Memorándum sobre seguridad social en México*, 20 de octubre. México: Senado de la República.
- Solís, L. (1980) *La realidad económica mexicana: Retrovisión y perspectivas*. México: Siglo XXI Editores.
- Stavenhagen, R. (1978) *Las clases sociales en las sociedades agrarias*. México: Siglo XXI Editores.
- Townsend, P., Phillimore, P., y Beattie, A. (1988) *Health and deprivation. Inequality and the North*. Londres: Routledge.

II

Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México

Guillermo Julián González Pérez¹
María Guadalupe Vega López¹
Carlos E. Cabrera Pivaral¹
Elva D. Arias Merino²
Armando Muñoz de la Torre¹

Introducción

En las últimas décadas México ha sido testigo de un aumento sustancial en la proporción de población en edades avanzadas, como resultado no sólo del incremento de la esperanza de vida de la población sino sobre todo del notorio descenso de la fecundidad observado a partir de los años setenta del siglo XX. De igual modo, en términos absolutos cada vez más personas rebasan los 65 años de edad, lo que ha generado una amplia gama de desafíos económicos y sociales, que van desde atender las crecientes demandas sanitarias de esta población, hasta garantizar condiciones de vida digna para la misma.

-
1. Profesores Investigadores del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
 2. Profesora Investigadora del Departamento de Salud, Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Si bien desde una perspectiva social el envejecimiento poblacional refleja en buena medida los avances que en el desarrollo social y económico logró el país a lo largo del siglo XX, no es menos cierto que en el plano individual el envejecimiento es un proceso biológico degenerativo irreversible que —aunque se registra a diferentes ritmos en cada persona— lleva implícito el incremento de la vulnerabilidad hacia diferentes tipos de padecimientos —especialmente aquéllos de carácter crónico— que afectan su capacidad, autonomía y calidad de vida (INEGI, 2005).

Así, en un contexto en el cual hay cada vez más ancianos en el país —y muchos de ellos tienen un bajo nivel educativo, carecen de seguridad social y viven (o han vivido durante buena parte de sus vidas) en condiciones de pobreza y exclusión social—, cobra especial relevancia atender de forma urgente y oportuna los problemas relativos a la salud en las edades avanzadas y desarrollar una epidemiología de la vejez que permita —entre otros aspectos— conocer las características demográficas de la población en estas edades, así como los cambios acaecidos en el perfil de su mortalidad.

En tal sentido, en este estudio se pretende documentar los cambios en la estructura por edad y género de la población mexicana de 65 años y más en las últimas dos décadas (así como su proyección a futuro) y evaluar el comportamiento de la mortalidad del adulto mayor entre 1990 y 2008, comparando en ambos casos los resultados obtenidos con la información existente a nivel internacional.

Aspectos metodológicos

La información básica para la realización de este estudio se obtuvo de distintas fuentes oficiales. En el caso de México, los datos de población provienen de las estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población en conjunto con el Colegio de México (Dirección General de Información en Salud —DGIS—, 2011) para el periodo 1990-2012, mientras que los datos de mortalidad se obtuvieron de la base de datos de mortalidad del Sistema Nacional de Información en Salud (Dirección General de Información en Salud, 2011a). Para la comparación internacional se seleccionaron tanto un conjunto de países desarrollados (Japón, Reino Unido, España y Alemania) como algunos países latinoamericanos (Chile y Colombia), con los cuales se podría tener una mejor idea de la magnitud del proceso de envejecimiento de la pobla-

ción mexicana, así como una contextualización de los cambios observados en la mortalidad del adulto mayor. La información para estos países —tanto en lo concerniente a población como a mortalidad— se adquirió fundamentalmente de la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), aunque en los casos de España y de Chile también se recurrió a información proveniente del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 2011), respectivamente.

Con los datos recolectados se calcularon tanto el peso demográfico que representa el grupo de 65 y más en el conjunto de la población, como el que tiene cada uno de los grupos de edades en la población de 65 y más. Además, se calculó el índice de envejecimiento (la relación por cociente entre la población de 65 años y más y la población menor de 15 años, multiplicada por 100). Por otra parte, se calcularon tasas de mortalidad por edad, sexo y causas; se estandarizó la tasa de mortalidad para controlar el efecto de la estructura por edades; se calculó el peso proporcional de las causas de muerte y la esperanza de vida a los 65 años de edad. Igualmente, se calcularon algunas tasas por causa según nivel de marginación social, asumiendo la definición de marginación emitida por el Consejo Nacional de Población, la cual ha sido descrita en el capítulo precedente de este libro.

Para efectos de este trabajo se consideró adulto mayor a aquella persona con 65 años o más. Si bien ésta puede ser una decisión polémica, se sustenta en el uso extendido del concepto en la literatura —y por parte de diversas instituciones del campo de la salud— para referirse a aquellas personas de edad avanzada que alcanzan la etapa posproductiva de sus vidas, pero también en la posibilidad de comparar datos a nivel internacional, una tarea que de otra forma sería imposible realizar dada la agrupación por edades de las estadísticas sanitarias por parte de la OMS.

México y el envejecimiento poblacional

Aun cuando México tiene en la actualidad una población mayoritariamente joven —lo que se refleja en el hecho de que más de 55% de la población tenía menos de 30 años en el año 2010—, no es menos cierto que el país ha experimentado en las últimas décadas un claro proceso de envejecimiento demográfico, puesto de manifiesto en el notable incremento de la población adulta mayor.

Este aumento se refleja tanto en números absolutos como relativos: mientras en 1990 había en el país casi tres millones y medio de habitantes con 65 años o más (esto es, 4.1% de la población total), en el año 2010 la cifra se incrementó en 84%, rebasando los seis millones 400 mil habitantes (lo que representa 5.9% de la población total) (cuadro II.1 y figura II.1).

Cuadro II.1
Población de 65 años y más en México, Chile y España,
y porcentaje de incremento entre 1990 y 2010

	1990	2010	% incremento
México	3'479,366	6'412,765	84.3
Chile	801,063	1'580,936	97.4
España	5'287,923	7'813,411	47.8

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México), INE (España) y CELADE (Chile).

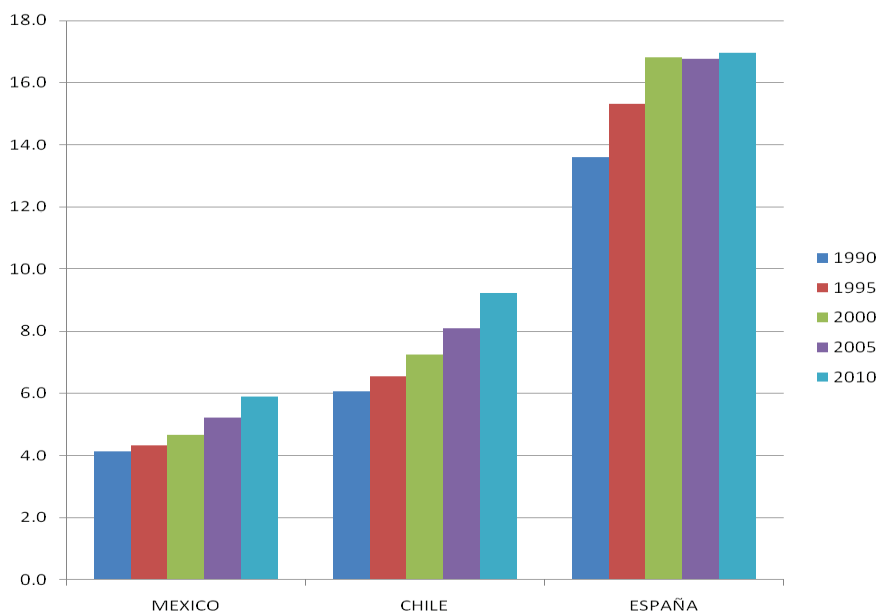
Al comparar este crecimiento con el observado en otros países iberoamericanos —como Chile y España— se puede apreciar, por una parte, que el crecimiento de la población adulta mayor en Chile entre 1990 y 2010 ha sido más marcado que en México, y por otro lado que España, aun teniendo menos habitantes que México, tiene más personas con 65 años y más, lo que significa que el peso relativo de este grupo de edades en la población total es visiblemente mayor, cercano a 18%.

Por otra parte, como se puede advertir en la figura II.1, en el año 2010 la población adulta mayor en México tenía un peso proporcional ligeramente menor que el que poseía este grupo poblacional en Chile en 1990, y obviamente en ambos países latinoamericanos la población de 65 y más tenía en el año 2010 un peso mucho menor que el que poseía en España en 1990.

Al analizar el comportamiento del índice de envejecimiento —un índice que permite comparar el peso de la población de 65 años y más con relación al de los menores de 15 años— en los tres países (figura II.2), se puede observar que en 2010 la población adulta mayor de México apenas representaba alrededor de 23% de la población menor de 15 años; esa cifra se prevé será algo mayor a 60% en 2030, lo que evidencia el creciente envejecimiento de la población mexicana, aun cuando debe considerarse que ese porcentaje está todavía por debajo del que presentaba España 40 años antes. De igual forma, no se debe perder de

Figura II.1

México, Chile y España: porcentaje que representa la población con 65 años y más del total de población de cada país, 1990-2010



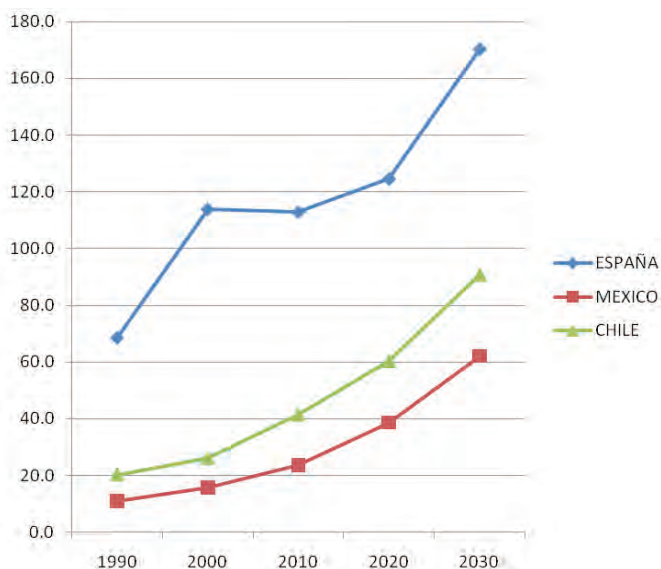
Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos de DGIS (México), INE (España) y CELADE (Chile).

vista que el envejecimiento demográfico de la población mexicana va a la zaga no sólo de los países desarrollados, sino también del de Chile y de otros países latinoamericanos.

Los datos previamente mostrados permiten evidenciar la importancia de contextualizar el proceso de envejecimiento poblacional que vive México en la actualidad: si bien es incuestionable el notable aumento de la población adulta mayor, hoy aún no se puede hablar de una población envejecida como la que presentan los países europeos (de los cuales España es una muestra), ni en una etapa más avanzada de dicho proceso —como en la que se ubican Chile y algunos otros países latinoamericanos (Argentina, Uruguay o Cuba)—; más bien se halla el país en un momento en el cual convive una numerosa población juvenil con una creciente población de 65 años y más, lo que genera a su vez la coexistencia de demandas de todo tipo por parte de ambos grupos poblacionales.

Figura II.2

México, Chile y España: índice de envejecimiento, 1990-2030



Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos de DGIS (México), INE (España) y CELADE (Chile).

No obstante ello, cabe mencionar que —a diferencia de lo sucedido en los países europeos— México, Colombia, Chile y otros países latinoamericanos vivirán un proceso de envejecimiento mucho más acelerado en los años venideros: si en los países europeos, que la población de 65 años y más pasara de 7 a 14% del total fue un proceso que duró alrededor de medio siglo (o más de un siglo en el caso de Francia), en México y en el resto de los países mencionados este proceso se prevé dure apenas entre 20 y 25 años (Kinsella y Wan, 2009). Aunque en el caso de México la población adulta mayor aún no representa 7% —este porcentaje se deberá alcanzar alrededor del año 2015—, indudablemente estas proyecciones ponen de manifiesto el reto que significa tener en el país, en un lapso relativamente breve (aproximadamente para el año 2035), cerca de 18 millones de habitantes mayores de 64 años (CELADE, 2011).

En otro orden de ideas, es necesario destacar el predominio de la población femenina en la población mexicana mayor de 64 años. Como se aprecia en el cuadro II.2, en términos generales la población feme-

nina es 20% mayor que la masculina en este grupo, aunque es evidente que este predominio se acrecenta con el paso de los años, pues en las edades más avanzadas —en particular después de los 85 años— la población femenina es, desde 1995, más de 40% mayor que la masculina.

Cuadro II.2
México: razón población femenina/población masculina
por grupos de edad, 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
65-69 años	1.14	1.14	1.14	1.15	1.15
70-74 años	1.19	1.19	1.19	1.19	1.19
75-79 años	1.25	1.25	1.25	1.25	1.24
80-84 años	1.32	1.33	1.33	1.33	1.30
85 y más años	1.36	1.42	1.45	1.46	1.41
65 y +	1.22	1.22	1.22	1.22	1.22

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

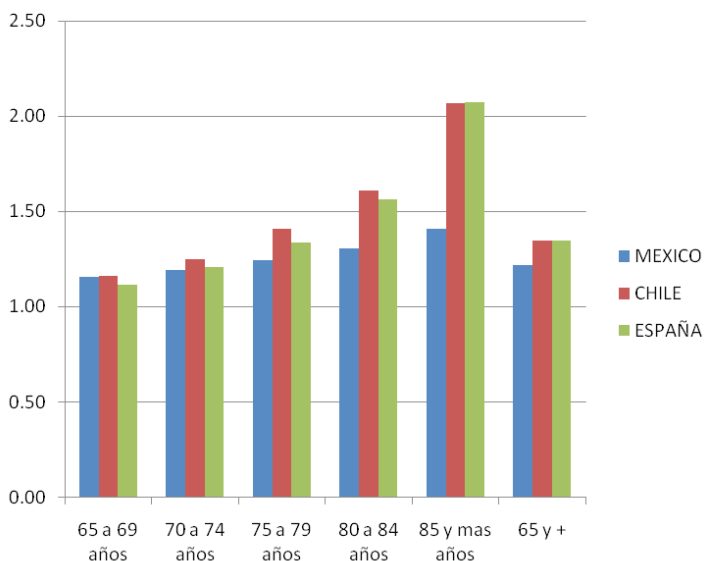
Aunque el exceso de mujeres en relación con el número de hombres en estas edades es un hecho común a nivel internacional, cabe destacar que en México este exceso es relativamente menor que el observado en otros países, como Chile y España, en los cuales la población femenina de 65 años y más rebasa en casi 40% a la masculina, situación que se acentúa aún más a partir de los 75 años y en particular en el grupo de 85 y más, en el cual hay más de dos mujeres por cada hombre en ambos países (figura II.3). Aún así, es indudable que tal hecho representa un desafío para la atención sanitaria si se toma en cuenta que dada la experiencia de vida de las generaciones que ahora tienen 65 años o más —o que arribarán a esa edad en los años venideros—, la mayoría de estas mujeres no cuentan con seguridad social al no haber tenido un empleo estable durante su vida.

Un último aspecto en este apartado sobre el cual cabe hacer una reflexión es el referido a la distribución de la población adulta mayor por grupos de edades. Dado que la mortalidad es una función de la edad (a más edad, mayor mortalidad), los efectivos poblacionales tienden a ser cada vez más reducidos a medida que la edad se incrementa después de los 65 años.

Así es en el caso de México, donde se puede apreciar (cuadro II.3) que la proporción de personas con menos de 75 años se ha incremen-

Figura II.3

México, Chile y España: razón población femenina/población masculina por grupos de edad, 2010



Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos de DGIS (México), INE (España) y CELADE (Chile).

tado entre 1990 y 2010, pasando de representar alrededor de 58% en el primer año mencionado, a casi 62% en 2010; en números absolutos, esto significa que la población de entre 65 y 74 años casi se ha duplicado, pasando de algo más de dos, a prácticamente cuatro millones en 20 años.

Cuadro II.3

México: porcentaje de población por grupos de edades, 1990-2010

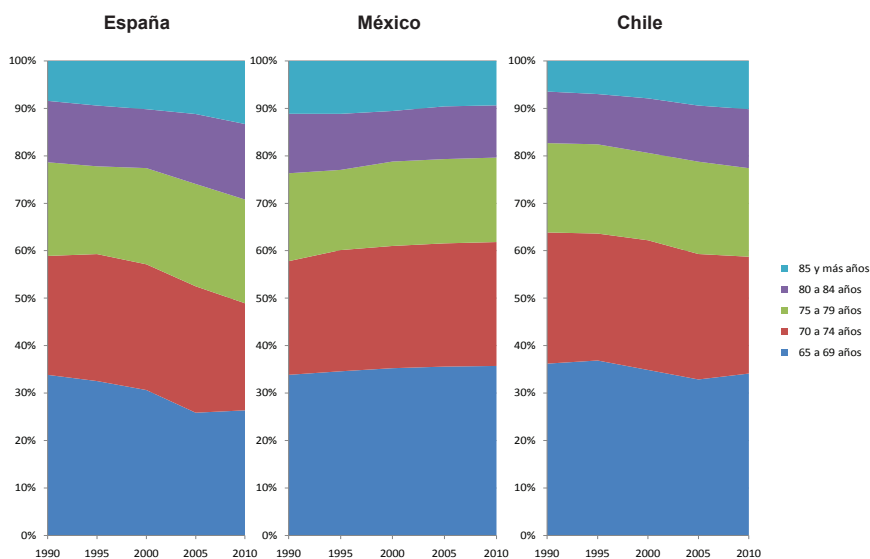
	1990	1995	2000	2005	2010
65-69 años	33.8	34.6	35.2	35.6	35.7
70-74 años	24.0	25.6	25.8	26.0	26.1
75-79 años	18.5	16.9	17.8	17.8	17.8
80-84 años	12.5	11.8	10.7	11.1	11.0
85 y más años	11.1	11.1	10.5	9.6	9.4

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Por el contrario, la población de 80 años y más ha disminuido proporcionalmente (en particular la del grupo de 85 y más), y su aumento en números absolutos es mucho más modesto, apenas de medio millón de personas —al pasar de algo más de 800,000 a 1'300,000 entre 1990 y 2010.

Si bien es obvio que en todos los países la mayoría de la población adulta mayor se encuentra entre los 65 y 74 años, lo que llama la atención es que en México haya disminuido el peso proporcional de la población con edades superiores a los 79 años. Al comparar esta situación nuevamente con España y Chile, se puede apreciar cómo en ambos países —y especialmente en España— ha aumentado de forma notoria la proporción de población con 80 años y más, alcanzando casi 30% de toda la población adulta mayor en España y casi 23% en Chile. En números absolutos, Chile ha más que doblado el número de personas en esta edad, mientras que en España la población mayor de 79 años también se ha duplicado, incrementándose en más de un millón de personas entre 1990 y 2010, cuando alcanza ya los 2'300,000 habitantes (figura II.4).

Figura II.4
España, México y Chile: distribución porcentual de la población por grupos de edades, 1990-2010



Fuente: elaboración propia a partir de bases de datos de DGIS (México), INE (España) y CELADE (Chile).

Una de las facetas más importantes del proceso de envejecimiento en la actualidad es el incremento de la población más longeva —o sea, aquella por encima de los 80 años—, un evento relacionado con la mayor supervivencia a edades avanzadas y, por ende, con una menor mortalidad en las mismas.

Aun cuando el crecimiento poblacional en México de este grupo ha sido más moderado, es indudable que el tener actualmente cerca de un millón y medio de habitantes de 80 años y más genera una notable demanda de recursos y servicios (Zhou, Norton y Stearns, 2003), que se irá incrementando en años venideros, pues las proyecciones indican que esta población se puede triplicar en los próximos 25 años.

Mortalidad del adulto mayor en México

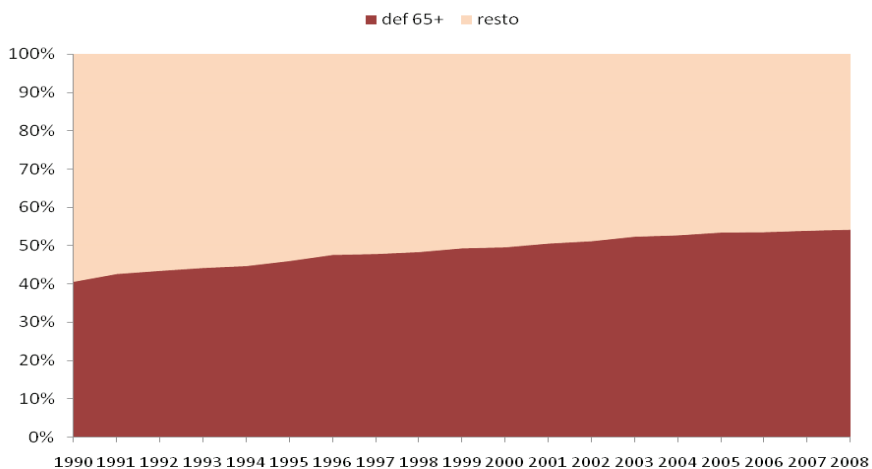
En las últimas décadas se ha podido apreciar en el país un franco descenso de la tasa de mortalidad y, consecuentemente, un incremento de la esperanza de vida al nacer. Así, la tasa ajustada de mortalidad se ha reducido en 20% entre 1990 y 2008, de 6.9 a 5.5 por 1,000 (una disminución similar se observa para ambos sexos), mientras que la expectativa de vida al nacer se ha incrementado en 4.8 años (de 71 a 75.8 años) en el mismo lapso (5.3 años en hombres y 4.1 años en mujeres).

El descenso previamente mencionado, no obstante el aumento en el número de defunciones totales en el país —que ha pasado de 422,830 en 1990 a 539,530 en 2008—, está relacionado con los cambios demográficos expuestos en el apartado previo y el consiguiente incremento de la población adulta mayor, en la cual el riesgo de muerte es más elevado.

En la práctica el peso específico del grupo de 65 y más años en el total de defunciones ha aumentado sustancialmente: de alrededor de 40% en 1990 a casi 55% en 2008 (figura II.5), cuando casi 300,000 defunciones fueron de adultos mayores.

A pesar de este incremento proporcional reseñado, el peso que tienen los fallecimientos de adultos mayores en el total de defunciones en México es mucho menor que el observado en países desarrollados, donde rebasa 80%, o incluso en Chile, en donde representa las dos terceras partes del total de las defunciones (figura II.6), por lo que cabría esperar un marcado incremento de este porcentaje en México en el futuro próximo.

Figura II.5
México: porcentaje de defunciones de 65 años y más
del total de defunciones, 1990-2008

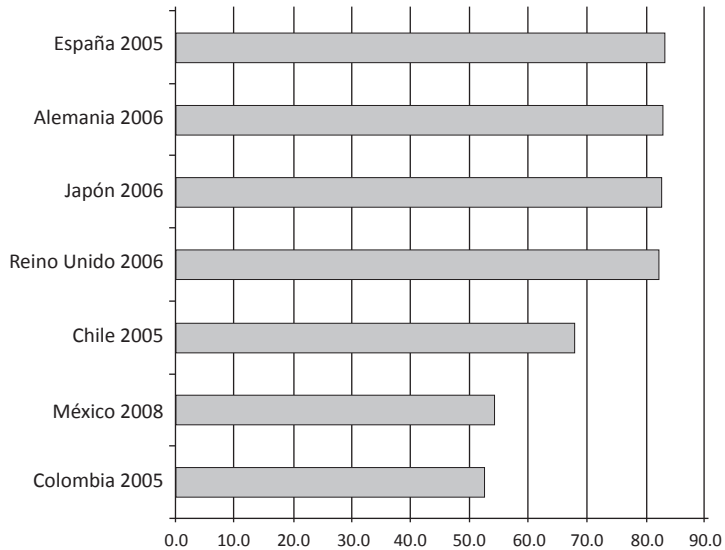


Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Al analizar el comportamiento de la tasa de mortalidad en el grupo de 65 años y más, se puede observar —a primera vista— que la misma descende ligeramente entre 1990 y 2008; sin embargo, cuando se estandariza la tasa, la imagen es diferente, pues se pone de manifiesto que en realidad —al controlar el efecto distorsionador de la estructura por edades de la población adulta mayor— el riesgo de muerte se ha incrementado levemente en el periodo estudiado, al pasar la tasa de 49.3 por 1,000 en 1990 a 52 en el año 2008, un aumento de 5.2% (figura II.7). Este aumento de la tasa se observa tanto entre la población femenina como en la masculina, aunque algo más marcado en esta última (figura II.8).

Figura II.6

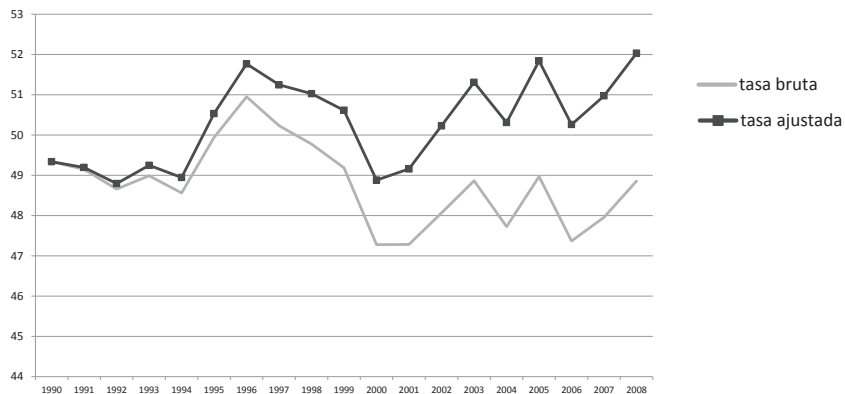
Porcentaje de defunciones de 65 años y más del total de defunciones:
México, 2008, y países seleccionados alrededor de 2006



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México) y WHO Mortality Database.

Figura II.7

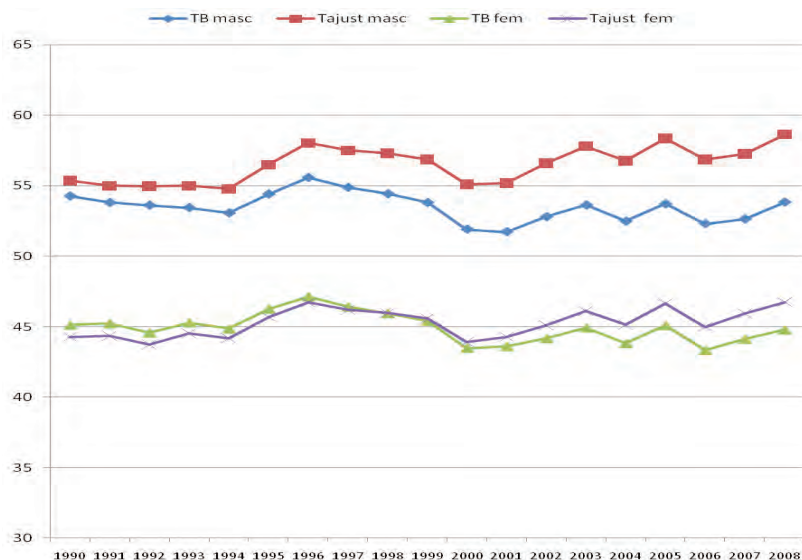
México: evolución de la tasa de mortalidad (bruta y ajustada, por 1,000 habitantes) en el grupo de 65 años y más, 1990-2008



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Figura II.8

México: evolución de la tasa de mortalidad (bruta y ajustada, por 1,000 habitantes) por sexo, en el grupo de 65 años y más, 1990-2008

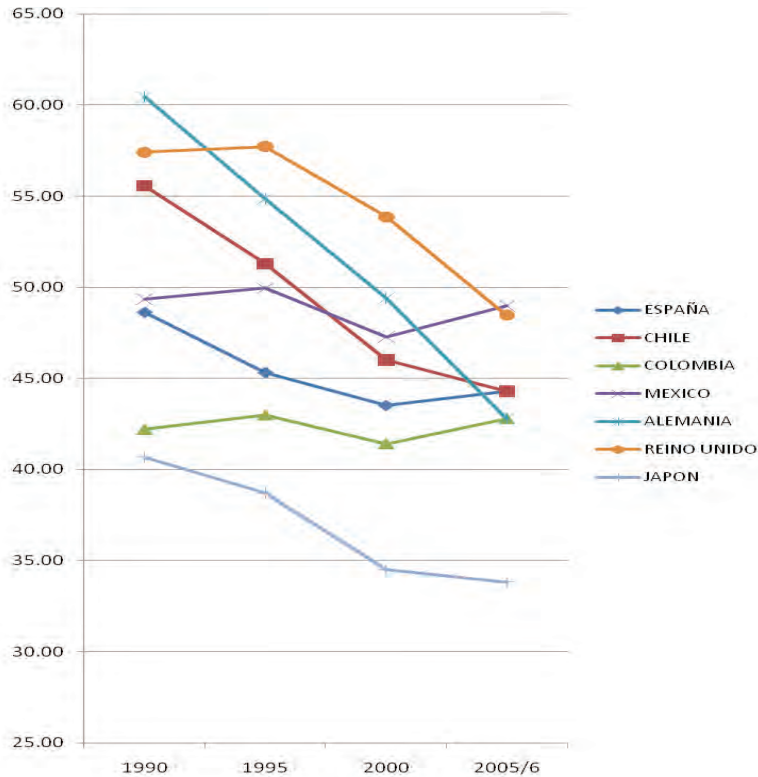


Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Este leve incremento —o más bien estancamiento— de la tasa de mortalidad del adulto mayor no es tan común en el escenario internacional. Al comparar la evolución a partir de 1990 de la tasa bruta de mortalidad del adulto mayor de México con la evolución que presenta la tasa de varios países desarrollados o latinoamericanos, puede apreciarse que en la mayoría de los casos —con la excepción de Colombia— la tasa tiende a disminuir; pero además cabe señalar que la tasa de mortalidad de México al final del periodo (en este caso la de 2006, para que fuera comparable con las tasas del resto de los países) es la más elevada de todas, excediendo en 45% la tasa que presenta Japón, en casi 15% las tasas de Alemania y Colombia, y en 11% las de España y Chile para la misma fecha. Lo anterior, aun cuando al comienzo del periodo la tasa de México se encontraba en un nivel intermedio al compararse con la del resto de los países analizados (figura II.9).

Figura II.9

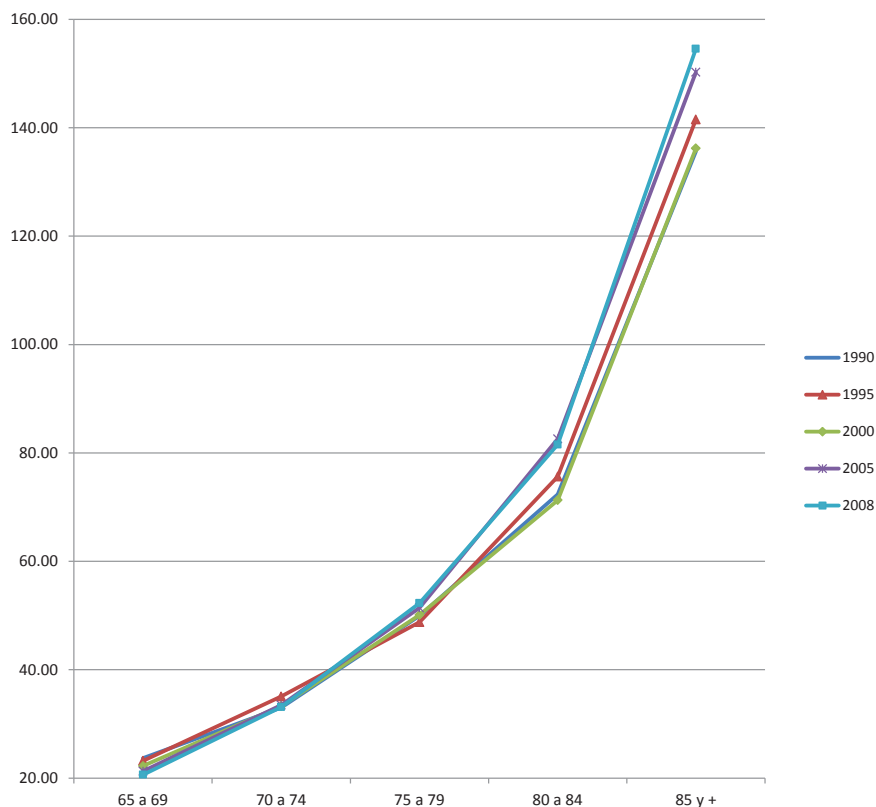
México y países seleccionados: tasas de mortalidad (por 1,000 habitantes) en el grupo de 65 años y más, 1990-2005/6



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México) y WHO Mortality Database.

Un análisis más a fondo de esta situación implica evaluar el comportamiento de la mortalidad por cada uno de los grupos de edades que integran el grupo de 65 y más (figuras II.10 y II.11).

Figura II.10
México: tasa de mortalidad (por 1,000 habitantes) por grupos de edades, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2008

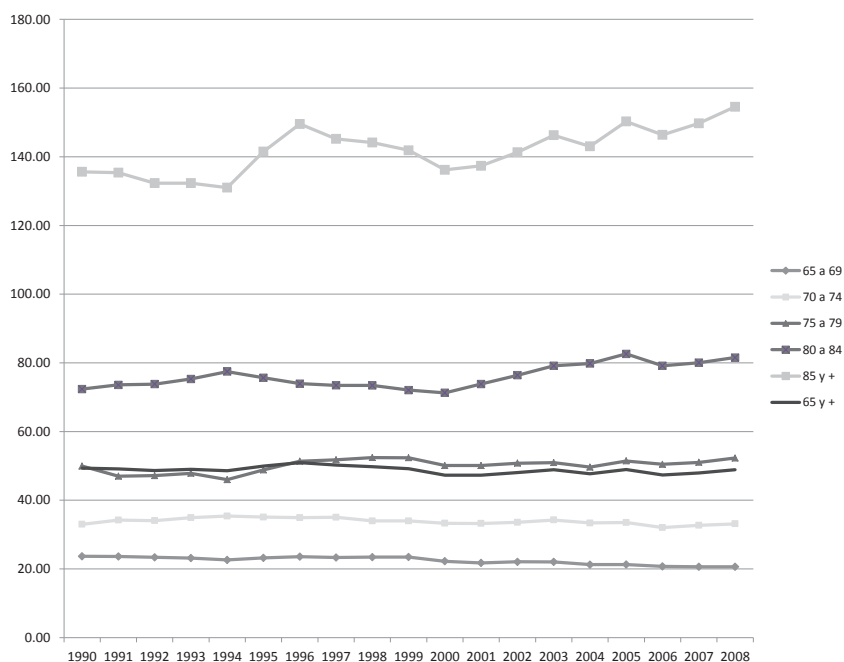


Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

En primer lugar, como puede apreciarse en la figura II.9 el comportamiento por edades de la mortalidad refleja lo esperado: la tasa se incrementa en la medida que aumenta la edad. Ahora bien, llama la atención que las tasas en las edades por encima de los 79 años no sólo sean las más elevadas, sino que también aumenten en los últimos años analizados (como revelan las curvas de 2005 y 2008). Esta tendencia se puede ver de forma más clara en la figura II.10, en la cual se muestra la evolución de las tasas en las últimas dos décadas: mientras que las tasas en los grupos 80-84 años y 85 años y más se han incrementado en casi

15% en el lapso analizado, la tasa en el grupo de 65-69 años es la única que disminuye, y se ha reducido en 12%.

Figura II.11
México: evolución de la tasa de mortalidad (por 1,000 habitantes) por grupos de edades, 1990-2008

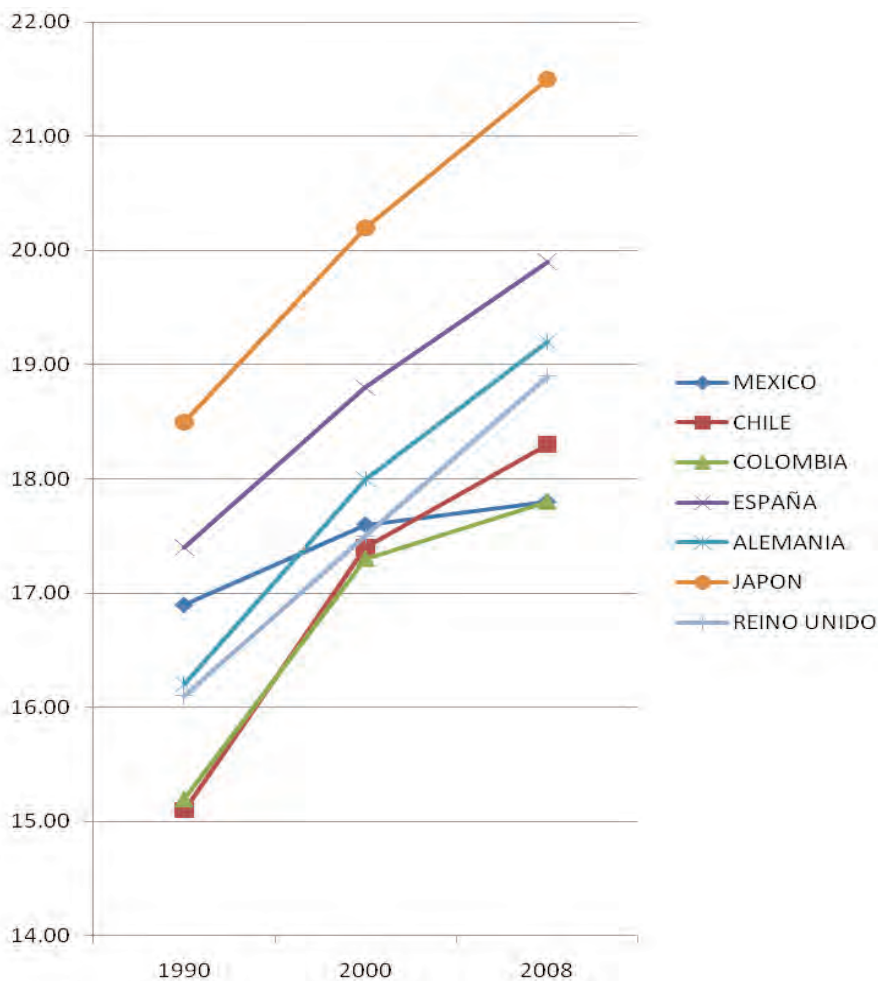


Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Los resultados antes expuestos, aunque ponen de manifiesto avances en la reducción de la mortalidad de los adultos mayores “más jóvenes” —aquéllos entre 65 y 69 años—, parecen también sugerir que el estancamiento de la tasa de mortalidad en el adulto mayor en los últimos dos decenios responde en buena medida al aumento de la mortalidad a partir de los 80 años.

Indudablemente este estancamiento de la tasa de mortalidad se ve reflejado en la esperanza de vida calculada a los 65 años, pues de los países analizados, es México el que presenta un menor incremento de la expectativa de vida a esta edad: apenas 5%, lo que en la práctica significa un aumento de menos de un año entre 1990 y 2008 (figura II.12).

Figura II.12
México y países seleccionados: esperanza de vida (en años)
a los 65 años, 1990, 2000 y 2008



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México) y WHO Mortality Database.

Llama la atención que en 1990 México se encontrara en un nivel intermedio en lo referido a la esperanza de vida a los 65 años en el contexto de los países analizados, y que sin embargo termine a la zaga del

resto de los países al final del lapso estudiado; en este mismo periodo Chile sobrepasó claramente a México —aumentó en más de tres años la esperanza de vida a los 65 años— y Colombia lo igualó, lo que refleja que en ambos países la mortalidad del adulto mayor se ha reducido de forma importante.

Por otra parte, las cifras alcanzadas por España y sobre todo Japón ponen de manifiesto hasta dónde se puede llegar en este sentido, pues aunque en ambos países la esperanza de vida a los 65 años era ya de por sí alta en 1990, la misma aumentó sustancialmente en estas dos décadas.

Para completar el análisis de la mortalidad del adulto mayor en México, es necesario evaluar el perfil de la mortalidad por causas y los cambios acaecidos en los últimos años.

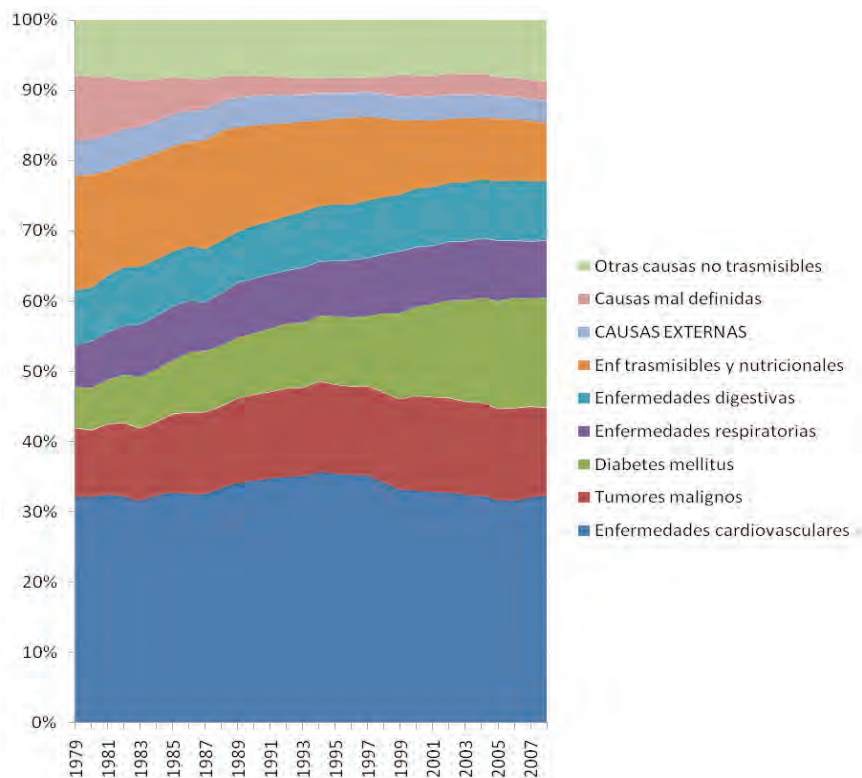
Al observar cómo ha variado el peso proporcional de las principales causas de muerte en los últimos 30 años —entre 1979 y 2008— en este grupo de edad (figura II.13), es evidente el predominio de las enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el periodo: si en 1979 representaban alrededor de 70% de todas las defunciones, en 2008 esa cifra rebasaba 80%. En particular, el mayor peso lo han tenido las enfermedades cardiovasculares —un rubro amplio que incluye tanto las enfermedades del corazón como cerebrovasculares e hipertensivas—, seguidas por los tumores malignos, y más recientemente la diabetes mellitus. Entre las tres son responsables en la actualidad de casi seis de cada 10 defunciones de adultos mayores.

A la par de lo anterior, se observa un descenso sostenido en la mortalidad por enfermedades transmisibles, cuyo peso relativo ha caído a la mitad en estos tres decenios (de 16 a 8%), de las causas mal definidas —que han pasado de representar 9% en 1979 a menos de 3% en 2008— y una reducción mucho más modesta del peso proporcional de las muertes por causas externas (accidentes, suicidios, homicidios) —de 5 a 3%—, las cuales de por sí desempeñan un papel prácticamente marginal en el conjunto de causas que provocan las defunciones en estas edades.

Estos datos son congruentes con el proceso de transición epidemiológica en el que se encuentra inmerso México, con un notorio predominio de las enfermedades crónico-degenerativas y una marcada reducción del peso de las enfermedades transmisibles y nutricionales en la población adulta mayor.

Figura II.13

México: porcentaje de defunciones según causa de muerte en el grupo de 65 años y más, 1979-2008



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

La comparación de las tasas de mortalidad por causas en 1990 y 2008 permite complementar el perfil de la mortalidad del adulto mayor en México (cuadro II.4). La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares es la más alta tanto en 1990 como en 2008, y aunque se ha reducido levemente, dobla la tasa de mortalidad por diabetes mellitus, que ocupaba el segundo lugar en 2008. Las enfermedades cardiovasculares son la causa de muerte predominante a nivel mundial en la población adulta mayor, en particular en los países desarrollados (Mathers et al., 2005). La mayor reducción se observa en la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y nutricionales, rubro que ha descendido

del segundo puesto en 1990 al quinto en 2008; igualmente notable es la reducción observada en la tasa de mortalidad por causas externas.

Cuadro II.4

México: tasas de mortalidad en el grupo de 65 años y más (por 10,000 habitantes) según causa y porcentaje de cambio, 1990 y 2008

	1990	2008	% cambio	
			Incremento	Reducción
Enfermedades cardiovasculares	170.3	158.0		7.2
Tumores malignos	60.1	61.1	1.6	
Diabetes mellitus	43.0	76.8	78.4	
Enfermedades respiratorias	38.5	39.4	2.3	
Enfermedades digestivas	37.1	41.5	11.8	
Enfermedades transmisibles y nutricionales	70.4	40.9		41.8
Causas externas	20.8	15.0		28.0
Causas mal definidas	13.7	13.2		3.9

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Sin embargo, lo que más llama la atención es el considerable incremento de la tasa de mortalidad por diabetes mellitus, la cual ha aumentado en 78% entre 1990 y 2008. Si en 1990 la diabetes era responsable de alrededor de 15,000 defunciones de adultos mayores, en 2008 los fallecimientos debidos a esta causa rebasaron la cifra de 45,000, lo que demuestra la trascendencia en la actualidad de esta patología para la población de 65 años y más.

Aunque pudiera parecer que el incremento de la mortalidad por diabetes mellitus en la población de edad avanzada es una consecuencia lógica de la transición epidemiológica que vive el país y debiera ser visto en el contexto de la creciente importancia de las enfermedades crónico-degenerativas, si se comparan los datos nacionales con los de otros países se puede apreciar que México no sólo tiene las tasas más elevadas por esta causa, sino que también es uno de los países donde la tasa crece a un ritmo mayor, sólo superado por Colombia en este periodo (cuadro II.5).

Es de destacar que mientras en los países desarrollados la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en el adulto mayor tiende a reducirse, manteniéndose en niveles relativamente bajos, en los países latinoamericanos la tendencia es francamente contraria (Kinsella y Wan, 2009), aunque todavía las cifras presentadas por Colombia y Chile —los países

Cuadro II.5

México y países seleccionados: tasas de mortalidad en el grupo de 65 años y más (por 10,000 habitantes) por diabetes mellitus y porcentaje de cambio, 1990 y 2005/6

	1990	2005/06	% cambio	
			Incremento	Reducción
Chile	11.6	19.7	69.1	
Colombia	11.3	22.1	96.4	
España	15.1	13.2		12.6
Alemania	14.0	12.7		9.7
Reino Unido	8.1	5.7		29.5
Japón	4.8	4.2		12.1
México	43.0	75.1	74.5	

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México) y WHO Mortality Database.

latinoamericanos considerados en este análisis— no alcanzan los niveles exhibidos por México, cuya tasa más que triplicaba la observada en estos dos países alrededor de 2006.

Los datos previamente expuestos evidencian que el impacto de la diabetes en la salud del adulto mayor puede ser controlado —y reducida su importancia como causa de muerte—, como lo demuestran diferentes países desarrollados; no obstante, el hecho de que en México (como en menor medida sucede en otros países latinoamericanos) el riesgo de morir por diabetes se incrementa notoriamente, refleja no sólo la existencia de una posible predisposición genética a padecer la enfermedad, sino sobre todo la falta de un control adecuado del padecimiento por parte de los servicios de salud —y a su vez, la carencia de una apropiada educación sanitaria de la población— y el efecto de estilos de vida poco saludables al que han estado expuestos los ahora adultos mayores a lo largo de su existencia.

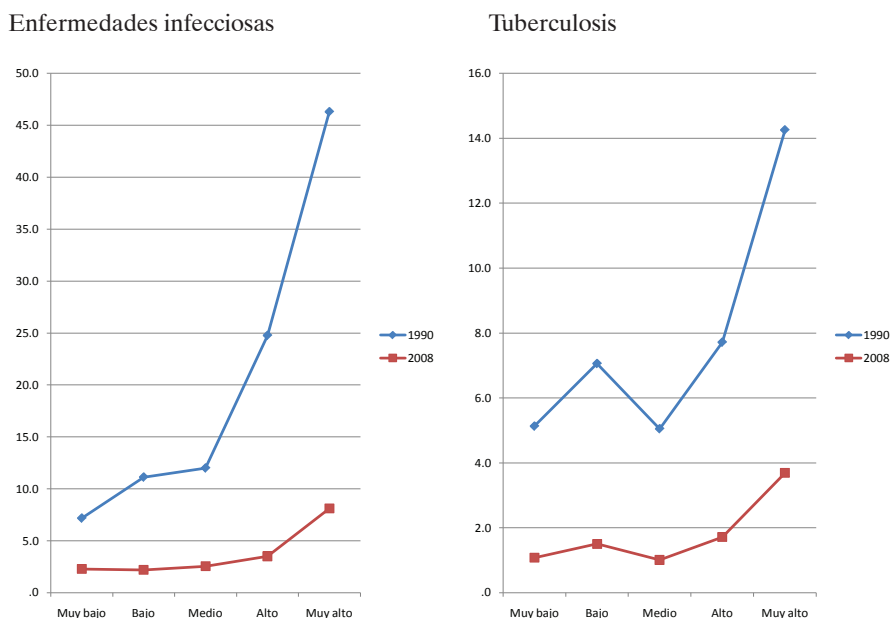
Finalmente, cabe destacar la importancia del entorno social para entender el comportamiento de algunas causas de defunción en el adulto mayor, en particular aquellas que provocan muertes que podrían ser evitadas —aun entre personas de edad avanzada— con distintas acciones de salud, con mejores condiciones ambientales o con la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Es el caso de las enfermedades

transmisibles, y conforme a los datos presentados anteriormente, la mortalidad por este tipo de enfermedades se ha reducido notablemente en los últimos años. No obstante ello, todavía hubo más de 25 mil defunciones por enfermedades transmisibles en este grupo de edad en 2008, de las cuales casi dos mil son producto de enfermedades infecciosas, y una cifra algo menor debida a la tuberculosis, por citar algunos ejemplos.

En la figura II.14 se presentan las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y por tuberculosis según grado de marginación social, para los años 1990 y 2008. Aun cuando es evidente que las tasas de mortalidad han descendido en todos los niveles de marginación, la población adulta mayor que vive en condiciones de alta o muy alta marginación seguía, en 2008, exhibiendo tasas de mortalidad mucho más elevadas que la que vive en condiciones de baja o muy baja marginación. Inclusive, en el caso de la tuberculosis la sobremortalidad que presenta la población que vive en condiciones de muy alta marginación respecto a la de muy baja marginación se ha incrementado, pasando de 2.8 en 1990 a 3.4 en 2008, esto es, su tasa más que triplica la que se observa en el nivel de muy baja marginación.

Aunque la población adulta mayor que vive en condiciones de alta y muy alta marginación representaba en 2008 sólo 16% del total, las diferencias observadas en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y por tuberculosis revelan la importancia de las desigualdades sociales para entender el comportamiento de la mortalidad por este tipo de causas, y la existencia de inequidades en salud que se traducen en el mayor riesgo de morir por estas enfermedades que tienen los adultos mayores que viven en tales condiciones.

Figura II.14
México: tasas de mortalidad en el grupo
de 65 años y más (por 10,000 habitantes)
por causas seleccionadas y nivel de marginación, 1990 y 2008



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos de DGIS (México).

Consideraciones finales

A pesar de la rebotante juventud que todavía tiene la población mexicana, el país se encuentra envuelto —desde hace varias décadas— en un proceso de envejecimiento demográfico que se hará más intenso en los próximos decenios, lo cual va a generar mayores desafíos, en especial para el campo de la salud.

Aunque la proporción de población adulta mayor en México no puede compararse aún con la proporción que la misma representa en los países desarrollados —ni incluso con la de algunos países latinoamericanos—, sin duda su magnitud en números absolutos y su posible crecimiento en las próximas décadas pone de manifiesto la necesidad de disponer de mayores recursos para la atención a este grupo pobla-

cional, sin desatender a la numerosa población infantil y juvenil que coexistirá durante un largo periodo de tiempo con la población adulta mayor. A su vez, el franco predominio de la población femenina en este grupo —el cual se incrementa en la medida que aumenta la edad, dada la sobremortalidad masculina existente— hace necesario el abordaje de los problemas relativos al adulto mayor desde una perspectiva de género (INEGI, 2005).

En el contexto del envejecimiento demográfico merecen atención algunos aspectos escasamente tratados en la literatura nacional y que se ponen de manifiesto al analizar el periodo comprendido entre 1990 y 2010. Son los casos de la disminución proporcional —y su relativamente lento incremento absoluto— de la población de 80 años y más respecto a la población adulta mayor; del estancamiento de la tasa de mortalidad en el grupo de 65 años y más (y el incremento de la tasa en las edades más avanzadas); del lento crecimiento de la esperanza de vida a la edad de 65 años; del dramático aumento de la mortalidad por diabetes mellitus en estas edades y de la relación entre marginación social y mortalidad por algunas enfermedades transmisibles en la población de 65 años y más.

Obviamente algunos de estos hechos están íntimamente relacionados entre sí: la esperanza de vida a los 65 años no se ha incrementado a un ritmo mayor porque no se ha reducido la mortalidad, sobre todo a partir de los 70 años, y la mortalidad no disminuye, entre otras razones, por el incremento desmedido —sobre todo comparándolo con el nivel internacional— de la mortalidad por diabetes. En definitiva esto se traduce en que la población adulta mayor que más se incrementa es la “más joven”, ralentizándose el crecimiento de la población mayor de 80 años y más.

En el ámbito internacional, diversos estudios reflejan la tendencia al descenso de la mortalidad en la población adulta mayor y al incremento de la esperanza de vida a los 65 años, así como al incremento de la población más longeva (80 y más) y la necesidad de mayores recursos para la atención que estos cambios suponen. Ir —por decirlo de algún modo— a contracorriente de estas tendencias debe implicar una reflexión a fondo de las condiciones de vida que rodean a la población adulta mayor en México, asumiendo la importancia no sólo de que estas personas vivan más, sino de que vivan mejor, en una sociedad más saludable y menos desigual desde una perspectiva social.

Referencias bibliográficas

- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (2011) *Información demográfica. Estimaciones y proyecciones*, Chile. http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm. Consulta: 6 de febrero de 2010.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2011a) *Base de datos de estimaciones de población 1990-2012*, Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais). México: El Colegio de México. <http://www.sinais.salud.gob.mx>. Consulta: 15 de febrero de 2010.
- (2011b) *Base de datos de defunciones 1979-2009*, Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais). México: Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>. Consulta: 12 de febrero de 2011.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011) *INEbase/Demografía y población/ Cifras de población y censos demográficos*. http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm. Consulta: 15 de febrero de 2010.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2005) “Los adultos mayores en México”, *Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Aguascalientes: INEGI.
- Kinsella, Kevin, y Wan, He (2009) *U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Mathers, Colin D., López, Alan, Stein, Claudia, Fat, Doris Ma., Rao, Chalapati, Inoue, Mie, Shibuya, Kenji, Tomijima, Niels, Bernard, Christina, y Xu, Hongyi (2005) “Deaths and Disease Burden by Cause: Global Burden of Disease Estimates for 2001 by World Bank Country Groups”, *Second Project on Disease Control Priorities in Developing Countries*, Working Paper núm. 18 (revisado). Washington, DC: OMS/Banco Mundial/Fogarty International Center/U. S. National Institutes of Health.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011) *WHO Mortality Database*. <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>. Consulta: 15 de febrero de 2010.
- Zhou, Yang, Norton, Edward C., y Stearns, Sally C. (2003) “Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More”, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, núm. 59B, pp. S2-S10.

III

El urbanismo en Guadalajara a partir del siglo XIX

María Ana Valle Barbosa¹
Armando Muñoz de la Torre¹

En este capítulo nuestro propósito es presentar una descripción de las casas habitación a partir de la distribución geográfica de la ciudad acorde con las Leyes de Indias, además de hacer referencia a los cambios arquitectónicos de las fincas y al crecimiento de las colonias de Guadalajara hasta nuestros días.

El urbanismo es un término extenso y, por tanto, ambiguo. Se ha usado a través del tiempo con varias connotaciones, aunque todas relativas al desarrollo de las ciudades (Vázquez, 1992). En este trabajo lo consideraremos para referirnos a la evolución física y espacial de Guadalajara.

Iniciamos citando que de acuerdo con las Leyes de Indias, las ciudades debían contar con un río de agua corriente a un buen nivel, con la finalidad de evitar los miasmas (*Memorias del Ayuntamiento*, 1986-88). Al mismo tiempo, las ciudades iniciaban su construcción con una traza reticular, teniéndose como punto de partida una plaza mayor rodeada de los edificios públicos importantes. Es el caso de Guadalajara, la cual al establecerse en el Valle de Atemajac en el año 1542 (Santoscoy, 1984), partió de una plaza central llamada Plaza Mayor (hoy Plaza de

1. Profesores Investigadores del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Armas), y a su alrededor se construyeron los edificios públicos importantes (López, 1987; Ribera, 2003). Después se erigieron el resto de los edificios y las casas habitación; estas últimas se ubicaron de acuerdo con la condición social de las familias.

Durante el siglo XVIII se registró un aumento en la población de Guadalajara, (Muriá, 1982) por lo tanto se requirieron más casas habitación, llegando a unirse los pueblos de indios —Mexicaltzingo, Analco, Mezquitán— a la ciudad. Por tal razón los reformadores de finales del siglo XVIII en la Nueva España consideraron importante que se aplicaran los avances de la ciencia en la organización del espacio urbano. Tal reforma buscaba que las ciudades recuperaran la cuadrícula inicial trazada en la fundación hispana, la cual se había perdido con el paso de los años; los espacios de las propiedades privadas, así como las órdenes religiosas, se extendieron hacia las calles. Dicho espacio se incorporó como espacio privado. Esteban Sánchez de Tagle (citado en Barbosa, 2005) señaló que en el siglo XVIII se quería recuperar la idea de ciudad de quienes diseñaron la cuadrícula en el siglo XVI, ya que la ciudad estaba razonada en el orden. Los Borbón quisieron recuperar la cuadrícula como un reflejo del orden instaurado por este nuevo estado, en una explícita reminiscencia del orden soñado por los conquistadores.

Sin embargo, durante la época de la Colonia (siglos XVI al XVIII), la República independiente (del siglo XIX a la primera década del XX), el México de la posrevolución (1915-1962) y el México contemporáneo (desde el último tercio del siglo XX hasta hoy) se ha identificado que en cada etapa histórica se impulsó un proyecto establecido de ciudad novohispana, estructurándose en dos sistemas social-territoriales cruzados, esto es: versión urbana de las repúblicas de indios y de blancos reproducida en virtud de la polarización estamentaria (Méndez, 2002).

Las casas de las personas acomodadas —económicamente hablando— se encontraban más al centro de la ciudad; mientras más retiradas del centro, se encontraban en peores condiciones (Galindo, 1908). Lewis (1873, citado en Iguíniz, 1951) explicó que las casas de las personas ricas se encontraban en el centro de la ciudad, construidas con materiales de calidad, pintadas, luciendo algunas de ellas realmente hermosas. El área central estaba ocupada particularmente por los españoles ricos; en la periferia, en los terrenos irregulares se ubicaban los barrios de indios (Méndez, 2002). Por su parte, Muriá (1987) destacó que en las casas del centro de la ciudad el patio era el atractivo princi-

pal, el cual se adornaba con numerosas macetas que contenían plantas de flores finas muy bien cuidadas.

Por otro lado, Galindo (1908) destacó que quienes habitaban las casas de la periferia eran el grupo más necesitado, el cual estaba conformado por la gran mayoría; esos asentamientos eran nombrados arrabales. Además, encontró viviendas sin techos apropiados y cada vez de peor calidad, con “pisos de mala calidad o de tierra, algunas con las paredes cubiertas de mezcla y las demás sólo el tabique con un sinnúmero de orificios llenos de polvo que servían de guarida para los bichos” (Galindo, 1908: 206 y 207).

Destacó que con frecuencia las familias que se encontraban en una extrema pobreza vivían en lo que él llamó “cuartos redondos” (pp. 217 y 218), conformados por un solo cuarto que hizo la función de una casa. Esta única pieza funcionó como recámara y cocina. Trujillo (1987) señaló que también fueron utilizados por pequeños comerciantes, o como cuartos de trabajos de artesanos, los cuales no contaban con excusado ni resumideros, y los residuos de orina o agua eran arrojados a la calle.

Iguíniz (1951: 2) explicó que “los barrios de la ciudad están formados por malísimas construcciones, bajas, de un solo piso, hechas de adobe y la mayor parte con techos oblicuos de teja; feas y sucias en grado supremo”. Al mismo tiempo encontró que los habitantes de dichos barrios le parecieron más miserables que los de los pueblos por donde había pasado antes.

Asimismo, consideró la importancia de la distribución de los servicios, como la ubicación de sanitarios, cocina, dormitorios, etc., en las viviendas de los habitantes más desprovistos de la ciudad, ya que constituye una promiscuidad el alternar con los alimentos y la suciedad, como se vivía en esos momentos por las condiciones tanto sociales como económicas de algunos habitantes de la ciudad.

Las situaciones antihigiénicas eran una costumbre general de los habitantes de los espacios más pobres, entre ellas se encontraba: el arrojar a la calle la orina que se acumulaba en un recipiente durante la noche, el aseo de animales en la calle, así como tirar el estiércol. Por ese motivo Galindo propone que desaparezcan sobre todo los cuartos redondos (Galindo, 1908).

Además de lo señalado anteriormente, desde el siglo XVII y particularmente en el XVIII se construyeron casas para la renta de una forma colectiva. Estas casas fueron las llamadas vecindades, señaló Ribera (2003), las cuales se ajustaron al modelo de casa centrado alrededor del

patio con un corredor fortificado, y sobre el que se abren las puertas de numerosas viviendas de uno o dos cuartos, cuando más.

En este tipo de vivienda, al igual que en los cuartos redondos, vivían artesanos que utilizaban sus habitaciones como tienda y taller, por lo que se invadían mutuamente los espacios colectivos, como pasillos y patios (Trujillo, 1987). Además los cuartos de estas vecindades carecían de luz, ventilación; sus muros, techos y pisos se encontraban en pésimas condiciones; los excusados se tenían a medio patio, eran antiguos y con un olor repugnante; la gran mayoría de ellos no tenían cocina, y los que la poseían se ubicaban en los patios o en el interior del cuarto, resultando muy pequeña y con muy poco aseo. Salvo algunas excepciones, los pasillos y patios eran chicos y estrechos; pocas viviendas poseían techos de teja, las cuales también tenían sus paredes en mal estado y llenas de boquetes (Galindo, 1908). Por otro lado, se percibieron como efectivos puntos de epidemias; la mayoría se encontraban en estado lamentable. “Se considera como antecedentes de las vecindades, las casas llamadas las cuadritas” (López, s/f: 243). Este tipo de viviendas se construyeron básicamente para renta.

Bárcena (1954) consideró esta orientación arquitectónica como una expresión de pobreza y guarda una estrecha relación con el modo de vida pobre y con el desarrollo de los hábitos inadecuados de higiene. Además, ello revela una extraordinaria pobreza cultural.

Esta misma situación se observó en las vecindades que aún persisten en Guadalajara. Se vieron el desaseo, el hacinamiento, la mala alimentación y la existencia de malos hábitos y costumbres de salud e higiene que ocasionan altos índices de enfermedades infecciosas, con excepciones en algunas que se encontraron limpias.

Actualmente se conservan algunas vecindades en ciertos sectores populares de la zona metropolitana de Guadalajara, en las que se pudo observar que los servicios como baños, lavaderos y patio son comunales. Poco a poco han ido desapareciendo; sin embargo, todavía subsisten algunas en los barrios más antiguos. Un ejemplo de vecindad se presenta en la siguiente fotografía, que se encontraba ubicada en el barrio de San Juan de Dios por la calle Industria, donde sólo quedaban ruinas y posteriormente desapareció (véase foto 1).

Con el transcurso del tiempo los edificios que no resultaron apropiados para la finalidad que habían sido destinados, fueron desapareciendo; como ejemplo de ello: la edificación de la cárcel que tuvo que ser demolida por cuestiones de salud y por su estrechez, ya que había



Foto III. 1. Vivienda del barrio de San Juan de Dios. Guadalajara, Jalisco, México. Foto tomada en el 2004 por María Ana Valle Barbosa, de nacionalidad Mexicana, es Profesor-Investigador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

mayor contagio con las llamadas calenturas o fiebres carcelarias, así que se eliminó del Palacio de Justicia, dando origen a la cárcel de Escobedo (Chávez, 1956).

Debido las situaciones antihigiénicas, las enfermedades que más se presentaron en la población fueron: diarrea, enfermedades del pulmón, y del corazón, las cancerosas, la anemia y la clorosis, la tuberculosis, las fiebres de naturaleza miasmática, llegando a convertirse en algunos momentos en epidemias. También se determinó que a algunas de estas enfermedades se les atribuye además la mala administración de la vacuna (Bárceñas, 1954: 21-25).

Las principales ciudades latinoamericanas, como Bogotá, Buenos Aires, Santiago de Chile fueron transformadas de acuerdo con las necesidades políticas; por su parte, Guadalajara durante el Porfiriato inició una etapa de “progreso”, de transformación de una sociedad precapitalista a otra capitalista; la burguesía porfiriana resultante adoptó los gustos y

las ideas importadas de Europa, principalmente de Francia, rodeados de lujos (Cruz, 2000: 698).

Con la llegada de la electricidad, los tranvías, el teléfono y el telégrafo, desde 1869 hasta 1907, lo que se consideraba como “la modernización”, se presentan una serie de cambios tecnológicos que se implantan en la ciudad, dando un paso más al desarrollo urbano de Guadalajara. Entre 1898 y 1924 se construyeron nuevas colonias, como la Colonia Francesa, la Colonia Moderna, la Colonia Americana, la Colonia Reforma, la West End, todo en inglés (Vázquez, 1986-88).

Los signos de la modernidad desde finales del siglo XIX

Las formas que adopta la modernidad en Latinoamérica no se asocian sólo a los factores que incidieron en el “progreso continuo”. El surgimiento de la modernidad significó el bienestar de algunos sectores, pero para otros, los más, la modernidad se erigió sobre el agravamiento de su situación socioeconómica, como fue el caso de los marginados en México. La emergencia de la modernidad se dio bajo el doble signo del progreso y la desigualdad, y con la invasión de la modernidad capitalista se abrió el concurso para la construcción de nuevos fraccionamientos y colonias habitacionales para los diversos sectores sociales (Goebel y Dermott, 2009: 316).

Estas nuevas edificaciones de principios del siglo XX en Guadalajara implicaron con un cambio en las construcciones, incorporando las influencias estadounidense e inglesa, donde entonces la arquitectura terminó con lo tradicional de la influencia europea. Además, se consideró que dicha influencia traería consigo un cambio en el estilo de vida de algunos habitantes de la ciudad. Ahora, las casas con patio central y las habitaciones alrededor rompen esta arquitectura, invirtiéndose. La casa al centro con la concepción estadounidense e Inglesa del *chalet*, no tiene patio; las ventanas, que estaban hacia fuera, en ese momento dan al jardín. Manifiesta el mismo autor que estas colonias se fortalecieron en los años de 1930 a 1940 a través de la aparición de un grupo de arquitectos como: Luis Barragán, Ignacio Díaz Morales, Pedro Castellanos, Rafael Urzúa, entre otros, quienes propusieron una arquitectura local. Así, Guadalajara empieza su gran transformación (Vázquez, 1986-88).

Lo anterior corresponde a la clase acomodada; sin embargo, los problemas sociales y de salud siguen estando presentes a lo largo de su

“desarrollo”. La traza urbana de Guadalajara, con el crecimiento de la población, se ha ido difuminando; los emigrantes al llegar a la ciudad se siguen estableciendo en lugares ejidales, en donde además realizan su autoconstrucción para vivir y no toman en consideración lo establecido por la Ley General de Salud. En el *Reglamento de ingeniería sanitaria*, en los capítulos uno al cinco se hace referencia a todo lo relacionado con la vivienda, desde la obtención del permiso para su construcción, hasta la terminación de la misma. Rangel explica que el crecimiento expansivo de la ciudad rebasó en poco tiempo a los municipios de Tlaquepaque y Zapopan. Posteriormente sucedió lo mismo con Tonalá, y se extiende hacia parte de los terrenos de El Salto, Juanacatlán, Ixtlahuacán de los Membrillos y Tlajomulco.

Los asentamientos humanos precarios, con características como la falta de infraestructura, están ubicados en el contexto general respecto a la vivienda de los familiares de más altos ingresos: éstas se ubican fundamentalmente del centro de la ciudad hacia el oeste y suroeste. En cambio, los asentamientos populares se extienden sobre todo en la zona oriente, de norte a sur, con alguna tendencia al suroeste.

Sobre estos asentamientos precarios mencionados, López realiza una distribución especial en cinco regiones: las regiones uno y dos se encuentran en la zona norte; la zona uno se localiza en el municipio de Zapopan y la integran las colonias Arroyo Hondo, Lomas de Tabachines, Balcones de la Calera, La Martinica y División del Norte. La región dos se ubica entre la Calzada Independencia y el canal de aguas negras de la ciudad, y la integran: Rancho Nuevo, Ricardo Flores Magón y Lomas del Paraíso. La región tres, que es la zona oriente Tonalá, contiene las colonias: Lomas de Oblatos, Heliodoro Hernández Loza, Bethel, CTM y Loma Chica. La región cuatro se ubica en la zona sur y la conforman terrenos ejidales de Polanco y Tlaquepaque, y está ubicada en tierras comunales, similares a las de Santa María Tequepexpan, Echeverría, Polanquito, Lázaro Cárdenas, Balcones del Cuatro, El Carmen, López Portillo, Unidad Revolución, Francisco Villa, Loma Linda, Primero de Mayo, La Mezquitera, Lomas Tepeyac, Nueva Santa María, Buenos Aires y Guayabitos. En el Cerro del Cuatro se ubica la región cinco, que incluye las colonias Pirámides, Briceño, Agrícola, Francisco Sarabia y El Mante. Algunas de ellas se asientan en el ejido de Santa Anita Tepetitlán, del municipio de Zapopan (López, 1987).

No todas las colonias mencionadas tienen la misma urbanización ni la misma infraestructura, ya que no fueron fundadas en el mismo tiem-

po. Éstas por lo general han sido autoconstruidas, es decir, cada quien construye como mejor le parece o puede; por lo tanto, no se cuenta con un plano apropiado de la finca, y por consecuencia tampoco el área de tránsito público, y más aún de las colonias que se encuentran ubicadas en los cerros, por la estructura física de los mismos. Por ejemplo, de las comunidades que se ubican en el Cerro del Cuatro, las comunidades que tienen menor tiempo de haber sido fundadas son: Nueva Santa María, Buenos Aires, Guayabitos, Lomas del Cuatro, etc.; sus calles por lo general no están pavimentadas, o cuando mucho están empedradas; sólo algunas de las calles principales cuentan con asfalto, por lo que en tiempo de vientos se levantan las tolvaneras, contribuyendo a que se presenten enfermedades respiratorias; por otro lado, en tiempos de lluvias se hacen lodazales que dificultan el acceso a dichas colonias, manteniéndose la humedad por más tiempo. Esto se debe al tipo de terreno, que en algunas de ellas es barro, como en la Guayabitos.

Retomando la situación urbanística del siglo XIX en Guadalajara, ésta refleja que los problemas urbanísticos se siguen presentando en la población, junto con la escasez de agua en algunas comunidades que no cuentan con este servicio; esto quiere decir que los problemas mencionados sólo se van recorriendo del centro, que inició desde la fundación de la ciudad, hacia la periferia, hacia los límites de las últimas casas habitación. Lo anterior se refleja en la preocupación que expresó Medina (1965) al referirse a la dignificación de la vivienda en el grupo popular del estado de Jalisco. Este autor hizo hincapié en la importancia de regenerar los más de 200 mil cuartos de vecindad que se encontraban en pésimas condiciones de habitabilidad, en los que viven un sinnúmero de familias; refirió que aproximadamente se necesitan unas seis mil casas por año para evitar los funestos cinturones de miseria. Por lo anterior, se planteó el objetivo de “vaciar las vecindades” (Medina, 1965: 16) para que quienes habitan este tipo de viviendas ocupen casas modestas, pero muy dignas.

En las últimas décadas del siglo XX y primeros años del XXI con frecuencia en México se responde a la fisonomía común del amurallamiento y cierre evidente respecto a la ciudad preexistente. Igualmente es un fenómeno muy difundido en Estados Unidos, de donde proviene la matriz conceptual de estos conjuntos habitacionales para América Latina: la arquitectura que los integran son los llamados “fraccionamientos residenciales”, donde se observan características similares al

encierro, encapsulamiento en relación con el entorno construido (Méndez, 2002: 491).

La ciudad de Guadalajara ha perdido su traza original con el crecimiento poblacional y la construcción de viviendas en terrenos irregulares; a la vez, por la autoconstrucción de sus casas, así como por la construcción de edificios (del Infonavit) con espacios pequeños para cubrir la demanda de vivienda.

La vivienda debe considerarse como uno de los factores más importantes, ya que

[...] la vivienda se considera como la morada de la familia; no sólo presenta para el hombre un refugio, sino que se ha convertido en un lugar donde las personas intercambian afecto con los otros familiares, y disfrutan de la privacidad que les proporciona el hogar (Barquín, 1981: 56).

Actualmente nos hemos encontrado con que el tipo de las vecindades que aún persisten son espacios muy pequeños, por lo general con mala ventilación, sin iluminación e higiene, por lo que el aire está viciado por los humores de las personas que las habitan. Los servicios son comunales: baños, lavaderos, patio etcétera.

Las características físicas de las viviendas de mala calidad de la ciudad se han ido trasladando hacia la periferia, con calles sin pavimento donde se hacen presentes las tolvaneras en tiempos de ventarrones, los lodazales en tiempos de lluvias, fincas en malas condiciones; ello como respuesta a la falta de planeación urbana, ya que por lo general son autoconstrucciones.

Referencias bibliográficas

- Barbosa, C. (2005) “Proyectos de organización y urbanización en México y Bogotá 1880-1930”, *Memoria y Sociedad*, vol. 9, núm. X, julio-diciembre, pp. 19-33.
- Bárceñas, M. (1954) *Descripción de Guadalajara*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 21-37.
- Barquín, M. (1981) *Medicina social*. México: Editorial Francisco Méndez Oteo, pp. 56-61.
- Cruz, S. (2000) “Sistematización de producción de suelo urbano en la zona metropolitana de Guadalajara mediante implementación de un SIG”, *Tecnologías Geográficas para el Desarrollo Sostenible*, pp. 609-710. <http://>

- age.csic.es/metodos/docs/IX_3/Cruz_Herib. Consulta: 15 de diciembre de 2010.
- Chávez, H. (s/f) *Guadalajara de ayer*. Guadalajara: Banco Industrial de Jalisco.
- Fernando, M. (1986) *Urbanismo, monumentos y literatos*, ponencia presentada en el Cabildo, septiembre. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara.
- Galindo, M. (1908) “Apuntes sobre la higiene en Guadalajara”, *Miscelánea*, núm. 492 (tesis de medicina). Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 197-243.
- Goebel, A., y Dermott, M. (2009) *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*. <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>. Consulta: 22 de diciembre de 2010.
- Iguíniz, B. (1951) *Guadalajara a través de los tiempos: Relatos y descripciones de viejos escritos desde el siglo XVI hasta nuestros días*, t. II, 1873-1951. Guadalajara: Banco Refaccionario de Jalisco, pp. 2-5.
- López, R. (1987) *Migración y vivienda en Guadalajara*. Centro de ecodesarrollo, México, pp. 46-65.
- López, M. (s/f) *La cuadrícula en el desarrollo de la ciudad hispanoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Medina, A. (1970) *Los problemas de vivienda y salud en los barrios populares de Guadalajara*, seminario, 1-13 de junio. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Méndez, S. (2002) “Urbanismo y arquitectura del medio. Reflexiones sobre los fraccionamientos residenciales en México”, *Ciudad y territorio. Estudios territoriales*, núm. XXXIV, agosto 27, pp. 133 y 134. http://www.mviv.es/pdf/cytet/133/ct_491. Consulta: 20 de diciembre de 2010.
- Muriá, J., et al. (comp.) (1987) *Dávila Garibi, José Ignacio. Guadalajara. La Perla de Occidente en las postrimerías del siglo XIX y principios del XX. Jalisco en la conciencia nacional*, t II, Gobierno del Estado de Jalisco-Instituto de Investigación Dr. José María Luis Mora, México, DF, p. 480.
- Rivera, C. (2003) Casas habitación y espacio urbano en México, de la Colonia al liberalismo decimonónico”, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, agosto 1. Barcelona: Universidad de Barcelona. [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn/-146\(015\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn/-146(015).htm). Consulta: 14 de diciembre de 2010.
- Trujillo, B. (1997) “Miguel Galindo y ‘la ciudad del polvo’”, *Historia y Sociedad*, época I, vol. 1, núm. 2. Guadalajara: UdeG-Centro Universitario de los Altos, pp. 84-85.
- Vázquez, A. (1986) *Urbanismo, monumentos y literatos*, 4ª conferencia en el Cabildo del Ayuntamiento de Guadalajara, septiembre. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara.
- Vázquez, D. (1992) *Capítulos de historia de Guadalajara. La urbanización de Guadalajara*, t. I. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara, pp. 39.

IV

Desarrollo habitacional en el siglo XXI: vivienda saludable

María Elena Flores Villavicencio¹

El país continúa con una tendencia acelerada hacia la urbanización, y aunque ello ha facilitado relativamente la atención a las necesidades de vivienda, el crecimiento explosivo de las ciudades ha rebasado visiblemente la suficiencia de los recursos acuíferos, el potencial de la infraestructura de servicios, la disponibilidad de suelo apto para ese fin, la capacidad de las instituciones para controlar sus condiciones de habitabilidad, y ha propiciado con ello el abandono de todo principio de sustentabilidad en el desarrollo habitacional (Conavi, 2008).

Comenzamos el nuevo siglo XXI con una profunda transformación social y demográfica en casi todos los países, en donde la distribución de la población según la edad y el sexo se orienta a una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, que es el adulto mayor. Esos cambios traen consigo la necesidad de proporcionar a cada individuo el espacio psico-social que necesita para seguir aportando su contribución a la sociedad y disfrutar de sus ventajas (Dennis, 2002).

La sustentabilidad del desarrollo habitacional tiene su origen en la definición y control del destino del suelo (Conavi, 2008); sin embargo, la concepción de la sustentabilidad como proceso se focaliza en la búsqueda de un balance dinámico entre las demandas generadas por

1. Profesora-investigadora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

la sociedad para satisfacer las necesidades humanas, y la capacidad de la naturaleza de satisfacer estas demandas en forma permanente y sin degradar irreversiblemente sus componentes (los recursos naturales). Este balance dinámico permitiría que tanto las generaciones presentes como las futuras tuviesen derecho y acceso a las mismas oportunidades de bienestar (Rojas, 2004: 147).

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos y metas cuantificables. Uno de los objetivos que fundamentan la sustentabilidad del desarrollo habitacional es el objetivo 7, “garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”, para contribuir a crear espacios de discusión y análisis e investigación que promuevan la visión integradora de la vivienda y su impacto en la salud, además de implementar políticas, programas y proyectos de vivienda y desarrollo urbano que promuevan la salud (OPS, 2006).

Una de sus metas con los horizontes al año 2020 tiene un reconocimiento directo a los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe, centrándose en el problema del desarrollo y en el uso de recursos naturales, la que se refiere explícitamente al derecho a una vivienda digna y a la ciudad, con la finalidad de promover la sinergia de acciones de los programas de vivienda en asentamientos precarios y la estrategia de “vivienda saludable”, mediante la estrategia de una vivienda saludable que alude a un espacio de residencia que promueve la salud y la calidad de vida para la población, así como el cumplimiento de los “objetivos de desarrollo del milenio” (OPS, 2006).

La posición que tiene el desarrollo sustentable en el país en el ámbito urbano, integra tres dimensiones: la ambiental, el desarrollo histórico de las ciudades y la forma de organización humana, que en teoría deben enfatizar el incremento de la riqueza material así como la calidad de vida y la reproducción de las condiciones sociales, materiales e institucionales, que debe favorecer al desarrollo demográfico, y éste a su vez se refleja en la estructura arquitectónica de las sociedades, que por ende interviene en los procesos de salud y enfermedad de la población (Núñez, 2009).

Las investigaciones realizadas (Murguía, 2001; Ruiz, 2006; Núñez, 2009) sobre el acelerado crecimiento de la población determinan que este fenómeno ha provocado un crecimiento alarmante de las ciudades, en especial en la de Guadalajara en los últimos 25 años, que ha presentado una expansión en forma desmedida y sin orden que ha ocasionado el aumento de las viviendas y probablemente ha inducido para que se

constituyan las viviendas de tipo verticales (multifamiliares), llamadas también vecindades modernas (véase foto IV.1), con la finalidad de dar cobijo a más número de gente en menos espacios con un costo bajo y que estén al alcance de los recursos económicos de la población, para lograr una mejor calidad de vida, pretendiendo vivir con las máximas comodidades.

Una de las principales debilidades históricas del crecimiento urbano del país radica precisamente en desarrollar una política de vivienda sustentable, políticas de construcción y uso de reservas territoriales que permitan regularlo con eficacia, que permitan contar con una mejor calidad de la vivienda y de la familia, ofreciendo mayor confort y salud y que garanticen la protección del medio ambiente y de los recursos naturales (Conavi, 2008).



Foto IV.1. Edificios Multifamiliares de Villas de San Juan. Guadalajara, Jalisco, México. Tomada en el 2009 por María Elena Flores Villavicencio, de nacionalidad Mexicana, es Profesor-Investigadora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

No obstante, estos desarrollos habitacionales que se han construido en forma vertical en la ciudad en la actualidad, se han proyectado para

niveles socioeconómico bajos, acentuando con ello las diferencias de las clases sociales (Munguía, 2001). Pero de alguna manera se logran satisfacer en parte las necesidades de la población respecto a la vivienda, pero no lo referente a su calidad de vida y salud, porque sólo consideran a la vivienda como un espacio vital con el objeto de brindar protección, bienestar y comodidad, elementos indispensables para tener una calidad de vida funcional para las actividades cotidianas de la vida en relación con la vivienda (Núñez, 2009).

Es necesario especificar que los espacios destinados para la construcción de las vivienda han ido evolucionando conforme al desarrollo económico y poblacional del país, con base en las tendencias para habitar, en las actividades de los usuarios y en la evolución tecnológica y técnica, además de la oferta y demanda de espacios edificables, que en conjunto han propiciado el desarrollo de dos tipos de vivienda: vertical y horizontal (véase foto IV.2), siendo los desarrollos verticales los que buscan pertenencia con el territorio, compartiendo pocos espacios comunes con los habitantes que radican en dicho perímetro, pero con la ventaja de disminuir las distancias a las áreas laborales, como contar con la accesibilidad y servicios dentro del desarrollo urbano (Noberg-Shculz, 2001).

Es necesario evocar que entre los primeros estudios realizados sobre la arquitectura habitacional (en vecindades), está el que realizó Miguel Galindo (1908), quien observó que en dichas “casas” no llega un rayo de sol, reflejando con ello la economía y no la salud, en donde los males empezaron a hacerse sentir más rigurosamente en el grupo social más vulnerable, que son los ancianos y los niños, que en realidad no han cambiado mucho en la actualidad este tipo de viviendas, ya que siguen construyéndose los llamados cotos privados y las unidades familiares, con algunas deficientes condiciones en lo referente a la salud para ser habitadas por seres humanos sin ningún impedimento físico ni mental.

Mejorar la habitabilidad de las ciudades supone incrementar la calidad de vida de sus habitantes, y con ello la sustentabilidad social en su interior; por lo tanto, la habitabilidad desde esta última perspectiva es entendida como “la capacidad de los espacios construidos para satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas de los individuos y grupos”; es decir, involucra las esferas psíquicas y sociales de la existencia estable, lo que podría equipararse con las cualidades ambientales que permiten el sano desarrollo físico, biológico, psicológico y social de la persona (Castro, 1999, citado en Landázuri y Mercado, 2004: 90).



Foto IV.2. Edificios Multifamiliares de Villas de San Juan. Guadalajara, Jalisco, México. Tomada en el 2009 por María Elena Flores Villavicencio, de nacionalidad Mexicana, es Profesor-Investigador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, del Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Las condiciones de habitabilidad urbana pueden ser analizadas a partir de dos componentes centrales implícitos: el hábitat y el habitar. Según Echeverría (2002, citado por Gordillo Bedoya, 2005: 146), el hábitat es el lugar donde viven individuos, grupos humanos con una dimensión de la satisfacción relacionada con lo ambiental, lo sostenible, lo cultural y lo territorial. Por su parte, Ben (2003, citado en Zulaica, 2008: 132) resalta la idea de habitar, que implica una acción o práctica social inherente a la naturaleza humana, esto es, el vivir, y también una cualidad en cuanto es generadora de hábitos, es decir de usos y costumbres; esta práctica se desarrolla en un espacio que genera un hábitat, ámbito de uso individual y colectivo del vivir, que es materia de especial interés desde el hacer cotidiano y que se ve condicionado y determinado por las diferentes modalidades del habitar.

Al ser considerada la vivienda como el espacio vital en el que se debe habitar digna y decorosamente, y a la vez fundamentarse como un derecho social que refleja la calidad de vida de la población, con base en esta reflexión Isla (2003) desarrolló un concepto de hábitat que refiere en términos generales a “una vivienda que satisface las necesidades de albergue, protección y desarrollo personal del grupo que lo habita, en las condiciones medias de desarrollo social, industrial y tecnológico vigente en una sociedad” (p. 3).

Generalmente, al construir una vivienda Dennis (2002) explica que ello debe realizarse con el objeto de brindar protección y comodidad; asimismo, Kroc (2005) especificó que la vivienda es uno de los elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida posible. Ambos autores determinan que en muchísimos casos al construir una vivienda lo primero que ven los constructores es el factor económico, antes que la salud, el bienestar psicológico y la capacidad funcional en las actividades cotidianas del habitante.

Al ser la vivienda uno de los indicadores básicos del desarrollo humano de las naciones, el programa nacional de vivienda 2007-2012 en México consideró a la vivienda como el espacio en el que la familia encuentra estabilidad, seguridad, consolidación patrimonial, sentido de pertenencia y el entorno necesarios para el desarrollo integral de sus capacidades funcionales, de interacción con la pareja y los hijos (Conavi, 2008: 7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, como son: protección de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los ancianos y discapacitados; procurar el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo y equilibrio de la vida familiar. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial habita en alojamientos que no cumplen con los requisitos básicos (OMS/OPS, 1999, citado en Rojas, 2005: 28).

La OPS/OMS define como “vivienda” a la conjunción de: la casa, como el refugio físico donde reside un individuo; el “hogar”, que es el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo; el “entorno”, el ambiente físico inmediatamente exterior a la casa; y la “comunidad”, como el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes (Peña, 2005: 1).

La vivienda y la salud no pueden tratarse como si fueran entidades independientes; requieren de puntos de vista multidisciplinares que tengan en cuenta no sólo el daño físico esperado, como es la enfermedad, sino también los factores sociales, organizacionales e institucionales relacionados con el desarrollo de las comunidades, y la finalidad de la vivienda es proteger la salud del ser humano contra los riesgos del entorno físico y social (Rojas, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (2006) ha tratado el tema de las relaciones de la vivienda y la salud, especialmente en poblaciones vulnerables como: niños, ancianos, enfermos crónicos y discapacitados, refiriéndose en parte a los factores necesarios para protección contra las enfermedades transmisibles, traumatismos, envenenamientos y enfermedades crónicas, indicando también que el espacio vital debe ser adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales, y que deben existir lazos familiares con la comunidad y servicios apropiados de seguridad, emergencias, educación, sanitarios, sociales y culturales.

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de las condiciones que determinan su salud. Así, en el párrafo 1 del artículo 25 de la *Declaración universal de derechos humanos* se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (Peña, 2005: 1).

La salud es un derecho humano fundamental que se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1948). Bajo esta óptica de salud como calidad de vida, las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como una de las principales determinantes sociales de la salud humana. De no emprenderse acciones certeras y masivas, la acumulación de carencias podría llegar a ser inmanejable en varios países de la región (OMS, 2005, citado en OPS, 2006: 4). En particular, en los países de América Latina y el Caribe (ALC) las condiciones de la vivienda en los asentamientos precarios es preocupante y podría estar afectando la salud de millones de personas (Barceló, 2004).

Con base en la contextualización arquitectónica, la OMS (1948) ha diseñado una definición de la salud, refiriéndose a un "estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de

enfermedad”, y retoma al hombre como un ente biopsicosocial en quien su proceso de salud-enfermedad depende de las condiciones de vida y de vivienda en una sociedad (citado en Alcántara, 2008: 96).

Por lo tanto, las condiciones de la vivienda han sido reconocidas desde hace tiempo como una de las principales determinantes de la salud humana. El estado precario de las viviendas afecta la salud de millones de personas en América Latina y el Caribe. La Iniciativa de Vivienda Saludable surge como un proceso para fortalecer la ejecución de las actividades encaminadas a proteger la salud de las poblaciones más vulnerables a los riesgos en relación con su vivienda. Esta iniciativa requiere de un fuerte compromiso político, así como de un alto nivel de participación de la comunidad. La vivienda saludable es un espacio de residencia que promueve la salud cumpliendo con las siguientes condiciones fundamentales: tenencia y ubicación segura, estructura adecuada, espacios suficientes, acceso a los servicios básicos, muebles y utensilios domésticos y bienes de consumo seguros, entorno adecuado y uso adecuado de la vivienda (Peña, 2005: 1).

El concepto de la vivienda saludable se introduce desde el acto de su diseño, localización y construcción, y se extiende luego a su uso y mantenimiento. Este concepto está relacionado con el territorio geográfico y social donde la vivienda se asienta, los materiales usados para su edificación, la seguridad y calidad de los elementos conformados, el proceso constructivo, la composición de su espacio; con la calidad de sus acabados, el contexto periférico global (comunicaciones, energía, vecindario) y la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables (OMS, 2006: 14).

Para la OPS (2006) la vivienda saludable alude a un espacio que promueve la salud de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde reside un individuo), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes). Una vivienda saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar. En particular, la vivienda saludable cumple con las siguientes condiciones fundamentales: tenencia segura, ubicación, servicios básicos de calidad, inmuebles en la vivienda, entorno adecuado, hábitos de comportamiento que promuevan la salud (OPS, 2006: 12).

Vivienda saludable es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico y social. Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como una de las principales determinantes sociales de la salud humana. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental, social de sus residentes. La vivienda saludable se refiere a “un espacio que reúne condiciones que influyen favorablemente en la salud”; por ejemplo: garantiza seguridad y protección, facilita el descanso, presenta condiciones adecuadas para el almacenamiento, preparación y consumo de los alimentos, suministra los recursos para la higiene personal, doméstica y el saneamiento, entre otros (Britton, 2008: 8 y 9).

Para considerar saludable a una vivienda, Rojas (2005) establece cuatro conceptos que se supone modelan una vivienda saludable: calidad de vida, salud, vivienda y riesgo. Reconociendo a cada una de estas definiciones, se podrían situar mejor las implicaciones en los aspectos que deterioran el proceso de salud-enfermedad y a potenciar los aspectos protectores del mismo. Por ende:

[...] una vivienda saludable constituye una estrategia para la promoción de salud y se añade que ésta dependerá de dos cuestiones: el nivel de conocimiento que tengan las personas y del grado de control de la o las personas sobre las decisiones y acciones que afectan a la salud (Rojas, 2005: 27 y 28).

Acerca de las viviendas saludables, Islas (2003) señala que por lo general no se construyen con las adecuadas condiciones físicas, aspectos que deben ser considerados para evaluar la precariedad de la vivienda como son: la calidad de la construcción de la unidad habitacional, adecuación del tamaño de la vivienda respecto al número de personas que la ocupan, que cuente con la disponibilidad de los servicios internos adecuados (baño con descarga, distribución de agua, electricidad) y que cuente con adecuados servicios de infraestructura externos, con equipamiento social (acceso a los servicios de salud, educación, comercios, transporte), y finalmente de estar ubicada en un medio ambiente sano en zonas urbanizadas (Islas, 2003: 4-7).

Estas unidades habitacionales se construyen en espacios reducidos; en este sentido, Kroc (2005) resalta que son estructuras que contribuyen poderosamente a deteriorar la calidad de saludable, como por ejemplo el desaseo, el hacinamiento, mala alimentación y la existencia

de malos hábitos y costumbres de salud, que ocasionan altos índices de enfermedades infecciosas.

En materia de calidad de vida de la población, las características cualitativas de la habitación y de su entorno son tanto o más importantes que el hecho de disponer de una vivienda. Desde esta perspectiva se podría decir que una vivienda saludable mejora la calidad de vida de la gente y la calidad ambiental en general, con la finalidad de que la vivienda debe contribuir a mejorar la salud y no a ponerla en peligro.

Se entendería pues por vivienda saludable a una vivienda adecuada que brinde protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos. Una vivienda adecuada ayuda al desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales relacionadas con el ambiente de la vivienda. Además provee acceso a los centros de trabajo, de educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud. Por el uso que dan los moradores a su vivienda se maximiza su impacto positivo sobre la salud (OPS, 2000: 34; OMS, 2006: 14).

Asimismo, entre los impactos positivos de la vivienda se destacan el despliegue de satisfacciones biológicas, estéticas, de la información y la comunicación, así como la facilitación de la educación, las labores domésticas y el desarrollo de la familia, finalidades accesorias del modo de vida, el bienestar personal y la promoción de la salud (OPS, 2000: 34; OMS, 2006: 14).

Núñez (2009) concluye en su estudio realizado en la ciudad de Guadalajara respecto a la vivienda, que la creciente e incontrolable multiplicación de los grandes desarrollos habitacionales de interés social en la zona conurbada de Guadalajara en los últimos años se ha caracterizado por producir patrones peligrosos de asentamientos, por no ser los suficientemente sustentables para garantizar una buena calidad social, económica y ambiental; por consecuencia, a la insuficiencia de servicios y equipamientos.

Sin embargo, en cuanto a las problemáticas detectadas en las viviendas construidas en unidades habitacionales, Isla (2003) señala como primordiales, los aspectos físicos, como los espacios reducidos, el tipo de construcción vertical, poco funcionales y carentes de los elementos esenciales de salud, como: la ventilación, iluminación, el acceso por escaleras. Estas características de la vivienda, además de la condición

socioeconómica de esta población, deberán ser consideradas por las políticas y programas sociohabitacionales del estado.

En la actualidad la problemática de habitabilidad en la zona metropolitana de Guadalajara se ha visto incrementada por la crisis económica que afecta a todo el país. Núñez (2009) resalta que esta problemática principalmente depende del ordenamiento territorial y de la gestión urbana; ambos procesos están en manos de los empresarios, del promotor inmobiliario, de la falta de coordinación entre las entidades locales y estatales, que a su vez se concentran en el marco legal que ejercen las instituciones gubernamentales, que son quienes realmente señalan el rumbo y uso del suelo, así como de los desarrollos habitacionales que se promocionan.

Para estas problemáticas Fabba (2005) planteó la necesidad de implementar políticas habitacionales, no puramente urbanas y de vivienda, sino más vastas, como podrían ser aquéllas tendentes al desarrollo sustentable del hábitat. Y para que las políticas habitacionales logren superar los problemas de calidad de vida, no basta con que sus metas y productos sean considerados en términos estancos y cuantitativos; hay que considerar que “la vivienda, además de constituir un cobijo físico para los usuarios, requiere de considerar también al entorno, el conjunto habitacional, el barrio y su contexto urbano mayor, así como a sus habitantes con sus diversas relaciones” (Jirón et al., 2004, citado en Fabba, 2005: 21).

Referencias bibliográficas

- Alcántara, M. G. (2008) “La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad”, *Revista Universitaria de Investigación Sapiens*, vol. 9, núm. 1, Caracas, Venezuela, pp. 93-107.
- Barceló, C. (2004) *Vivienda saludable: Estrategia regional*, trabajo presentado en el Simposio Regional “Metas de Desarrollo del Milenio: Estrategias en Saneamiento Básico y la Búsqueda de Equidad y Desarrollo Sostenible”, San Juan, Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud.
- Britton, W., Guerrero, Santos, Huanqui, M., Malque, Elena, y Zevallos, H. (2008) *Manual de implementación: Familias y viviendas saludables*. Perú: Imprenta Unión/Ministerio de Salud.
- Conavi (2008) *Programa Nacional de Vivienda 2007-2012: Hacia un desarrollo habitacional sustentable*, Comisión Nacional de Vivienda. www.conavi.gob.mx

- Dennis, A. V., y Brown, P. D. (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica en el Caribe: Examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/División de Población de la CEPAL/ONU.
- Fadda, G., Jirón, P., y Cortés, A. (2005) *Diferencias en la calidad de vida en el centro y periferia de Santiago. Incidencia de las políticas públicas*, ponencia presentada en el Seminario Internacional Alfa/IBIS/Rideal "Explorando Nuevos Conceptos sobre la Periferia Urbana", Santiago de Chile.
- Galindo, M. (1908) *Apuntes sobre la higiene en Guadalajara*, tesis inédita de recepción de licenciatura, Guadalajara, Jalisco.
- Gordillo, B. F. (2005) "El hábitat: Mutaciones en la ciudad y el territorio", *Tabula Rasa*, núm. 3, pp. 137-149. <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11555862091Korc.pdf>
- Isla, B. M. V., De Gatica, A., y López, C. (2003) "La cuestión habitacional en la ciudad de Buenos Aires y las características de la pobreza estructural", *Informe de situación social de la ciudad de Buenos Aires*, núm. 2. Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. base.centrourbal.com/.../14_20071151120_r10p1-03a-dt6-spa.pdf
- Kroc, E. M. (2005) *Vivienda saludable: Enlace entre la investigación y las políticas públicas*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS/PWR.
- Mercado, D. S., y Landázuri, I. O. A. (2004) "Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda", *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, vol. 5, núm. 1-2, pp. 89-113. http://webpages.ull.es/users/mach/pdfs/vol5_1y2/vol_5_1y2_e.pdf
- Munguía, H. R. (2001) "El capital inmobiliario y su inserción dentro de las estructuras urbanas", en Fausto Brito, Adriana (coord.), *Suelo urbano y reservas territoriales*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Noberg Schulz, C. (2001) *Intenciones en la arquitectura* (traductores: Jorge Sainz Ávila, F. González y V. Fernando). Barcelona: Gustavo Gili.
- Núñez, M. B., y Álvarez, C. D. (2009) "El desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales", *Estudios Jaliscienses*, núm. 75, pp. 21-31.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1984) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Registros Oficiales de la OMS, núm. 2, p. 100).
- (1998) "La salud de las personas de edad", *Serie de informes técnicos*, núm. 779, Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: OMS, pp. 7-50.
- (2006) *Estrategias de vivienda saludable*, documento presentado en la reunión del Comité Temático de Salud de Población Desplazada, en las ins-

- talaciones de OPS/OMS. Colombia: OMS, pp. 1-16. <http://www.disaster-info.net/sesion/docviviendasaludable.doc>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000) *Documento de referencia OPS sobre políticas de salud en la vivienda*. La Habana: OMS/OPS. <http://www.cepis.org.pe/bvsasv/e/iniciativa/rejecutivo.pdf>
- (2006) *Vivienda saludable: Reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales*, CEPAL/OPS/OMS/UN-Habitat. www.cepis.org.pe/bvsacd/cd27/guia-principios.pdf
- Peña, M. (2005) *Simposio Regional “Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe”*. Representante de la OPS/OMS en el Perú. Perú: OPS. <http://new.paho.org/per>
- Rojas, M. C. (2004) “La vulnerabilidad y el riesgo de la vivienda para la salud humana desde una perspectiva holística. Una revisión necesaria para la gestión de la vivienda-salud”, *Cuaderno Urbano, Espacio, Cultura, Sociedad*, núm. 4, pp. 145-174.
- Rojas, M. C., Ciuffolini, M. B., y Meichtry, N. (2005) “La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar”, *Archivos en Medicina familiar*, vol. 7, núm. 1, pp. 27-30.
- Ruiz, V. G. (2006) “Vivienda vertical, un mercado en ascenso”, *Público*, Guadalajara.
- Zulaica, L., y Celemin, J. (2008) “Análisis territorial de las condiciones de habitabilidad en el periurbano de la ciudad de Mar del Plata (Argentina), a partir de la construcción de un índice y de la aplicación de métodos de asociación espacial”, *Revista Geografía Norte Gd*, núm. 41, pp. 129-146. ciruelo.uninorte.edu.co/uninorte/14

V

Concepto de la calidad de vida en relación con el adulto mayor

María Elena Flores Villavicencio¹
Guillermo Alonso Cervantes Cardona²
Martha Cruz Ávila²
Ara Mercedes Cerquera Córdoba³

La calidad de vida es un concepto amplio, totalmente subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo (Güell y Morante, 2007).

Iniciamos con la noción general de calidad de vida, que García Riaño (1991) define como un concepto útil tradicionalmente unido a la

-
1. Profesora investigadora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
 2. Profesores-investigadores del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
 3. Profesora-investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, Colombia.

salud y a los estados funcionales, como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc.) que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida.

Posteriormente la OMS (1994) inició su labor de conceptualizar la calidad de vida de un individuo “En función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida, en el contexto de la cultura, sistemas de valores en el cual ellos viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Todo ello matizado por supuesto por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales; no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, sino el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos; tampoco se tomará en cuenta el número de horas de sueño, pero sí todo problema que se le plantee al individuo en relación con el mismo (OMS, 1994, citado en Brayne, 1995: 402).

La OMS (1992) incorpora en el concepto de calidad de vida a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características de su ambiente, como el medio sociodemográfico, arquitectónico y sanitario que de alguna manera afectan las capacidades funcionales primarias de protección, salud de una persona y en su búsqueda de la satisfacción de sus deseos dentro de una descripción de la buena calidad de vida.

La calidad de vida no es un “estado”, es un fenómeno social complejo y un proceso activo que incluye la producción, distribución y percepción social de ciertos valores, objetivos y subjetivos, que son los que condicionan lo que se llama “calidad de la vida”, que es la que a su vez condiciona el grado de satisfacción o insatisfacción de la población, vale decir, el nivel de bienestar alcanzado (San Martín, 1997, citado en Cardona, 2003: 24).

En el Programa de Salud Mental de la OMS realizado en el Foro Mundial de la Salud de 1996, se definió a la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello

matizado por las dimensiones (facetas): física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (Orley, 1996, citado en Cardona, 2003: 24).

Cabe resaltar que a mediados de los años cincuenta el término calidad de vida fue popularizado a partir de estudios económicos y sociales de Galbraith, los cuales se han usado indistintamente en los más variados contextos y connotaciones diferentes, según se emplee en: el ámbito político, económico, sociológico, de salud pública, psicológico, etc. Asimismo, Levy y Anderson asumieron una propuesta de la ONU afirmando que la calidad de vida es una medida compuesta de “bienestar físico, mental y social, de felicidad, satisfacción y recompensa tal como la percibe cada individuo y cada grupo. En cambio el término aparece en la década de los setenta y tuvo su expansión hacia los ochenta proveniente de las ciencias médicas, teniendo como conceptos los de bienestar, salud y felicidad (Bayarre, 2006, y Moreno, 1996, citados en Bayarre, 2009).

Podemos decir que la calidad de vida se fue conceptualizando con base en un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; esto fue generando que el concepto de calidad de vida fuera adquiriendo elementos que permitieran descifrar un concepto desde lo más imaginario del ser vivo a lo más real, partiendo desde la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

Se destaca en este concepto, que su prioridad se fundamenta en la “Valoración de las condiciones de vida centrada en las condiciones materiales de vida” que los ancianos hacen de su salud y enfermedad, siendo fundamental para que logren obtener su bienestar y satisfacción general de su propia vida en relación con su proceso psíquico, físico y social (Nieto, 1998; Perales, 2003).

La perspectiva oculta, imaginaria, desconocida y nunca vista, provoca la creación de un concepto de calidad de vida que contenga el análisis

de elementos subjetivos, como son la valoración, el juicio o sentimiento sobre salud percibida, sobre la satisfacción social, las necesidades culturales, valoración del entorno, los servicios de salud y sociales percibidos, sin dejar a un lado los elementos objetivos o de medición directa y reales sobre la calidad en relación con el entorno de las condiciones de vida físicas, ambientales, materiales, que se muestran en la disponibilidad de servicios de atención a la salud, de apoyo social y factores culturales.

Fernández Ballesteros (2007: 94) enfatiza teórica y empíricamente las condiciones que integran el concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los ancianos, como son la autonomía, el género, la edad o la posición social. Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida, con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad factores personales tales como: la salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión y/o renta), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y en el contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda, y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas).

En referencia al concepto de calidad de vida que desarrolló Fernández Ballesteros, Maya (2003) especificó la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos, o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social, y factores culturales. Por ello “la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones” (Maya, 2003: 1).

En este mismo sentido, Terol y colaboradores (2000), citados en la publicación de Molina (2008), indican que existe un acuerdo en cuanto a que la calidad de vida, como constructo, debe evaluarse atendiendo a

aspectos físicos, sociales y psicológicos, por un lado, y por otro, a la subjetividad de quien informa, es decir, tal y como el paciente los percibe.

Igualmente Yanguas (2006, citado en Molina, 2008: 313) sostiene que la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes objetivos y subjetivos, además de un número diverso de ámbitos de la vida que reflejan las normas culturales de bienestar objetivo y otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida, considerados más importantes para algunas personas que para otras.

La calidad de vida como proceso multifactorial de carácter primariamente subjetivo, es la resultante del estado de salud del individuo, más el grado de satisfacción con su vida, sin obviar los patrones de conducta de la sociedad en la cual se desarrolla el individuo. Se señala que entre los aspectos objetivos se encuentran: salud, atención médica, educación, capacitación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad, atención social, vestido, recreación y demandas. También se refiere a factores individuales, entre los que se encuentran: personalidad, salud física, salud mental; y factores sociales, como: educación, instrucción, amistades y compañía (Devesa, 1992).

Hasta aquí la búsqueda de nuevos conceptos, se podría hacer un resumen de la calidad de vida en el concepto que postula Browne (1996), quien considera la calidad de vida como “La interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones” (p. 236), reforzado posteriormente este concepto con lo establecido por Lucas (2007), quien sintetiza la calidad de vida como “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 16).

Es así como el concepto de calidad de vida se ha convertido en un constructo que sirve de sustento para analizar los problemas de satisfacción con la vida, relacionado con las condiciones de vida dentro de una infraestructura social, análisis propuesto por Grau (1998), y que posteriormente Nieto (1998) reforzó con su aporte en relación con la valoración que hace el individuo de su estado de satisfacción y bienestar general que realiza de su propia vida en interacción con su participación en su entorno social vinculado con su funcionamiento físico y psíquico, que en definitiva se traduce en una valoración global de su salud-enfermedad.

En referencia a los indicadores de satisfacción y bienestar de la calidad de vida, desde los estudios que realizó Baltes (1985) sobre calidad de vida, fundamentó que la satisfacción de las necesidades es lo que condiciona la llamada “calidad de vida” y ésta es a su vez el fundamento concreto de la transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas, materiales y sociales que brindan al hombre determinadas oportunidades para su realización personal.

Como se ha identificado a lo largo del tiempo, el concepto de calidad de vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que experimenta, y a la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (García Riaño, 1991; Gómez Vela, 2004).

Con base en los anteriores postulados, no es posible hablar de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, porque primordialmente debemos tomar en cuenta que todo concepto de calidad de vida desarrollado en relación con el estado de salud tiene como propósito central el identificar en el individuo un buen nivel de salud física y emocional, o de lo contrario una mala calidad de vida producto de varios indicadores que no han sido evaluados adecuadamente, y como consecuencia repercuten en un deterioro natural del organismo, hasta provocar severas alteraciones en el proceso evolutivo y de desarrollo, como en lo relacionado con las condiciones en donde vive el adulto mayor, expresadas mediante la ausencia de actividades funcionales como el desarrollo psicomotor, cognitivo, que paulatinamente disminuyen como consecuencia de una interacción con su entorno externo vinculado con su entorno interno (Flores, 2009).

Una perspectiva de Solano (1997, citada en Barreto, 2008), en relación con la calidad de vida del adulto mayor sugiere que el envejecimiento del organismo no sólo es un proceso individual y colectivo, sino que éste depende en su mayoría de la sociedad, de las condiciones de vida y de los estilos de vida (p. 21).

La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social. Se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001: 3).

De acuerdo con esto parece apropiada la definición de Delgado (1998), para quien calidad de vida es

[...] el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas éstas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado (Delgado, 1998: 2).

Este concepto ha provocado la necesidad de incursionar un poco más en las características que se presentan en el adulto mayor, para definir la calidad de vida y que sea diferente en su conceptualización y medición, porque para considerar el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece, hay dos tipos de aspectos subjetivos que son pertinentes, señalados por Barros (1994), quien en primer lugar considera los aspectos cognitivos como los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación; se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación, la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo; el segundo aspecto subjetivo como los afectivo-volitivos, referidos a los sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas; aquí los ancianos descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y en la comprensión, descubriendo su compromiso con lo que ocurre alrededor; independientemente de la edad, se sigue siendo un ser vivo en el mundo real (Barros, 1994).

Como se ha descrito en este documento, el término calidad de vida ha sido conceptualizado desde diferentes posturas de especialistas sobre los diferentes enfoques que exteriorizan la importancia de los indicadores de salud, que en la sociedad contemporánea se siguen manteniendo intactos aunque existan cambios sociales que influyan negativamente en las condiciones de vida de la población que envejece, como son: la res-

puesta social al deterioro biológico, la pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social, la ideología de lo viejo, la desvalorización social de la vejez y la ausencia de un rol social para el adulto mayor.

Entre los primeros conceptos de la calidad de vida que han sido ligados a la situación del adulto mayor, está el propuesto por Fernández Ballesteros (1998), quien señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones se mencionaron como esenciales para la calidad de vida en la tercera edad y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados (pp. 59 y 60).

En la sociedad actual el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos, que lo han marginado de la sociedad, creando una serie de estereotipos negativos de este grupo, considerándolo como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones, situaciones que han llevado al anciano y en la mayoría de los casos a la familia a aplicar alternativas como la institucionalización, que por las condiciones negativas como se presenta, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y, por ende, satisfactorias condiciones de bienestar (Fernández Ballesteros, 1997).

Los condicionantes sociales y de salud provocan que los adultos mayores estén obligados a enfrentar con madurez su proceso de envejecimiento, que a su vez según Barros (1994) el adulto mayor debe considerar que el proceso de envejecer bien o mal, sólo depende de su aceptación de ellos mismos dentro de los márgenes fijados por el contexto social, y no sólo de considerar su envejecimiento como una enfermedad, aunque sea condicionada por la sociedad, por la calidad de vida y por los estilos de vida (Solano, 1997).

La calidad de vida en el adulto mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida; no sólo depende de

los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hace, adónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etcétera (Rotondi, 2001).

Al plantear el concepto de calidad de vida en poblaciones que envejecen y empobrecidas, Rotondi (2001) señala que es necesario remitirse a las condiciones que hacen de este sector social un grupo vulnerable, invisible y marginado, y quienes no logran satisfacer sus necesidades básicas de vida, como: tener una mejor movilidad, acceso a servicios de salud, pérdida de su estatus en la familia, marginación del mercado laboral formal y un vacío legal van generando la situación de vulnerabilidad que deteriora su desarrollo personal, social y comunitario.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Álvarez, 1996, y Jocik, 1999, citados en Bayarre, 2009).

En el estudio realizado por Inga (2008) sobre calidad de vida en adultos mayores en Lima, Perú, el autor se centra en los aspectos conceptuales del término y propone la integración del término “longevidad” en el concepto “calidad de vida” con la finalidad de que al individuo se le considere como alguien que no sólo debe vivir mucho, sino vivir muchos años con las mejores condiciones posibles, y la meta de este concepto es convertirse en un reflejo para una mejor calidad de vida y cada vez menos en una calamidad personal. Este supuesto sería posible de alcanzar, dependiendo de la influencia del contexto histórico y cultural, de las condiciones y estilos de vida, de los factores biológicos y los avances científicos en el cuidado de la salud, y con base en la conjunción de estos factores sería posible establecer un concepto que permitiera no sólo extender la esperanza de vida, sino también posponer algunas pérdidas de capacidades funcionales y, potencialmente, inducir al adulto mayor para que tenga mejor calidad de vida por más años, y no sólo más años (Inga, 2008: 9).

Al ser la salud el eje integrador de la calidad de vida, por consecuencia es necesario que el adulto mayor perciba que la sociedad lo acoge y le proporciona redes de apoyo que satisfagan su necesidad de salud, seguridad y protección; esta integración social en el adulto mayor se transforma entonces más en un medio que en un fin en sí mismo, medio que aporta parte del sustento psicológico del desarrollo de la vida en los estados de edad más avanzada. Una de las grandes debilidades que ocasiona que el adulto mayor manifieste una disminución de su calidad de vida y que también le afecta en sus relaciones interpersonales y en la satisfacción de sus necesidades, es su dependencia económica, pero al tener cubierto este factor, el anciano se siente protegido, seguro de sí mismo y con mayor control de sus emociones.

Una buena calidad de vida en el adulto mayor también es adquirida cuando éste forma parte de un grupo, lo cual constituye una fuente de relaciones interpersonales de carácter afectivo donde priva el respeto y se valora al adulto mayor; el grupo también le proporciona actividades de entretenimiento y expansión; el trabajo en conjunto potencia las energías para la realización de las actividades, pero también aporta un sentido de pertenencia y de solidaridad entre los adultos mayores; el grupo produce un sentido de pertenencia e identidad a sus participantes.

No hay duda de que el concepto de calidad de vida va ligado al elemento esencial de estar sano, dentro de una sociedad que nos pueda dar años a la vida, y ahora lo que queremos es dar vida a todos y cada uno de nuestros años; esto quiere decir que se trata de un concepto subjetivo, propio de cada persona, con una notable influencia del entorno en el que vive, de sus condiciones y estilos de vida; es aquí en donde al adulto mayor le concierne considerar las características que se manifiestan como un proceso saludable y vigoroso; en las últimas dos décadas esta población ha estado por debajo de los 80 años, cuya percepción de sí mismos les ha permitido no sentirse viejos y disfrutar de su envejecimiento de manera activa.

Referencias bibliográficas

- Baltes, M., y Werner Wahl, H. (1985) "Dependencia de los ancianos", *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y Social*. Madrid: Martínez Roca.

- Barreto, C. C. C. (2008) *Programa de higiene y cuidados orales en mayores funcionales dependientes*, tesis doctoral inédita. Granada: Universidad de Granada.
- Barros, C. (1994) "Aspectos sociales del envejecimiento", *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*, núm. 546. Washington, DC: OPS.
- Bayarre, V. H. D. (2009) "Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 35, núm. 4, pp. 110-116.
- Brayne, C. (1995) "La calidad de vida aún por definir", *Foro Mundial de la Salud*, vol. 16. Washington, DC: OMS.
- Browne, J. R., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K., y Hiltbrunner, B. (1994) "Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad. Investigación sobre la calidad de vida", *Quality of Life Research*, núm. 3, pp. 235-244.
- Cardona, D., Estrada, A., y Agudelo, H. B. (2003) *Envejecer nos "toca" a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez".
- Delgado, B. M. T. (1998) "Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local", *Anales del IV Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana*, Tandil, Argentina, pp. 1-10. www.perfilciutat.net/fitxers/IVSL_A9.pdf
- Devesa, C. E., y Conrado, G. M. M. (1992) "Algunas precisiones en geriatría gerontológica", *Complejo Geriátrico. Combinado Poligráfico Emilio Rodríguez Curbelo*, pp. 32-36.
- Fernández Ballesteros, R. (2007) "Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales", *Anuario de Psicología*, núm. 73. Barcelona: Universidad de Barcelona-Facultad de Psicología, pp. 89-104.
- Fernández Ballesteros, R., y Maciá, A. (1993) "Calidad de vida en la vejez", *Revista de Intervención Psicosocial*, núm. 5, pp. 77-94. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Flores, V. M. E., Valle, B. M. A., y Muñoz, D. A. (2009) "Calidad de vida y salud en el anciano en el siglo XXI", en Cervantes, C. A., y Flores Villavicencio, M. E. (eds.), *Psicología de la salud en el anciano del siglo XXI*. Guadalajara: Umbral Digital, pp. 31-40.
- García Riaño, D. (1991) "Calidad de vida: Aproximación teórico-conceptual", *Bol Psicol*, núm. 30, pp. 55-94.
- Gómez Vela, M. (2004) *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Consulta: 17 de abril de 2004.
- Grau Abalo, J. (1998) *Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación*, conferencia en la II Jornada de Actualización en Psicología

- de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud, Cali, Colombia.
- Güell, R. M. R., y Morante, V. F. (eds.) (2007) “Conceptos generales”, *Manual Separ de procedimientos*. Barcelona: Publicaciones Pemaner, pp. 5-8.
- Inga Aranda, Julio, y Vara Horna, Aristides (2008) *Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú. Estudio piloto y análisis psicométrico*. <http://reocities.com/heartland/cabin/5900/adulto.htm>. Consulta: 29 de septiembre de 2008.
- Krzemien, D. (2001) *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*, ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología del Mercosur. Curitiba, Brasil. www.redadultosmayores.com.ar/BrasilSituacionAM.htm.
- Lucas, C. R. (2007) “Cuestionarios genéricos”, en WHOQOL (eds.), *Manual Separ de procedimientos*, vol. 152, núm. 1. Barcelona: Publicaciones Pemaner, pp. 16-22.
- Maya, S. L. H. (2003) *Componentes de la calidad de vida en adultos mayores*, Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación (Funlibre), Costa Rica. www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm.
- Molina, S. C., Meléndez, M. J. C., y Navarro, P. E. (2008) “Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados”, *Anales de Psicología*, vol. 24, núm. 2, España, pp. 312-319.
- Nieto, M. J., Abad, M. M. Á., y Torres, O. A. (1998) “Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica”, *Anales de Psicología*, vol. 14, núm. 1. Murcia, España: Universidad de Murcia-Servicio de Publicaciones, pp. 75-81.
- OPS/OMS (1992) “La investigación en salud en América Latina. Estudio de países seleccionados”, *Publicación Científica*, núm. 543. Washington DC: OPS/OMS.
- Perales, A., Sogi, C., y Morales, R. (2003) “Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas”, *An Fac Med Univ Mac*, vol. 64, núm. 3, Mayor San Marcos, pp. 239-246.
- Rotondi, G. (2001) “Envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de sectores de pobreza”, *Revista ConCiencia Social*, nueva época. www.consultoriasocial.com.ar/artipobreenvejec.htm. Consulta: septiembre de 2001.
- Terol, M. C., López Roig, S., Rodríguez Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., y cols. (2000) “Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia”, *Anuario de Psicología*, núm. 16, pp. 111-122.

VI

Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco

María Elena Flores Villavicencio¹
Rogelio Troyo Sanromán

Introducción

En este siglo XXI los cambios demográficos son uno de los problemas a nivel mundial, el cual ha provocado la necesidad de desarrollar políticas específicas dirigidas a la población envejecida, por la gran demanda en los aspectos económicos, sociales y de salud, ocasionando la realización de estrategias y acciones encaminadas al logro de la calidad de vida en los adultos mayores, así como prever las consecuencias económicas, sociales culturales de una sociedad tendente al incremento del envejecimiento (ONU, 1982).

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud decidieron emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, término que ha sido tradicionalmente usado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, tomando en cuenta la esperanza de vida de la población y las condiciones de vida en las que se presenta el envejecimiento (OPS, 1994, citado en Borja, 2009).

1. Profesores-investigadores del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

En una investigación realizada sobre la salud del adulto mayor, Verdugo (2008) señala que la población adulta mayor es la más susceptible de presentar una salud más quebradiza, con enfermedades físicas y emocionales asociadas al proceso de envejecimiento que influyen significativamente en los niveles de calidad de vida, que a su vez dependen de contextos externos.

Los estudios realizados sobre calidad de vida en adultos mayores pobres (Groot y Albala, 2004; Raugh, 2008) se han centrado en identificar el impacto de las condiciones externas e internas de la vivienda y del medio ambiente, que de alguna manera pudieran ser consideradas como indicadores que reflejan las condiciones sociodemográficas y de salud del adulto mayor dentro de un proceso histórico social cambiante.

Giusti (1991, citado en Mora, 2004) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Posteriormente Faden y Germán (1994, citados en Mora, 2004) retoman estos indicadores como factores que orientarían el rumbo según el contexto del cual partiría la valoración que el mismo adulto mayor realiza de su propia calidad de vida.

No es posible hablar de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, así como el nivel de salud, que está muy estrechamente ligado a los aspectos mencionados. Con base en este criterio se define el concepto de la calidad de vida para los habitantes de las construcciones o viviendas carentes de espacios físicos y de servicios básicos.

El desarrollo habitacional en la ciudad de Guadalajara, con este patrón de vivienda social, está ligado a las políticas públicas de los últimos años, las cuales inciden especialmente en la producción sostenida de viviendas con la finalidad de suprimir las demandas de la población y las tendencias del mercado, en la promoción de nuevos programas habitacionales en la planificación, crecimiento y desarrollo de la ciudad, datos que se relacionan con el estudio realizado por Fadda (2005) en la ciudad de Santiago de Chile, sobre los lineamientos de la futura política urbana, donde se pretende fomentar el desarrollo urbano condicionado al crecimiento de la población con base en la inversión privada para el crecimiento horizontal de la ciudad.

El acelerado crecimiento poblacional que se ha presentado a través del tiempo en todas las sociedades, ha provocado un crecimiento

alarmante de sus urbes, y a la vez ha inducido a la construcción de viviendas multifamiliares, llamadas también vecindades modernas, lo que como consecuencia ha originando un proceso de autodestrucción de la salud del hombre; realidad que no escapa a los demás en relación con las carencias cotidianas de su vida, como son: condiciones materiales, espirituales, sociales y económicas, reflejadas mediante los servicios de atención médica, disponibilidad de alimentos, existencia de centros culturales y deportivos, saneamiento ambiental, transporte, comunicaciones, indicadores que básicamente influyen directa e indirectamente en el proceso del envejecimiento (García, 2000; Gutiérrez, 2001).

Por su parte, Núñez y Álvarez (2009) consideran que con la construcción de los conjuntos habitacionales se logra satisfacer en parte las necesidades de la población respecto a la vivienda, pero no en lo referente a su calidad de vida y de su salud, ya que de alguna manera la vivienda debe ser un espacio vital cuyo objeto es brindar protección, bienestar y comodidad, elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida funcional en la realización de las actividades cotidianas.

De acuerdo con los resultados del estudio realizado por Kroc (2005), las condiciones de las viviendas modernas han sido reconocidas como una de las principales determinantes de la salud humana, que podría estar afectando la salud de millones de personas, en especial a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables; entre los más recurrentes se encuentran los niños y los adultos mayores, porque pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. Aquí las autoridades aún no han reconocido debidamente la magnitud del problema, debido a que el tema de vivienda se trata de manera limitada, enfocándose principalmente en la casa como un ambiente físico, sin tomar en cuenta el hogar, el entorno y la comunidad, mientras que las políticas de vivienda tienen un enfoque sustancialmente financiero, sin tomar suficientemente en cuenta componentes sociales como la salud de la población (Kroc, 2005: 1).

Bosch (2006) considera que el problema de la vivienda es una realidad en todo el mundo, pero su alcance y gravedad dependen, en gran medida, del grado de desarrollo económico y social de la sociedad analizada, de la riqueza existente y de su distribución. Entre la gente mayor esto es una cuestión que afecta principalmente a las mujeres —por la feminización de la vejez y de la pobreza— y a los ancianos y ancianas de 80 años y más, ya que a medida que aumenta la edad, las condiciones residenciales empeoran, los recursos económicos disminuyen y las limitaciones físicas aumentan.

Asimismo, Fernández Ballesteros (1998) considera que la salud del adulto mayor se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente, por el estilo de vida que tiene en su vivienda, por las condiciones personales como la edad y el sexo, y por las condiciones socioeconómicas o educacionales, que de alguna manera impiden que los adultos mayores no logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

En 1998 Fernández Ballesteros estableció una serie de lineamientos que determinaban el término de calidad, refiriéndola a “ciertos atributos o características de un objeto particular”, mientras que el término “vida” lo conceptualiza en una noción más amplia que “envuelve a los seres humanos” (Fernández Ballesteros, 1998: 586).

Siguiendo esta perspectiva, Torres, Quezada, Rioseco y Ducci (2008) analizaron la calidad de vida desde un enfoque de la salud, llegando a un concepto que les permitiera considerarla como un “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” (p. 2).

Definitivamente la calidad de vida del adulto mayor está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento social, psíquico y físico, y en definitiva de la valoración global de su salud y de su enfermedad (Darnton, 1995).

En este concepto de calidad de vida estamos involucrando aspectos ligados a la situación del adulto mayor en su ámbito cotidiano, y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Estos indicadores son medidos en términos físicos mediante las características de la vivienda, de servicios públicos, de los espacios construidos, de las condiciones estructurales, etc., que en conjunto e individualmente han sido observadas mediante los estudios de pobreza, con los conceptos de desnutrición, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias, permitiendo así identificar una calidad de vida en el adulto mayor multifactorial (Solano, 1997).

En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresaron que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, como el de proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las

manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los adultos mayores y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar.

En el estudio realizado por Agudelo (1992) sobre las condiciones de la vivienda se identifica notablemente que las condiciones externas e internas de las viviendas están ligadas a las necesidades de protección y salud como reflejo de sus condiciones de vida, que de alguna manera contribuyen poderosamente en agravar su situación de salud, y contribuyen a disminuir su calidad de vida. Sobre esta perspectiva, García-Viniegras y González (2000) identifican las condiciones de la vivienda como la ventilación, los espacios reducidos, iluminación, mantenimiento de la estructura y hacinamiento como indicadores determinantes de los altos índices de trastornos emocionales y graves enfermedades infecciosas.

El abordaje de la calidad de vida y de la salud actualmente requiere de un diseño social nuevo, en que las ciencias sociales, la historia, la psicología y la medicina pueden hacer un valioso aporte, no sólo en los cambios culturales sino también proponer programas de saneamiento habitacional de las vecindades modernas existentes en las ciudades, para lograr la adaptación del hombre a su nueva etapa de su desarrollo sociocultural, que parta de los principios éticos para la búsqueda de la satisfacción, bienestar y felicidad humana (Grau, 1998).

El objetivo de este estudio consiste en evaluar integralmente las condiciones de una vivienda saludable, así como aquéllas carentes de espacios físicos en relación con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor a través de su satisfacción ante la vida y con su vivienda.

La búsqueda de estrategias y programas tiene la finalidad de prevenir, detectar y diagnosticar daños en la población adulta mayor, logrado ello a través de una conciencia ciudadana, para obtener un equilibrio entre el hombre y su ambiente social a través de una calidad de vida más sana mediante viviendas dignas que les proporcionen una mayor satisfacción y bienestar biopsicosocial.

Los resultados obtenidos serán proporcionados a las instituciones estatales, como el Departamento de Obras Públicas de los ayuntamientos de cada municipio correspondientes para buscar la posibilidad de que se implementen los programas adecuados, como condiciones de

salud, de infraestructura y de restauración de las mismas para el mejoramiento de las fincas y mejorar las condiciones de salud, así como la satisfacción y calidad de vida de los habitantes.

Metodología

Se solicitó a la Dirección General de Obras Públicas Municipales y a la Dirección de Control de la Edificación y Urbanismo de Fraccionamientos en la ciudad de Guadalajara, un listado de los edificios multifamiliares registrados y regularizados desde 1990 hasta la actualidad, siendo un total de 71 unidades habitacionales distribuidas en las diferentes colonias de la zona metropolitana de Guadalajara, de las cuales se seleccionaron cinco unidades habitacionales que contaran con una antigüedad mayor de 20 años, con viviendas de tipo medio y de interés social dirigido a los sectores de la población medio y popular; además se consideraron los edificios en donde se observan características externas como: viviendas insalubres, con malas condiciones de infraestructura (sin mantenimiento), con reducidos espacios libres en el entorno; de ellas se seleccionaron: la unidad habitacional de Villas de San Juan, El Sauz, Mario de la Cueva, Unidad Infonavit Independencia y Unidad Habitacional Plutarco Elías Calles.

Participantes

Se realizó un censo entre enero y mayo de 2009, visitando a todas las viviendas de los edificios multifamiliares antes mencionados, para detectar las viviendas donde habitaban adultos mayores de 60 años o más, entrevistándose solamente a aquellos adultos que quisieran participar en la aplicación de los instrumentos de evaluación y que se encontraban en el momento en que se visitó el edificio. Se detectó un total de 422 adultos mayores, de quienes solamente se entrevistaron 333 adultos mayores que quisieron participar en contestar los instrumentos del estudio; se eliminaban los adultos mayores que presentaban alguna deficiencia mental que impedían proporcionar información.

Instrumentos

Se elaboró un instrumento para obtener la información sobre las condiciones de infraestructura y de salud de la vivienda; se tomaron como referentes para este instrumento los indicadores establecidos por el reglamento de construcción del Ayuntamiento, en Jalisco.

El cuestionario de salud general (General Health Questionnaire, Goldberg, 1996) es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Permite evaluar niveles de salud mental (autopercebidos en individuos o grupos de riesgo) y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad.

Se utilizó además el instrumento breve de evaluación de la calidad de vida (WHOQOL-BREF) de la OMS (2000), que ha sido diseñado con el objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL ha sido ampliamente estudiado y se ha demostrado su utilidad, que es obtener la valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida; consta de 26 ítems distribuidos en cuatro reactivos: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Procedimiento

Una vez seleccionados los edificios multifamiliares en los cuales se realizaría el estudio, se visitaron cada una de las viviendas, para identificar si habitaba algún adulto mayor, y una vez ya detectado éste, se les proporciono información sobre la finalidad de la investigación, haciendo hincapié en que todos los datos que brindarían serían de carácter anónimo y confidencial; en seguida se solicitó por escrito su consentimiento para participar en la aplicación de los instrumentos; además se les comentó sobre su libertad para no contestar y abandonar la entrevista. Los criterios de inclusión delimitados para el estudio fueron: ser adultos mayores de 60 años, que estuvieran en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para poder responder a los instrumentos, o tener más de 10 años viviendo en la unidad multifamiliar.

La información obtenida por el instrumento de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa de Excel, para su análisis estadístico con el programa SSPS para Windows, que incluyó el cálculo de las frecuencias, la media, la desviación estándar, y los valores máxi-

mo y mínimo para las variables estudiadas. El grado de asociación se calculó por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se realizaron comparaciones de medias entre grupos con la prueba *t* de Student para muestras independientes.

Resultados

Se evaluaron 333 adultos mayores, habitantes de edificios multifamiliares, de quienes 81.08% eran mujeres y 18.91% hombres, con una edad promedio para mujeres de 69.03 años con una desviación estándar de 8.0, y para los hombres se identificó una edad promedio de 70.29 con una desviación estándar de 8.4; mientras que en el género la mayoría fueron mujeres (61.5%), y hombres (36.7%); en cuanto el estado civil, eran casados, aunque se identificó un porcentaje elevado de viudos en los hombres (42.6%), a diferencia de las mujeres (19.0%); asimismo, la escolaridad de la población estaba distribuida en: analfabetas (17.7%), y con educación primaria (58.5%).

Respecto al tipo de ocupación por género que los adultos mayores tenían en el momento del estudio, se encontró que los hombres (50.08%) ya no realizaban ninguna actividad laboral, y las mujeres (83.3%) continuaban dedicadas al hogar; sin embargo, se identificó una proporción de hombres (23.8%) que aún seguían trabajando como empleados u obreros en alguna empresa o con un negocio familiar. En estos datos se observó una significancia estadística de género y ocupación de $p < 0.000$.

En lo relativo a la variable de atención individual, se identificó que 91.9% de la población anciana tienen hijos, y el número total de hijos por anciano está en el rango de cuatro a siete, y sólo 6.6% no tienen hijos. Estos datos se relacionan con la pregunta “¿Con quién vive el adulto mayor?”, en la cual 76.9% de ellos viven con sus hijos y 20.4% viven solos; es la familia la que les proporciona el ingreso económico en 44% de ellos, a diferencia de 38.3% de los ancianos que reciben aún su pensión, que es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, lo cual lo reporta 76.0%; asimismo, 78.1% de los ancianos reportan que la familia está al tanto de ellos, pero que no les preparan alimentación especial, y 83.1% deben seguir realizando tareas caseras (véase cuadro VI.1).

Cuadro VI.1
Frecuencias y porcentajes de atención individual
que se le proporcionan al adulto mayor

Reactivos	Atención individual			
	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Ingreso suficiente para cubrir las necesidades básicas?	80	24.0	253	76.0
¿Cuenta con habitación propia?	281	84.4	52	15.6
¿La familia está al tanto del anciano?	260	78.1	73	21.9
¿Le elaboran alimentación especial?	117	35.1	215	64.6
¿Desarrolla actividades físicas?	185	55.6	148	44.4
¿Realiza tareas caseras?	276	83.1	56	16.9

Fuente: elaboración propia.

Evaluación de las condiciones de la vivienda

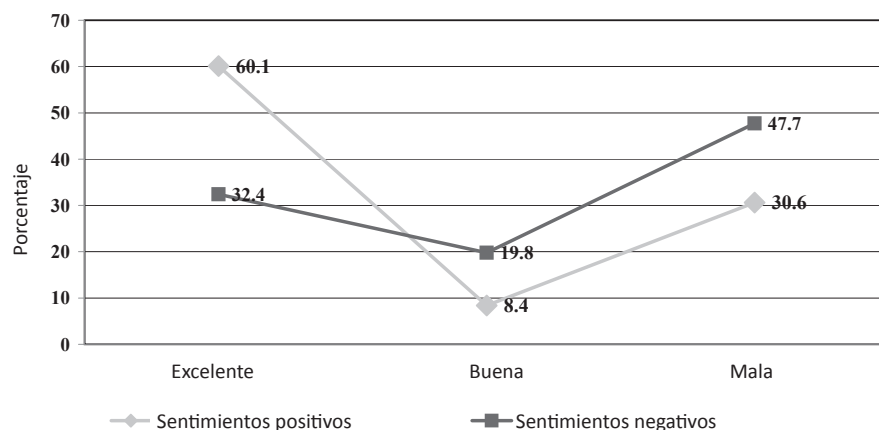
La mayoría de los adultos mayores tienen más de 10 años en la misma vivienda multifamiliar; la vivienda del anciano (53.4%) se ubica en la planta baja, aunque un porcentaje menor (14.1%) se ubican en el tercero y cuarto piso; el acceso a la vivienda lo realizan mediante escaleras (56.5%), que a la vez las consideran inadecuadas para su edad; la iluminación natural de la vivienda que entra por las ventanas es considerada por 83.5% de los adultos como inadecuada; 94.6% de los adultos evaluados reportaron que sólo contaban con un foco en cada espacio de la vivienda y en ocasiones les parecía insuficiente para iluminar la vivienda, dificultándoles desarrollar actividades visuales.

Se obtuvieron puntajes elevados en relación con el tipo de acceso y el piso de la vivienda con la calidad de vida (OR 1.38, IC 0.78-2.43) porque se encontraban en condiciones inadecuadas; estas dos condiciones de la vivienda se consideraron como los indicadores con mayor relación con la calidad de vida (OR 2.23, IC 0.41-11.02), con una $p < 0.05$, debido a las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, que le pueden provocar caídas, ocasionando que el anciano se salguarde en su vivienda.

En la figura VI.1 se observa el tipo de sentimiento que el adulto mayor expresa al estar dentro de su vivienda. Estos datos se obtuvieron al realizar la pregunta: ¿Cómo se siente actualmente en su hogar?

Los resultados indican que 47.7% manifestaron sentimientos positivos dentro de su hogar (de seguridad, felicidad y con mucha paz); 30.6% expresaron tener sentimientos negativos (solitario, triste, tenso, enojado, etc.); se consideró importante identificar si este sentimiento se vinculaba con la condición de tener una habitación propia, ya que 84.4% de los adultos mayores sí contaban con una habitación para ellos solos, y un porcentaje menor (15.6%) compartían su habitación con hijos o nietos, siendo un indicador que de alguna manera influye indirectamente en la independencia del adulto mayor.

Figura VI.1
Porcentajes obtenidos de la pregunta realizada al adulto mayor sobre sus sentimientos positivos y negativos acerca de las condiciones de su vivienda



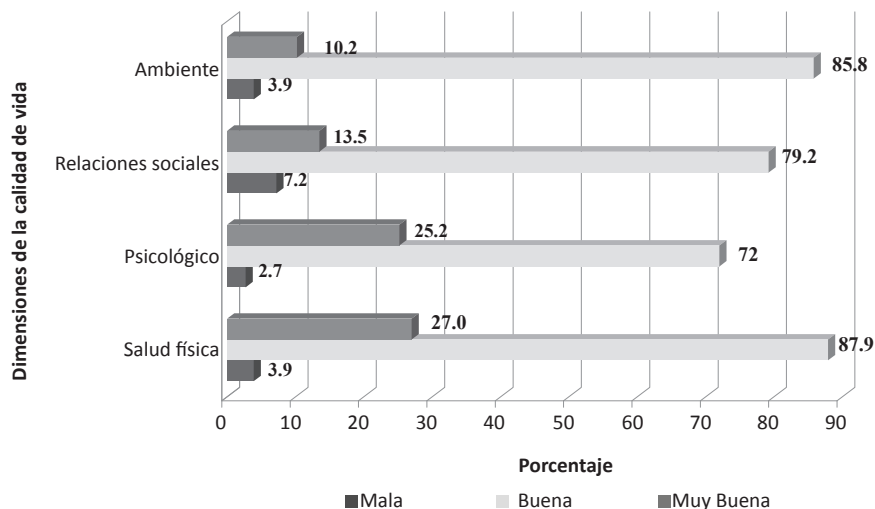
Fuente: elaboración propia.

Evaluación de la calidad de vida

En relación con la pregunta global “¿Cómo puntuaría su calidad de vida?”, 60.1% de los ancianos consideran su calidad de vida como normal; 17.7% que su calidad de vida era regular; 5.7% de los ancianos consideraban tener muy mala calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas por edad y género.

Figura VI.2

Distribución porcentual de las dimensiones: ambiente, relaciones sociales, psicológica y salud física, que evalúan la calidad de vida del adulto mayor

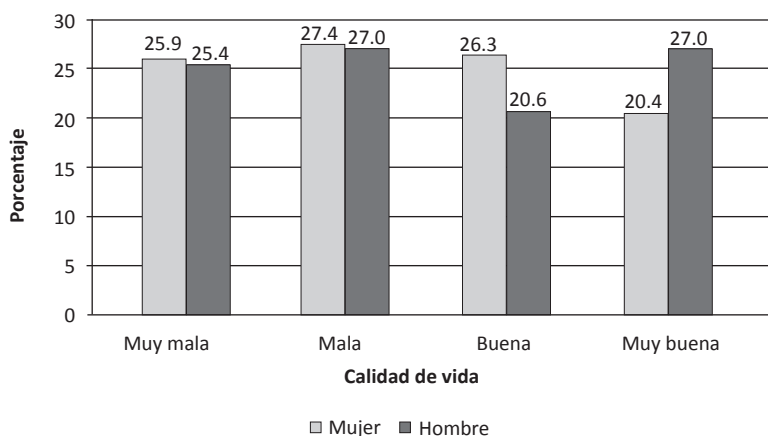


Fuente: elaboración propia.

En la figura VI.2 se señalan los resultados obtenidos por cada dimensión, que en conjunto determinan la calidad de vida: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se obtuvieron elevados porcentajes referentes a la percepción que tenían los adultos mayores respecto a cada dimensión: 87.9% de los adultos mayores consideraban tener una buena salud física; 85.8% de ellos percibían una buena calidad de vida respecto a su ambiente; 79.2% refirieron que sus relaciones sociales eran buenas, y 72.0% determinaron tener una buena calidad de vida en relación con las actividades psicológicas. No se observaron diferencias significativas por género en tres de las dimensiones; sólo se encontró poca diferencia significativa en la dimensión de ambiente ($p = 0.04$).

Figura VI.3

Distribución porcentual de los niveles de manifestación de la calidad de vida en relación con el género en el adulto mayor



Fuente: elaboración propia.

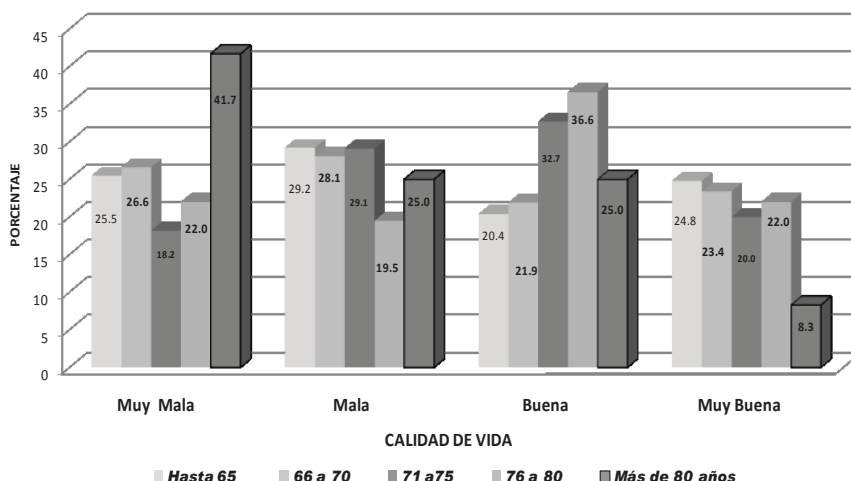
En la figura VI.3 se indica el nivel de la calidad de vida que manifestaban los adultos mayores según el género, y se muestran porcentajes semejantes del tipo de calidad de vida “muy mala” y “mala”, tanto para hombres como para mujeres, aunque también se identificó que 26.3% de las mujeres manifestaban tener buena calidad de vida, y 27% de hombres muy buena calidad de vida.

En la figura VI.4 se demuestra la relación de la calidad de vida con la edad, y se señala que 41.7% de los adultos mayores de más de 80 años presentaron muy mala calidad de vida; 36.6% manifestaron tener buena calidad de vida, mientras que 23.4% del grupo de 66 a 70 años manifestaron tener muy buena calidad de vida; esto corrobora que a más edad, menos calidad de vida en los adultos mayores.

Respecto a la satisfacción con la vivienda, 43.5% de los adultos mayores mencionaron estar satisfechos con la vivienda, y 50.5% se mostraron muy satisfechos con su vida; sin embargo, 13.2% expresaron sentirse insatisfechos con su vida y 12.6% con la vivienda (véase figura VI.5); se observó en 16.1% de la población una diferencia significativa entre la satisfacción de la vivienda con la calidad de vida de $p = 0.002$, lo

cual determina que aunque el anciano mantenga una buena calidad de vida, puede estar insatisfecho con su vivienda. Semejantes resultados se obtuvieron en la relación “satisfacción con su vida” y “calidad de vida”, con una significancia de $p = 0.005$; 14.9% de los adultos manifestaban estar insatisfechos con su vida, aunque presentaran una buena calidad de vida.

Figura VI.4
Distribución porcentual de la manifestación de la calidad de vida en relación con la edad en el adulto mayor

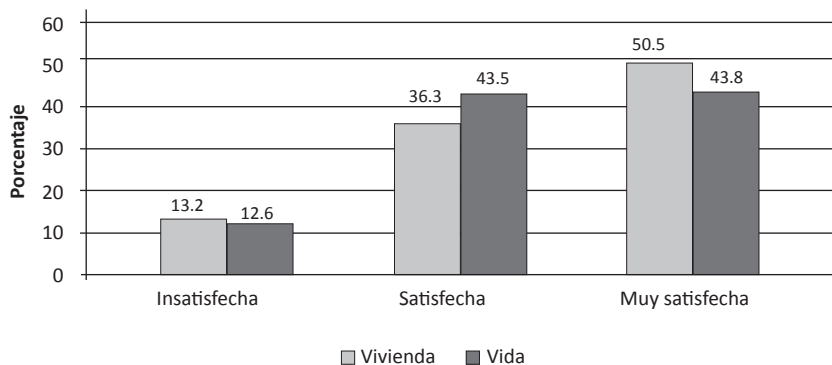


Fuente: elaboración propia.

Relación de la calidad de vida y la salud con la vivienda del adulto mayor

Aproximadamente 10 años es el tiempo promedio de estar viviendo en las unidades multifamiliares de este grupo de estudio, aunque en 53.4% su vivienda se ubicaba en la planta baja, y 14.1% se ubican en el tercero y cuarto piso. En cuanto a la relación de la calidad de vida con el tipo de acceso y el piso de la vivienda, 56.5% mostraron (OR 1.38, IC 0.78-2.43) y (OR 2.23, IC 0.41-11.02), con una $p < 0.05$, ya que estas dos

Figura VI.5
Distribución porcentual de la satisfacción con la vivienda
y con la vida expresada por el adulto mayor



Fuente: elaboración propia.

condiciones de la vivienda la consideraban inadecuadas para su edad debido a las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, que le pueden provocar caídas, ocasionando que el adulto mayor se salve en su vivienda.

Otra característica relevante de la vivienda fue la iluminación natural que entra por las ventanas. El 83.5% de los adultos la consideraron como inadecuada debido a la construcción de ventanas muy pequeñas, y porque en 94.6% de las viviendas sólo reportaron tener un foco en cada espacio de la vivienda y en ocasiones les parecía insuficiente para iluminar la vivienda, dificultándoles desarrollar actividades visuales.

En el cuadro VI.2 se observan las condiciones de la vivienda, que se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de manera favorable en la calidad de vida y de salud del adulto mayor. Se observó una tendencia, aunque no concluyente, en la relación con la calidad de vida “buena” y “muy buena” con el tipo de acceso de la vivienda dentro del edificio. Se presentan puntajes más elevados en relación con los accesos de escaleras (OR 1.38, IC 0.78-2.43) y el piso desnivelado (OR 2.23, IC 0.41-11.02), los indicadores con mayor relación con la calidad de vida, con una $p < 0.05$, esto por las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, que le pueden provocar caídas, ocasionando que el anciano se salve en su vivienda.

La ubicación de la vivienda en el edificio multifamiliar debe reducir el riesgo de lesiones físicas (como caídas, infecciones) y trastornos emocionales, que a su vez repercuten de manera directa en la calidad de vida “buena” y “muy buena”. Se obtuvieron tendencias altas en las viviendas que están ubicadas en tercer y cuarto pisos (OR 1.36-IC 0.53-3.40) en relación con las viviendas del primero y segundo piso.

La higiene es uno de los problemas de mayor urgencia. A pesar de que se tengan espacios interior y exterior adecuados o antihigiénicos y desordenados, se presentó una tendencia en los adultos mayores que viven en condiciones de higiene inadecuadas (OR 1.83; IC 1.05-3.22) con alta calidad de vida buena y muy buena.

Cuadro VI.2
Condiciones de la vivienda relacionadas con la percepción de la calidad de vida “buena”/”muy buena”

	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
<i>Tipo de acceso</i>			
Escaleras	0.242	1.38	0.78-2.43
Piso desnivelado	0.269	2.23	0.41-11.02*
Acceso directo	0.146	0.66	0.37-1.20
<i>Ubicación de la vivienda en el edificio</i>			
Planta baja	0.971	1.01	0.58-1.76
Primer piso	0.885	1.06	0.44-2.47
Segundo piso	0.921	1.03	0.52-2.05
Tercer piso o más	0.481	1.36	0.53-3.40
<i>Características de la vivienda</i>			
Espacios adecuados de la vivienda	0.444	1.43	0.54-4.01
Espacios inadecuados de la vivienda	0.772	1.22	0.25-5.08
Iluminación natural de la vivienda	0.104	1.99	0.81-5.07
Iluminación artificial de la vivienda	0.363	1.98	0.42-12.96
Ventilación adecuada de la vivienda	0.585	1.20	0.59-2.40
Ventilación inadecuada de la vivienda	0.521	1.22	0.63-2.34
<i>Estructura de la vivienda</i>			
Adecuada	0.629	0.88	0.50-1.53
Inadecuada	0.629	1.14	0.65-1.98
Mantenimiento de la vivienda			
Adecuada	0.299	1.50	0.66-3.48
Inadecuada	0.299	0.67	0.29-1.51
<i>Higiene de la vivienda</i>			
Adecuada	0.0235	0.55	0.31-0.96
Inadecuada	0.0235	1.83	1.05-3.22

P < 0.05

Fuente: elaboración propia.

La satisfacción con la vivienda y con su vida está asociada a la valoración de la calidad de vida buena y muy buena. En relación con el grupo de adultos mayores que dicen estar muy satisfechos con la vivienda (OR: 1.87; IC: 1.06-3.31) y con la vida (OR: 1.96; IC: 1.12-3.45), muestran elevada calidad de vida buena y muy buena, a diferencia de los que mostraron porcentajes bajos de buena y muy buena calidad de vida (véase cuadro VI.3).

Cuadro VI.3

Satisfacción con la vivienda y con la vida en relación con la percepción de la calidad de vida “buena”/”muy buena”

	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
<i>Satisfacción con la vivienda</i>			
Insatisfecha	0.003	0.15	0.02-0.65
Satisfecha	0.747	0.91	0.51-1.63
Muy satisfecha	0.020	1.87	1.06-3.31
<i>Satisfacción con la vida</i>			
Insatisfecha	0.014	0.25	0.06-0.87
Satisfecha	0.368	0.78	0.44-1.38
Muy satisfecha	0.011	1.96	1.12-3.45

Fuente: elaboración propia.

Conclusión y discusión

Las condiciones de la vivienda se caracterizan por un conjunto de indicadores que influyen de alguna manera en la calidad de vida de los adultos mayores, lo que se ve reflejado a través de sus estados de salud física y emocional no saludables.

Éste es el primer estudio que se ha realizado en Guadalajara sobre calidad de vida en ancianos que habitan en unidades multifamiliares, aunque ya se han desarrollado en otros países como España (Cataluña), Colombia, Chile (Santiago), entre otras, donde se ha utilizado el instrumento WHOQOL-BREF para población anciana; con este instrumento se pueden realizar comparaciones entre diferentes países y culturas. Posteriormente Lucas (2007) diseñó un instrumento más completo, el WHOQOL, para establecer si existía algún concepto común universal de CV, y si existía, entonces su objetivo sería construir una medida que

podiera ser utilizada de manera universal para evaluar la CV de las personas que utilizan los servicios sanitarios y sociales.

La presente investigación tuvo como objetivo asociar el tipo de depresión y la calidad de vida en los adultos mayores que habitan viviendas reducidas y con condiciones insalubres. Se obtuvieron importantes resultados sobre las manifestaciones de la depresión y de la calidad de vida en relación con las condiciones de la vivienda, ya que actualmente se han estado construyendo complejos habitacionales de tipo multifamiliar en diferentes zonas del municipio de Guadalajara, Jalisco, que no están adaptadas a las condiciones de salud física y psicológica del adulto mayor, que progresivamente se va agravando a través del paso del tiempo, dato corroborado en el estudio realizado por Bosch (2006), que pone énfasis en que el adulto mayor progresivamente va desarrollando situaciones de discapacidad y dependencia, las cuales para afrontarlas será necesario tener condiciones adecuadas de las viviendas que a su vez le permitan al adulto mayor disponer de espacios adecuados y que cuenten con los servicios necesarios para una vivienda digna.

Las características de los espacios reducidos y las condiciones inadecuadas de las viviendas (como son los accesos a través de escaleras, pisos desnivelados, iluminación y ventilación insuficientes) infieren una repercusión indirecta en las condiciones de salud física y emocional, detectadas a través de la manifestación de la depresión y de la calidad de vida del adulto mayor. Resultados semejantes se obtuvieron en el estudio realizado por García-Viniegras y González (2000), quienes señalaron también que las condiciones de la vivienda son consideradas como indicadores determinantes de los altos índices de trastornos emocionales y graves enfermedades infecciosas. Datos relevantes fueron obtenidos por Núñez y Álvarez (2009), quienes plantean que la vivienda es el espacio vital que brinda protección, bienestar y comodidad, elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida funcional física y mental que le permitan al adulto mayor la realización de las actividades cotidianas de su vida dentro de su vivienda.

La mayor parte de los adultos evaluados en el estudio valoraron su calidad de vida como “normal”/“buena”, pero también expresaron insatisfacción con su calidad de vida respecto a las condiciones de su vivienda, en relación con el lugar donde está ubicada la vivienda en el edificio y en lo referente a su propia vida.

Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Verdugo (2008), quien señala que la salud del adulto mayor es más quebradi-

za por su asociación al proceso de envejecimiento, que influye significativamente en los niveles de calidad de vida en relación con su vivienda y con su vida misma.

Respecto a la edad y al sexo, en esta investigación se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores, la calidad de vida insatisfecha aumenta. En correspondencia con estos resultados, Fernández Ballesteros (1998) concluye en su investigación que la salud de los adultos mayores se ve afectada por las condiciones personales, como la edad y el sexo, que de alguna manera impiden que los adultos mayores logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social, reflejados en los estilos de vida que tienen dentro de su vivienda.

Con esta investigación se intentó contribuir en la detección de las condiciones de la vivienda saludable, como indicadores que influyen en la presencia de la depresión y calidad de vida. En este sentido, es necesaria la generación de estrategias de solución en las políticas de construcción de las viviendas, que garanticen la seguridad y protección de la salud física y mental asociada a la calidad de vida del adulto mayor.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, C. (1992) *Municipios saludables: Una oportunidad para las estrategias del bienestar*, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Bayarre, V. H. D. (2009) “Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 35, núm. 4, pp. 110-116.
- Borja, H. D. P. (2009) *Vivencia del apoyo familiar. Programa Ambulatorio de Adultos Mayores*, tesis de grado, Ciudad Bolívar, Bogotá.
- Bosch, M. J. (2006) “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, *Architecture, City an Environment*, vol. 1, núm. 1, pp. 80-101.
- Darnton, H. I. (1995) “El envejecimiento con salud y la calidad de la vida”, *Forum Mundial de la Salud*, vol. 16, núm. 4, pp. 381-391.
- Fadda, G., Jirón, P., y Cortés, A. (2005) *Diferencias en la calidad de vida en el centro y periferia de Santiago. Incidencia de las políticas públicas*, ponencia presentada en el Seminario Internacional Alfa Ibis/Rideal - “Explorando Nuevos Conceptos sobre la Periferia Urbana”, Santiago de Chile.
- Fernández Ballesteros, R. (1998) “La calidad de vida: Las condiciones diferenciales”, *La Psicología en España*, vol. 2, núm. 1, pp. 57-65.

- García Viniegras, C. R. V., y González, B. I. (2000) “La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 16, núm. 6, pp. 586-592.
- Grau Abalo, J. (1998) *Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación*, conferencia en la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud, Cali, Colombia, pp. 28 y 29.
- Groot, L., Verheijden, M., Henauw, S., Schroll, M., y Staveren, W. (2004) “Lifestyle nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: A review of longitudinal results of the Seneca study”, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, núm. 59, pp. 1277-1284.
- Korc, E. M. (2005) *Vivienda saludable: Enlace entre la investigación y las políticas públicas*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS/PWR.
- Lucas, C. R. (2007) “Cuestionarios genéricos”, en WHOQOL (eds.), *Manual Separ de procedimientos*. Barcelona: Publicaciones Pemaner, pp. 16-22.
- Mora, M., Villalobos, Delia, Araya, G., y Ozo, A. (2004) “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”, *Revista MHSalud*, vol. 1, núm. 1.
- Núñez, M. B., y Álvarez, C. D. (2009) “El desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales”, *Estudios Jaliscienses*, núm. 75, pp. 21-31.
- OMS/OPS (1999) *Políticas de salud en la vivienda*, documento de posición de la OPS-División de Salud y Ambiente. Washington, DC/La Habana, Cuba: OMS/OPS.
- Raugh, V., Landrigan, P., y Claudio, L. (2008) “Housing and Health: Intersection of poverty and environmental exposures”, *ANN NY Acad Sci.*, núm. 1136, pp. 276-288.
- Ruiz, V. G. (2006) “Vivienda vertical, un mercado en ascenso”, *Público*, Guadalajara.
- Solano, B. T. (1997) *¿Cuál calidad de vida? En el mejor de los casos está súper deteriorada*, documento periodístico, Medellín, Colombia.
- Torres, H. M., Quezada, V. M., Rioseco, H. R., y Ducci, V. M. E. (2008) “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, *Revista Médica*, vol. 136, núm. 3, Santiago de Chile, pp. 325-333.
- Verdugo, A. M. A. (2008) “Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo”, *The concept of quality of life in human services: A handbook for human services practitioners*, Universidad de Salamanca (en prensa).

VII

Calidad de vida en adultos mayores pobres de un programa de vivienda social: Región Metropolitana, Chile

Marisa Torres Hidalgo¹
Reinaldo Rioseco Hormazábal¹
Margarita Quezada Venegas¹
María Elena Ducci Valenzuela¹

Introducción

El concepto calidad de vida (CV) ha cobrado gran importancia en los últimos tiempos, lo que ha motivado la realización de numerosos estudios asociados a este tema y al bienestar de diferentes grupos sociales (Herdman, 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de estudios multicéntricos ha propuesto el uso de instrumentos de medición comunes de CV con el objetivo de comparar realidades de distintas regiones; entre estos instrumentos destacan la encuesta WHOQOL 100 y WHOQOL BREF (WHOQOL, OMS, 2005; Nieto, 2004).

La medición de calidad de vida no es fácil debido a la ambigüedad del concepto y al carácter subjetivo que tiene, por lo cual en este tema es deseable compartir experiencias y métodos de estudio. Es de interés conocer estrategias de estudio e instrumentos de medición para identificar sus fortalezas y limitaciones, y así mejorarlos y aplicarlos en

1. Profesores-investigadores de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

contextos de programas de intervención dirigidos a mejorar niveles de calidad de vida de grupos específicos.

El estudio de la calidad de vida en adultos mayores es un foco de estudio para numerosos investigadores, fundamentalmente por el impacto que tiene el nivel de CV sobre la sobrevivencia de estas cohortes etáreas (Groot, 2004; Albala, 2004). La vivienda y el medio ambiente son condicionantes de calidad de vida muy trascendentes, que aumentan su importancia cuando se asocian a condiciones socioeconómicas deficitarias (Rough, 2008; Evans, 2002; Lynch, 2006; Troung, 2006). Por ello es de interés incursionar en estudios sobre CV de adultos mayores pobres.

El objetivo de este capítulo es presentar un estudio interdisciplinario de calidad de vida de adultos mayores pobres beneficiarios de un programa de vivienda social. En este estudio se aplicó el cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL BREF) y una encuesta diseñada para estudiar movimientos y/o desplazamientos y redes de apoyo, antes y después de que los adultos mayores se trasladaran de vivienda. El estudio se realizó en la Región Metropolitana, Chile.

Antecedentes sociodemográficos

La población de Chile, según el censo de 2002, arrojó una población de 15'116,435 habitantes, esto es 13.2% más que en 1992. La tasa de crecimiento anual en el periodo fue de 1.25%, uno de los países de América Latina con menor crecimiento demográfico. El 86.6% de la población tenía carácter urbano y 13.4% era rural. En comparación, México en el periodo 1990-2000 tuvo una tasa de crecimiento anual de 1.83% y su población urbana era en el último año mencionado de 74.6%. Chile vive un envejecimiento poblacional acelerado, destacando la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida (figura VII.1 y pirámides poblacionales de Chile años 1992 y 2002).

Desde el punto de vista de la estructura por edad, en el año 2002 25.7% de los habitantes era población menor a 15 años de edad y 11.4% tenía 60 años o más. Diez años antes los adultos de más de 60 años sólo representaban 6.8%. Es decir en el periodo 1992-2002 este último segmento de población creció casi en 90%. El índice de envejecimiento en 1992 era de 15.39; en 2002 alcanzó 31.30, es decir por cada 100 individuos menores de 15 años, 31 eran mayores de 65 años. En México,

Figura VII.1
Chile: pirámide poblacional, 1992

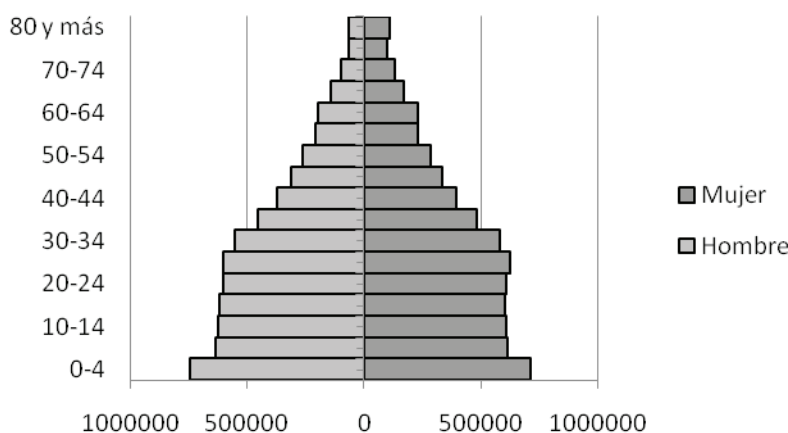
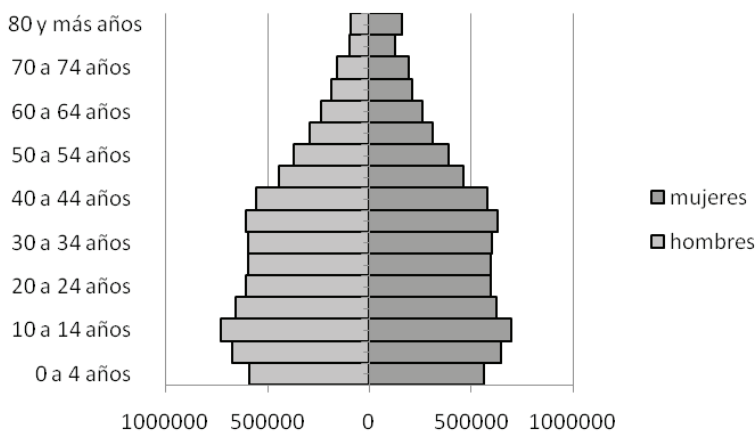


Figura VII.2
Chile: pirámide poblacional, 2002



según el censo del año 2000, la población mayor de 60 años constituía 7.13 de la población total, y el índice de envejecimiento era de 14.5%.

La Región Metropolitana, con más de seis millones de habitantes al año 2002, concentra 40% de la población del país. El 96.9% de esta po-

blación es de carácter urbano, lo que representa casi 45% de la población urbana nacional, correspondiente prácticamente en su totalidad a la ciudad capital del país. Santiago es un núcleo administrativo, industrial, comercial, financiero y cultural que concentra la mayor actividad del quehacer nacional, aportando 41.5% del producto interno bruto (PIB). En el censo de 1992 la Región Metropolitana tenía una población cercana a 5'300,000 habitantes, alcanzando un crecimiento anual de 1.43% en el periodo 1992 a 2002. La densidad es de 392 habitantes por kilómetros cuadrados. La tasa media estimada de crecimiento anual para el periodo 2000-2005 es de 1.35 personas por cada 100 habitantes.

En cuanto a la estructura por edad de la población de la Región Metropolitana, en 1992 la población menor de 15 años representaba 28.5% y la población sobre 60 años de edad 9.7% del total regional. Diez años más tarde, el censo de 2002 indicó que la población joven de menores de 15 años sólo representaba 24.9% y que la población sobre 60 años había subido a 11.05%. Con estos cambios demográficos la tasa de envejecimiento de la Región Metropolitana subió de 22.6% en 1992 a 31.39% en 2002.

Vivienda, pobreza y salud

En relación con la vivienda, 96% de la población del país habita en vivienda de carácter permanente y 89.6% dispone de alumbrado y acceso por cañería al agua potable. Actualmente se reconoce que la vivienda y el barrio son condicionantes de gran importancia para la CV de las comunidades, en especial para la salud; por ello los estudios abordan estos ámbitos en forma integral, junto con las condiciones socioeconómicas y culturales de cada grupo en estudio.

El barrio es el entorno de la vivienda, lugar donde comparten espacios los diferentes grupos humanos. En el contexto de los barrios se generan dinámicas relacionales que pueden fomentar redes de apoyo para lograr crear ámbitos psicosociales sanos y seguros. La OMS ha propuesto iniciativas para mejorar la vivienda y los entornos (“Vivienda saludable, barrio saludable”). Esta iniciativa promueve el fortalecimiento de actividades de protección de la salud en el ámbito de la vivienda.

Metodología

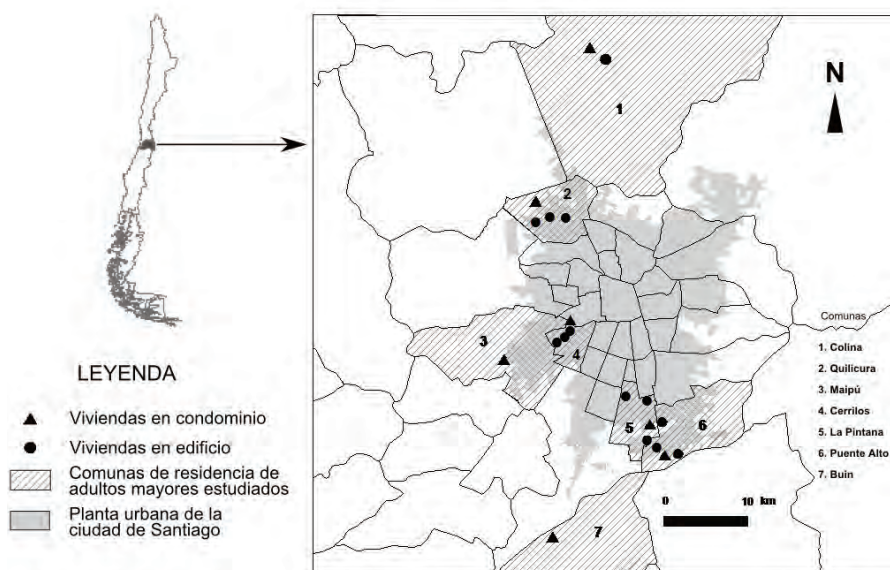
Se desarrolló un estudio interdisciplinario descriptivo dirigido a registrar la percepción de CV, redes y movimiento y/o desplazamientos de un grupo de adultos mayores pobres beneficiarios de un programa de vivienda social de la Región Metropolitana de Santiago.

La población en estudio fue el colectivo de personas asignatarias de “vivienda básica en edificio” y “vivienda en condominio”, entre los años 1998 y 2001. (El año 1998 fue cuando se inició la asignación de viviendas en condominio.) Los beneficiarios de vivienda en condominio fueron 155; y los asignatarios de viviendas básicas en edificio fueron 218 personas; por lo tanto el grupo total de asignatarios alcanzó a 373 adultos mayores.

Los beneficiarios de las viviendas fueron localizados en las comunas de la Región Metropolitana: Colina, Quilicura, Cerrillos, Maipú, La Pintana, Puente Alto y Buin. Las comunas de origen son más de 30, algunas de ellas fuera de la Región Metropolitana. En la mayoría de los casos las personas provenían de comunas diferentes a las que fueron trasladadas. Se aplicó una encuesta semiestructurada dirigida al adulto mayor beneficiario, donde se registró la percepción de la calidad de vida, variaciones de redes y desplazamientos antes y después del traslado. Las comunas de residencia actual son sólo siete para el caso de los condominios; en el caso de vivienda básica, son sólo cinco. En la mayoría de los casos los adultos provienen de comunas diferentes a las de su actual residencia (figura VII.3).

En este estudio se consideró como hipótesis (Ho) que los adultos mayores que viven en edificio tenían mejor percepción de CV que los adultos mayores que vivían en condominio. Se utilizó como instrumento de estudio la encuesta de evaluación de percepción de calidad de vida patrocinada por la OMS: WHOQOL-BREF (versión española para adulto mayor), patrocinada por el Grupo de CV de la OMS (The WHOQOL Group, 1998). Esta encuesta consta de 26 preguntas, cada una con cinco categorías tipo Likert. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de CV total, y puntajes para cada dominio: dominio 1: físico; dominio 2: psicológico; dominio 3: relaciones sociales; D4: ambiente. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100; a mayor puntaje, mejor es la CV percibida.

Figura VII.3
Mapa de ubicación de viviendas en edificio
y en condominio en Región Metropolitana, Chile



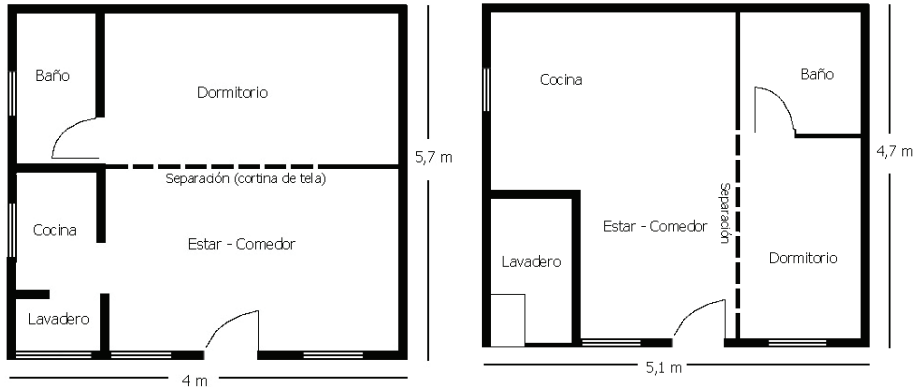
Se encuestó a 73.9% (N = 276) del total de asignatarios (N = 373). De los 155 que vivían en condominio se pudo encuestar a 80% (N = 124) y de los 218 adultos mayores de edificio se encuestó a 70% (N = 152). En promedio los entrevistados tenían 76 años de edad, con un rango entre 61 y 90 años en condominio, y entre 60 y 94 años en edificio. En su mayoría eran mujeres: 70.5% en condominio y 77.0% en vivienda en edificio. En promedio los adultos mayores se habían trasladado a su nueva vivienda hacía cuatro años.

Las viviendas asignadas estaban localizadas en siete comunas de la Región Metropolitana. El 50.7% de las viviendas estudiadas se concentran en las comunas de Quilicura y Cerrillos, 23.9% y 26.8%, respectivamente.

La vivienda en edificio se localizaba en un primer piso (planta baja), y se encontraba localizada en bloques de edificios de cuatro pisos de poblaciones de similares condiciones económicas. Las viviendas en condominio eran conjuntos habitacionales de un piso agrupados en 20-30 viviendas en sectores de similar situación económica. Estos condominios

tienen un patio central, dependencias comunitarias y están delimitados del entorno por una reja (figura VII.4).

Figura VII.4
Planos de viviendas en condominio y edificio



Resultados

Percepción de calidad de vida

Los resultados se estratificaron en tres categorías para cada dominio; satisfacción: baja, media y alta.

Dominio 1 (estado físico). La satisfacción se concentra en el nivel medio, 51% en condominio y 62% en edificio. El 34.7% de residentes de condominio declaran alta satisfacción y sólo 27.6% de edificio. Si se suman estas dos categorías, representan 86.3% para condominio y 89.4% para edificio. Los asignatarios de los dos grupos se encuentran satisfechos en términos de salud física (diferencia no significativa).

Dominio 2 (psicológico). La satisfacción se concentra en los niveles medio y alto. En condominio 47.6% se ubican en la categoría de alta satisfacción y 40.3% en categoría de satisfacción media, es decir 87.9% se ubican en categorías media y alta. Esto es similar a los resultados del grupo que vive en edificio, donde 57.6% se ubican en la categoría media y 33.8% en categoría alta, es decir 91.4% de los adultos mayores perciben su calidad de vida en el aspecto psicológico en las categorías media

y alta. Los adultos mayores de condominio perciben mejor su estado psicológico, lo que podría estar relacionado con que tienen contacto más cercano con otros adultos mayores, con quienes pueden potenciar sus redes de apoyo (apoyo entre pares); en cambio, los residentes de edificio viven en barrios con personas de diferentes edades.

Dominio 3 (redes). En el total de adultos mayores la satisfacción se ubica en nivel medio (49.4%) y alto (39.1%). Según tipo de vivienda, se observan diferencias; en condominio 35.0% alcanzan satisfacción media y 47.5% alta; en cambio, en edificio 60.9% media y 32.5% alta. Se confirma asociación entre variables según test de chi cuadrado, por lo que se podría señalar que los residentes de condominio tienen una mejor percepción de sus relaciones sociales (cuadro VII.1).

Dominio 4 (ambiente). En los beneficiarios de ambos tipos de vivienda la opinión se concentra en la categoría media: 68.5% en condominio y 77.6% en edificio. En la categoría “alta” se observa una diferencia; en condominio el porcentaje alcanza 20.2% y en edificio 3.9%, existiendo asociación entre el tipo de vivienda y la satisfacción con el medio ambiente (test chi cuadrado). Los resultados indican que el medio ambiente es mejor valorado por las personas de condominio. Una explicación podría consistir en la inseguridad que provoca el medio ambiente a adultos mayores de edificio, por la heterogeneidad étnica de la población, con los consiguientes problemas sociales (violencia, drogadicción, alcoholismo), situación que no ocurre en condominio, donde el grupo de vecinos es homogéneo (sólo adultos mayores) y donde se encuentran separados de poblaciones vecinas por murallas o rejas.

Para los dominios 1, 2 y 3 la satisfacción se ubicó en niveles medio y alto; en D3 la percepción fue mejor en condominio (estadísticamente significativo). En D4 ambos grupos concentran la satisfacción en nivel medio, siendo mejor en condominio. La diferencia de percepción de calidad de vida fue mejor para condominio, estadísticamente significativa para los dominios D3 (relaciones sociales) y D4 (ambiente). Para los cuatro dominios (D1, D2, D3, D4), del total de beneficiarios están altamente satisfechos 68.5% en condominio y 31.5% en edificio. En el total de adultos mayores según grupo etario (60-74, 75-84 y 85 años y más), a mayor edad la percepción de calidad de vida fue menor (figura VII.5).

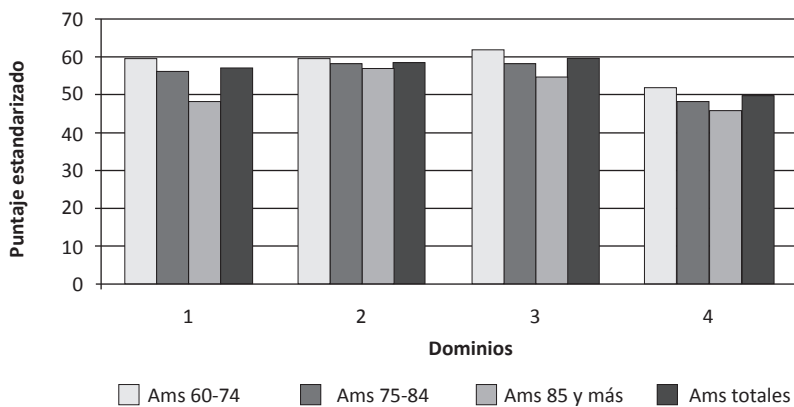
En suma, para el ámbito calidad de vida se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta hipótesis la alternativa (H_1), que los adultos mayores de condominio tienen mejor percepción de calidad de vida que los adultos mayores de vivienda básica en edificio.

Cuadro VII.1
Percepción de calidad de vida de adultos mayores según dominio y tipo de vivienda

Tipo de dominio	Tipo de vivienda	Percepción					
		Baja		Media		Alta	
		N	%	N	%	N	%
D1	Condominio	17	13.7	64	51.6	43	34.7
Físico	Edificio	16	10.5	94	61.8	42	27.6
D2	Condominio	15	12.1	50	40.3	59	47.6
Psíquico	Edificio	13	8.6	87	57.6	51	33.8
D3	Condominio	21	17.5	42	35	57	47.5
Redes	Edificio	10	6.6	92	60.9	49	32.5
D 4	Condominio	14	11.3	85	68.5	25	20.2
Ambiente	Edificio	28	18.4	118	77.6	6	3.9

Fuente: elaboración propia.

Figura VII.5
Calidad de vida del total de adultos mayores según dominio (D1: físico; D2: psíquico; D3: redes; D4 ambiente) y edad



El ámbito redes de apoyo: redes y movilidad

El cambio de residencia de los adultos mayores del estudio de ambos tipos de vivienda ha implicado una alteración en sus redes sociales y en su movilidad dentro de la ciudad. Se han perdido vínculos, otros se han ganado y otros simplemente han sido reemplazados. Junto con ello, también los desplazamientos urbanos han experimentado cambios, tanto por la finalidad como por las distancias y las frecuencias.

Dados los fuertes nexos que existen entre padres e hijos, los hijos son el principal componente del conjunto de relaciones que tiene cualquier persona de la sociedad, y los adultos estudiados confirman el hecho, pues antes del cambio de residencia, 63% sostenían este vínculo, el cual era el más alto. Después le seguían otros miembros de la familia, destacando entre ellos los hermanos, con 29%. Los amigos son también un componente importante, y así lo demuestra el 30% que representan.

Después del cambio de residencia, en ambos tipos de vivienda se evidencia la alteración de la red social, salvo la relación con los hijos, que se mantiene invariable. Los parámetros relativos a los otros miembros de la familia y los amigos, disminuyen, aunque sin una connotación estadísticamente significativa, sí evidencian una tendencia. Así, el nexo con los familiares cae desde 53 a 47%, la relación con los hermanos baja de 29 a 25% y con los amigos de 30 a 27.5%. Las relaciones con “otras personas” presentan una situación diferente a lo anterior, pues el grupo de adultos mayores cuya nueva casa se localizó en un edificio de departamentos incorporó a nuevas personas a su red social, de 23 a 27%, cifras que si bien no son muy diferentes, muestran una tendencia positiva con el cambio; no así quienes viven en condominio, quienes también experimentaron una merma en este tipo de relaciones, de 11.3 a 8.9%.

Las vinculaciones con instituciones, dada la edad, explican que sean las de salud las que logren los mayores porcentajes, tanto antes como después del cambio de residencia. Antes del cambio de domicilio casi 87% de los adultos del estudio se vinculaban a instituciones de ese tipo. La importancia de la dimensión espiritual de nuestra sociedad se hace manifiesta, pues las organizaciones de iglesia ocupaban el segundo lugar, con 66%, que superaban a los nexos con la municipalidad y las instituciones de adulto mayor, que sólo tenían 49 y 30%, respectivamente. Las juntas de vecinos tenían menor representatividad y sólo alcanzaban 15.9%.

Después del cambio de vivienda, hay una disminución en los nexos, que no es significativa, con instituciones de salud, iglesias y municipales.

Pero en cambio hay un aumento de vinculaciones con las juntas de vecinos y especialmente con las instituciones de adulto mayor. Las personas que pasaron a vivir en viviendas de edificios incrementaron sus nexos con las juntas de vecinos e instituciones de adulto mayor en seis y 13 puntos porcentuales, respectivamente. El cambio más notorio se produjo en el grupo de adultos mayores que pasaron a vivir en condominios, quienes incrementaron su relación con centros de adulto mayor en 37 puntos porcentuales.

Ayuda recibida, como reflejo de la existencia de redes

Dada la precariedad, principalmente económica, de los adultos mayores del estudio, las posibilidades de obtener ayuda adquieren gran relevancia. En el estudio no se observaron diferencias en relación con la ayuda obtenida según el tipo de vivienda.

La principal fuente de ayuda son los hijos, quienes en primera mención constituyen 39.4%; le siguen, en segundo lugar, los vecinos con 25.7%; luego otros familiares, como hermanos, sobrinos, con valores cercanos a 7 y 5%, respectivamente, valores similares a los de los amigos. En cuanto a la red formal, la principal fuente de ayuda la representa el consultorio con 6.8%.

Sin embargo, estos valores y fuentes de ayuda cambian al considerar no sólo la primera mención, sino todas las menciones de ayuda. Los hijos siguen siendo la principal fuente de ayuda, con 49.8%, seguidos esta vez por el consultorio con 34.9%, los vecinos con 26.1% y los amigos con 11.6%. En cuanto al tipo de ayuda, “pensión”, “remedios”, “compañía”, “escucha”, “afectos” y “consuelo” son los apoyos recibidos más mencionados por todos los encuestados.

De acuerdo con la información obtenida de los adultos mayores estudiados, se pudo observar que los tipos de ayuda se concentran en la frecuencia semanal y mensual, dependiendo del tipo de ayuda, y no hay diferencias según el tipo de vivienda habitada, con la sola excepción de “información para resolver problemas”. Los adultos residentes en vivienda básica de edificio obtienen información semanal, lo que indicaría que tienen acceso permanente a determinadas fuentes; en condominio, en tanto, el flujo de información es más lento (quincenal, trimestral o semestral), por lo que habría menor probabilidad de contar con la información apropiada en forma oportuna. La ayuda que es recibida

mensualmente corresponde principalmente a “pensión”, “remedios”, “curaciones”.

Considerada la muestra en su conjunto, todo tipo de ayuda que dice relación con la satisfacción de necesidades básicas, exceptuando la ropa, es recibida mensualmente. Para las necesidades afectivas, como “compañía”, “consuelo” y “escuchar problemas”, en cambio, la ayuda es recibida semanalmente.

Ayuda otorgada por los adultos mayores

No obstante lo necesitados de apoyo que están estos adultos mayores, también ellos prestan apoyo a otras personas. En el caso de quienes viven en condominio, los adultos mayores ayudan en 14.5% a sus hijos y en 12.1% a vecinos. En el caso de vivienda básica, el patrón cambia: ayudan en 9.2% a vecinos y luego a hijos en un 4.6%.

El monto de la ayuda otorgada a “otros” es escaso, lo que no permite establecer asociatividad entre tipo de ayuda y tipo de vivienda. La ayuda a “otros” —en la mayoría de los casos— se brinda una vez al año, exceptuando la ayuda a vecinos, que es semanal, lo que puede obedecer a razones geográficas, esto es, la cercanía podría facilitar el conocimiento de una necesidad o problema y el acceso físico para realizar acciones concretas de apoyo. En cuanto a comportamientos diferenciales por tipo de vivienda, la ayuda a vecinos es la única que presenta frecuencias estadísticamente significativas.

Movilidad

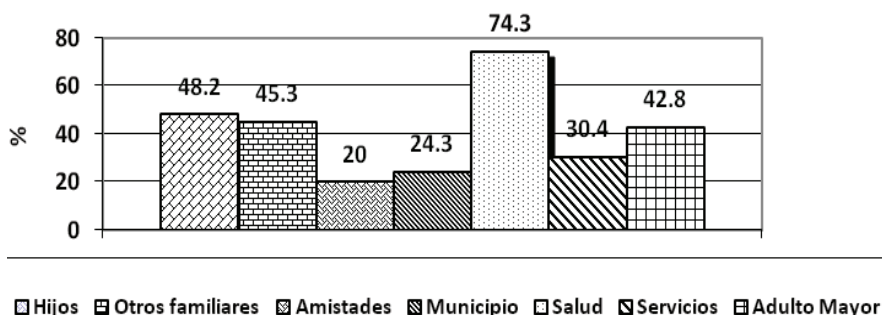
Las personas estudiadas en su mayoría han debido cambiarse desde sus antiguas comunas de residencia hasta las actuales, trayendo consigo las modificaciones de las redes sociales, cambios en las relaciones de barrio, tanto personales como institucionales, y también han modificado su movilidad dentro de la ciudad.

En ambos tipos de programa de vivienda se tienen casos en que el lugar de residencia y el lugar de origen se encuentran en posiciones diametralmente opuestas dentro de la ciudad. Para este tipo de población, de edad avanzada y pobre, y a veces enferma, las distancias constituyen una barrera urbana para desplazarse y mantener los nexos sociales.

Esta situación podría explicar en parte el debilitamiento de redes sociales de apoyo tanto del nivel primario como secundario que los adultos mayores habían logrado establecer en sus comunas originarias y con sus conocidos, respecto de quienes ahora viven en forma distante.

Entre las diferentes causas mencionadas por los adultos mayores del estudio, por las que han disminuido las visitas a familiares y amistades, aproximadamente seis de cada 10 indicaban la gran distancia que los separaba de sus antiguos barrios. En cuanto a los desplazamientos por visitas a familiares, amigos e instituciones, independientemente de qué tipo de comunas se trate, en general son similares para los residentes en ambos tipos de viviendas. En cuanto a los fines de los desplazamientos, se puede observar que los hijos y servicios de salud son los más relevantes (figura VII.6).

Figura VII.6
Motivos de desplazamientos de adultos mayores
Visitas que realizan los adultos mayores



Considerando los movimientos dentro y fuera de la comuna de residencia, estos últimos son bastante menores que los internos. Influyen en esta diferencia la mayor distancia, los costos de transporte y además la falta de aptitud de los adultos mayores para trasladarse dentro de la ciudad. En concordancia con lo anterior, la localización de las comunas influye en la movilidad espacial de estos adultos; así es como en las comunas más excéntricas hay menor número de desplazamientos. La situación opuesta la muestran los adultos mayores cuyas viviendas se localizan en comunas más centrales respecto de la ciudad.

En cuanto a las motivaciones, la movilidad por trámites es escasa fuera de la comuna, lo cual es esperable, pues los municipios deben ofrecer las posibilidades para satisfacer las demandas de servicio dentro de la comuna. Esto es más acusado en las comunas periféricas, debido a la distancia; lo opuesto ocurre con las comunas más centrales.

Los medios utilizados en los desplazamientos dentro de la ciudad varían según la finalidad. Las visitas a hijos, familiares y amistades las hacen mayoritariamente mediante locomoción colectiva, debido a que generalmente median entre ellos distancias considerables, demandando un tiempo promedio superior a una hora. En cambio, cuando se trata de instituciones de salud, acuden a ellas usando tanto el transporte colectivo como caminando, invirtiendo en ello un promedio de 25 minutos. Esta última forma de desplazarse es la más recurrida para dirigirse a los clubes de adulto mayor, por su mayor cercanía, que en promedio no distan más de 10 minutos.

Conclusión

En este estudio se puede observar cómo dos grupos de adultos mayores de características similares perciben de diferente forma su calidad de vida, dependiendo, entre otras variables, de las características de la nueva vivienda y del entorno. Aspectos fundamentales como el mantener redes de apoyo y la facilidad o dificultad de desplazarse son de gran relevancia. Se destaca que los adultos mayores en las viviendas en condominio generan redes de colaboración con sus pares vecinos, lo que les aporta información y apoyo; no así los adultos mayores que viven solos, en edificios rodeados de familias de distintas características etáreas.

Es muy importante considerar la calidad de la vivienda para proteger la salud del adulto mayor. El tipo de solución habitacional condiciona las redes sociales a las que puede acceder el adulto mayor. La localización geográfica de la nueva vivienda respecto de la antigua fue un factor preponderante en la conservación de redes y en los desplazamientos dentro de la ciudad de los adultos mayores.

Otro aspecto destacable, es el que los adultos mayores, aun en condiciones de pobreza, constituyen un nodo de apoyo a sus familias, entregándoles ayuda de tipo material, afectivo y espiritual. Es importante considerar que estas cohortes etáreas aumentarán su edad, y de acuer-

do con el estudio, su percepción de calidad de vida disminuirá, por lo cual es relevante su seguimiento (Torres, 2008).

En este estudio la hipótesis nula, que planteaba que los adultos mayores que vivían en edificio tenían mejor percepción de calidad de vida, fue rechazada, lo que es interesante pues la visión planteada por los investigadores resultó diferente de la que poseían los adultos mayores. Esto apoya la necesidad de valorar y respetar el punto de vista de los beneficiarios.

Considerando el envejecimiento demográfico poblacional de América, es interesante seguir el desarrollo de las nuevas iniciativas, como la descrita en este capítulo, pues permiten orientar a futuro nuevos programas de intervención.

Referencias bibliográficas

- Albala, C., Marín, P., Vio, F., y García, C. (2004) *Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos (INTA), Encuesta Sabe en Chile: Salud, bienestar y envejecimiento en la Región Metropolitana.*
- Curtice, L., Springett, J., y Kenned, A. (2007) “Evaluación en los escenarios urbanos: El reto de las ciudades saludables”, en Cerqueira, M. T., León, F., y De la Torre, A., *Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas.*
- Evans, G., y Kantrowitz, E. (2002) “Socioeconomic and health: The potential role of environmental risk exposure”, *Annu Rev Public Health*, núm. 23, pp. 303-331.
- Groot, L., Verheijden, M., Henauw, S., Schroll, M., y Staveren, W. (2004) “Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: A review of longitudinal results of the Seneca study”, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 59, núm. A, pp. 1277-1284.
- Herdman, M. (2005) “Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España”, *Gac Sanit*, vol. 19, núm. 2, pp. 91 y 92.
- Lynch, J., Kaplan, G., y Shema, S. (1997) “Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning”, *N Engl J Med*, núm. 337, pp. 1889-1895.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., y Tejerina, M. (2004) *Psicología para ciencias de la salud*, McGraw-Hill Interamericana.
- Raugh, V., Landrigan, P., y Claudio, L. (2008) “Housing and Health: Intersection of poverty and environmental exposures”, *ANN NY Acad Sci*, vol. 11, núm. 36, pp. 276-288.

- Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., y Torres, M. (2008) “Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile”, *Rev Panam Salud Pública*, vol. 23, núm. 3, pp. 147-153.
- The WHOQOL Group (1998) “The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) development and general psychometric properties, 1998”, *Soc Sci Med*, núm. 46, pp. 1569-1585.
- Torres, M., Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M. E. (2008) *Rev Méd Chile*, núm. 136, pp. 325-333.
- Truong, K. M. S. (2006) “A systematic review of relations between neighborhoods and mental health”, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 9, núm. 3, pp. 137-154.
- WHOQOL (s/f) *Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life instruments (The WHOQOL-100 WHOQOL-BREF)*. <http://www.who.int/msa/qol>

VIII

Modelo de evaluación e intervención psicogeriátrica para la atención integrada al adulto mayor

Ara Mercedes Cerquera Córdoba¹
Edward Leonel Prada Sarmiento¹
María Elena Flores Villavicencio²

Introducción

Somos un grupo de psicólogos inquietos en el trabajo con personas adultas mayores y en la investigación en el área de atención integral del adulto mayor, cuyo propósito es ofrecer un servicio de alta calidad con profesionales capacitados en pro del bienestar y de la generación de nuevos estilos de vida para personas adultas mayores y su rol dentro de su grupo familiar, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y si es necesario reevaluar el concepto de vejez, identificando los imaginarios que sobre esta etapa del ciclo vital se construyen.

Para lograr este propósito, la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, y la Facultad de Psicología respaldan la creación de grupos de investigación para la atención del adulto mayor con programas de evaluación e intervención para la mejora de la calidad de vida de esta

-
1. Profesores-investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, Colombia.
 2. Profesora-investigadora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

población vulnerable. Desde esta perspectiva se diseña un modelo que genere acciones relacionadas con la evaluación e intervención en el área de la clínica social, de las neurociencias y la neuropsicología, en donde se desarrollen líneas sobre calidad de vida en la tercera edad.

Esta iniciativa se ve respaldada por la Universidad Pontificia Bolivariana, ante la necesidad que existe en la ciudad de Bucaramanga de ofrecer un servicio que reúna de manera conjunta actividades de evaluación y de apoyo para quienes están viviendo en esta etapa, así como para quienes forman parte de su grupo familiar.

Se ha logrado evidenciar una carencia de alternativas profesionales en la ciudad de Bucaramanga respecto a la atención, seguimiento y valoración adecuada que se brinda al adulto mayor, generando la necesidad de crear un servicio que atienda y ponga en marcha acciones de información y orientación, no sólo a aquellos adultos mayores que presenten determinada dificultad, sino también a su grupo familiar, y puedan recibir un servicio de atención social pronto, efectivo y con calidad.

Antecedentes del modelo de atención integrada al adulto mayor

Desde el año 1995 se dio inicio a trabajos de atención a la población adulta desde las prácticas de la asignatura “psicología del desarrollo II”. Posteriormente se efectuaron investigaciones desde el “Programa de Atención a la Tercera Edad y Envejecimiento Satisfactorio” (Carreño y Mantilla, 2002). Para el desarrollo de los anteriores proyectos se contó con varios grupos de practicantes y pasantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, cuya labor específica consistió en elaborar un diagnóstico que permitiera identificar las necesidades de la población, en estructurar talleres formativos dirigidos a los adultos mayores, función que consistió en desarrollar actividades encaminadas especialmente a propiciar el ocio terapéutico, manejo del tiempo libre y proyectos productivos.

En vinculación con el Grupo de Neurociencias, se dio inicio a la realización del trabajo orientado básicamente a la construcción del modelo de trabajo disciplinario de atención psicogeriátrica. Para tal labor se formularon objetivos que consistieron en: fortalecer las líneas de investigación al interior de los grupos, la contribución al desarrollo de herramientas de valoración diagnóstica, al igual que el diseño de estrategias de apoyo en lo concerniente a la calidad de vida del adulto

mayor, y finalmente la conformación de redes y convenios nacionales e internacionales de apoyo.

Hoy en día se adelantan proyectos específicos en el área de la memoria humana asociada a contenidos emocionales, en la evaluación de funciones cognoscitivas tales como atención, memoria y aprendizaje verbal, liderados por el grupo de neurociencias de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Dichos proyectos no sólo proporcionan un diagnóstico claro para la población adulta mayor, sino que generan estrategias de mejoramiento en las áreas diagnosticadas.

Creación del modelo de evaluación e intervención psicogeriátrica

Este modelo de evaluación e intervención surgió como proyecto de cooperación interna de los grupos de psicología clínica y de la salud, línea calidad de vida en las personas mayores y neurociencias y comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, en el momento en que existe gran preocupación en nuestro país por desarrollar programas en pro del bienestar del adulto mayor, como política nacional y como necesidad sentida del grupo poblacional en mención y de la sociedad, pues se prevé el progresivo envejecimiento de la población. Se estima que para el año 2020 la población mayor de 60 años representará 11.5% de la población y su esperanza de vida estará en alrededor de los 80 años (Rueda, 2002, citado por Cepsiger, 2004).

Esto ha llevado a generar propuestas de intervención tendentes a mejorar las condiciones de vida de esta población, pero lastimosamente no son las más adecuadas, ya que los factores que hacen que un fenómeno natural dentro del ciclo vital, como es la vejez, se experimenten como una amenaza o fuente de inseguridad, riesgo, incertidumbre y rechazo, sin olvidar que es la misma sociedad la que impone condiciones al adulto mayor, como la denigración, la marginación, el desamparo económico y afectivo que contribuyen a la autodevaloración y al desarraigo, donde la vejez es pensada y asumida como deterioro, inutilidad e ineficiencia, surgiendo quizás del desconocimiento total de la misma por temor o por prejuicios.

En la práctica gerontológica, según Krassoievitch (1998) se hace indispensable capacitar a toda la población acerca del concepto de vejez, de su resignificación tanto en el lenguaje como en el pensamiento, en donde todos los elementos que pertenecen a ella se agencien en pro de

la sana autopercepción de la adultez y del mejoramiento de su calidad de vida, poniendo a su favor todo el conocimiento de protección de sus derechos, dado que la población desconoce el nuevo concepto de vejez.

Los trabajos desarrollados sobre la mejora de la calidad de vida del adulto mayor han sido realizados por estudiantes de último año de psicología, bajo la dirección de los psicólogos Edward Prada y Ara Cerquera, responsables del programa de investigación en adultos mayores en diferentes instituciones de convenio: Asilo San Antonio, Hogar San Rafael, Asilo Señor de los Milagros de Girón, Fundación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios, Centro de Bienestar del Anciano de Floridablanca, con el apoyo de la Gobernación de Santander y la Secretaría de Desarrollo Social para adelantar dicho proyecto.

También se trabajó con grupos de adultos no residentes y no institucionalizados en la Unidad Deportiva de la Tercera Edad de Bucaramanga, del municipio de Floridablanca, Santander. Este lugar es un espacio destinado a sus encuentros y actividades, y es apoyado por la Institución Santander. Dicha institución viene funcionando desde octubre de 2004 y cuenta con una población aproximada de 2,800 personas, de géneros femenino y masculino, cuyas edades oscilan entre 45 y 80 años, que integran los 75 grupos allí vinculados. A pesar de la gran cantidad de personas adscritas, hasta el momento no se contaba con un equipo interdisciplinario que interviniera en las diversas necesidades en las áreas de psicología, salud, deporte, recreación y administración, aun teniendo el espacio físico y los equipos técnicos básicos para ello.

Cómo efectuamos el estudio del adulto mayor

Inicialmente se caracterizó la población, elemento indispensable para contextualizar el objeto de estudio, y se creó la ficha sociodemográfica o ficha de rastreo (véase anexo 1) para la población no institucionalizada que arrojó datos personales, familiares y grupales, la cual fue registrada en una base de datos que contribuyó a brindar los pilares fundamentales para la creación del Centro Piloto de Investigación y Desarrollo de la Unidad Deportiva de la Tercera Edad de Floridablanca, y que permitió explorar los imaginarios respecto a la vejez en este grupo poblacional.

Es importante destacar que los adultos mayores de la Unidad Deportiva de la Tercera Edad, quizá no todos pero sí una cantidad significativa, provienen de hogares en donde sus relaciones estaban funda-

mentadas en la monetarización, el consumismo y la producción, más que en el amor, el cuidado y la atención, lo que se constituyó en pautas de crianza, comportamientos y actitudes que se reforzaron en su socialización secundaria, inmiscuyéndose en un mundo burocratizado en donde es necesario mantener un rol estatus admirable para ser tenido en cuenta, ya que las relaciones sociales, laborales y hasta personales, que son un continuo costo-beneficio basado en el utilitarismo y en el respeto condicionado. Sería absurdo entonces pasar por alto el papel de la sociedad, pues es ésta la que asigna al individuo sentimientos de pertenencia y coherencia respecto a su rol en el mundo.

Qué encontramos en la población del adulto mayor

Se encuentran claras diferencias entre los imaginarios manejados por la población institucionalizada y la no institucionalizada, como es el caso de la Unidad Deportiva de la Tercera Edad. Allí se identificaron diversos aspectos que conforman ejes problemáticos dentro de la institución, que van desde lo administrativo, grupal e individual, hasta las concepciones que desde lo social se le atribuyen a esta población, objeto de este documento.

Desde lo administrativo, se considera la vejez como una etapa más de la vida y un espacio para la recreación, el ocio y el deporte. Desde lo grupal, se destaca la afiliación, que le permite al adulto pensar y vivir la vejez como oportunidad para compartir con el grupo de pares y establecer relaciones armoniosas.

Por otra parte, se identificaron algunos mitos que son manejados por algunos líderes y sus grupos, que a través de sus nombres los hacen evidentes: “Aires de mis recuerdos” y “Jóvenes del ayer” pueden ejemplificar esto. Desde lo individual, se tienen en cuenta las características personales de la población: la mayoría de mujeres viudas dedicadas al hogar, donde encuentran que la vejez es una etapa de soledad, pero no por esto se aíslan sino por el contrario, el sentido de pertenencia que les da el grupo determina para ellas un estado de bienestar, representando la vejez como júbilo y alegría.

Cada una de las problemáticas tanto administrativas como individuales y grupales hablan, por un lado, de forma implícita de los conflictos y situaciones personales no resueltos de los adultos mayores que a esta institución están vinculados; y por otro, muestran, con todo lo

que allí se vivencia desde la actividad, cómo se derrumba el mito de la inutilidad atribuido a los adultos mayores en la sociedad a lo largo de la historia (Hannsen, 2006).

Implementación del modelo de evaluación e intervención psicogeriátrica

Como fruto de lo anterior, se lleva a cabo la unión entre grupos de investigación y entidades que velan por la atención del adulto mayor en la ciudad de Bucaramanga: el grupo de Psicología Clínica y de la Salud, con el proyecto Centro Piloto para la Investigación y el Desarrollo del Adulto Mayor, de la línea de investigación Calidad de Vida en la Tercera Edad y el Grupo de Neurociencias y Comportamiento UIS-UPB (Universidad Industrial de Santander y Universidad Pontificia Bolivariana), con su proyecto Servicio de Atención Neuropsicológica en el Adulto Mayor de 55 años en la ciudad de Bucaramanga, “No me Olvides”, junto con la Secretaría de Desarrollo Social de la Gobernación de Santander.

El servicio tiene como intencionalidad la consecución y generación de recursos que permitan su mantenimiento y mejoramiento a lo largo del tiempo; igualmente, la formación de un equipo de trabajo estable y altamente competitivo que permita ofrecer una atención integral con sentido humano y de calidad.

Se espera que el desarrollo de este proyecto produzca impacto a largo plazo en los siguientes aspectos:

- Fortalecer las líneas de investigación al interior de los grupos de investigación.
- Contribuir con el desarrollo de herramientas de valoración diagnóstica, al igual que en el diseño de estrategias de apoyo en lo concerniente a su calidad de vida.
- Promover y mantener la formación de redes y convenios nacionales e internacionales de apoyo investigativo.

Forma de trabajo

Se busca desarrollar estrategias de forma individual y grupal que permitan no sólo fortalecer las dificultades propias sino igualmente las colectivas.

Para esto contamos con diferentes frentes de trabajo, como lo son: los Hogares Geriátricos y Albergues, Unidades de Recreación de la Tercera Edad “Unidad Deportiva El Parque y los Servicios Hospitalarios Clínicos y Privados dentro del área urbana.

A continuación se presentan de forma esquemática los puntos de trabajo articulados a los diferentes frentes de interés.

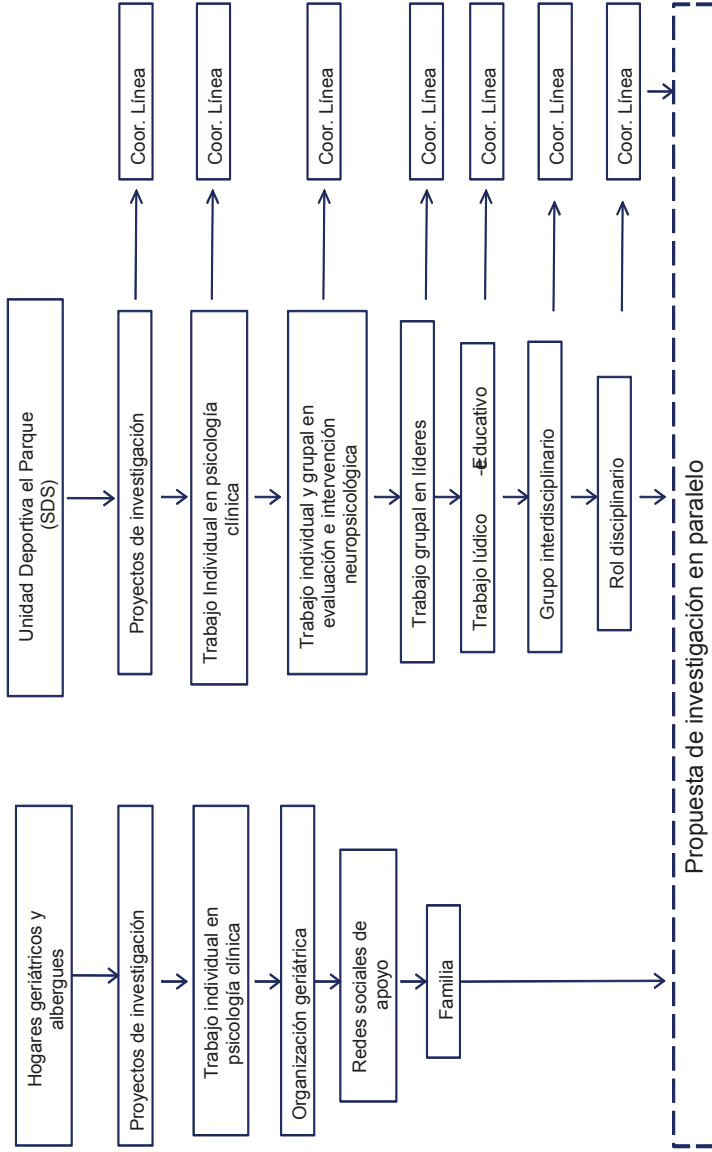
La figura VIII.1 es un esquema de los frentes de acción: dentro de los hogares geriátricos y albergues encontramos el desarrollo de un proyecto central de investigación, de igual forma la puesta en marcha de trabajo individual y colectivo desde la atención psicológica clínica. Se encuentran en muchas instituciones un trabajo especializado en la organización geriátrica, la conformación de redes sociales de apoyo y la familia.

Dentro de la Unidad Deportiva, igualmente se articulan las acciones dentro del proyecto central de investigación. También se desarrolla el trabajo individual desde la psicología clínica; además se desarrolla un trabajo especializado tanto individual como grupal en relación con la evaluación e intervención neuropsicológica, tomando como referentes modelos de apoyo y de entrenamiento en pro de sus pérdidas de memoria y atención. Se desarrolla un trabajo específico con el grupo de líderes, la generación de espacios lúdico-educativos, la conformación y puesta en marcha del grupo interdisciplinario, y finalmente la difusión del rol disciplinario.

En la figura VIII.2 se representa el sistema de evaluación que se ofrece en el Servicio de Atención Integral al Adulto Mayor; dentro del mismo encontramos la evaluación inicial, la cual es iniciada por el grupo de trabajo ubicado en cada una de las instituciones, quienes acompañan el caso junto con el grupo docente y el grupo interdisciplinario. Para tal caso se da apertura a la historia clínica, la ficha de rastreo (dominio social, cognitivo y emocional) y, en el caso pertinente, la puesta en marcha de test específicos ya sean desde la clínica y/o lo neuropsicológico. Una vez sea requerido, se lleva a cabo seguimiento y valoración final.

Se cuenta igualmente con grupos de trabajo específico tales como: grupo terapéutico, grupo de actividades de entrenamiento en memoria y atención, grupo de información a familias, grupo de apoyo al cuidador, y por supuesto el grupo interdisciplinario (figura VIII.3).

Figura VIII.1
Fuentes de acción: dentro de los hogares geriátricos y albergues



Fuente: Edward Prada y Ara Cerquera, Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga; y la Facultad de Psicología (2009).

Figura VIII.2
Sistema de evaluación para la población geriátrica



Fuente: Psic. Edward Prada y Ara Cerquera Universidad Pontificia Boliviana, seccional Bucaramanga y la facultad de psicología (2009).

Actividades planteadas

Con grupo terapéutico

Se fomentan y ejecutan actividades de tipo terapéutico para problemáticas comunes y que sean trabajadas a nivel grupal. Se tiene en cuenta el modelo psicológico acorde con la población y con la problemática en común, procurando siempre mantener el estilo de vida saludable de las personas que lo integran.

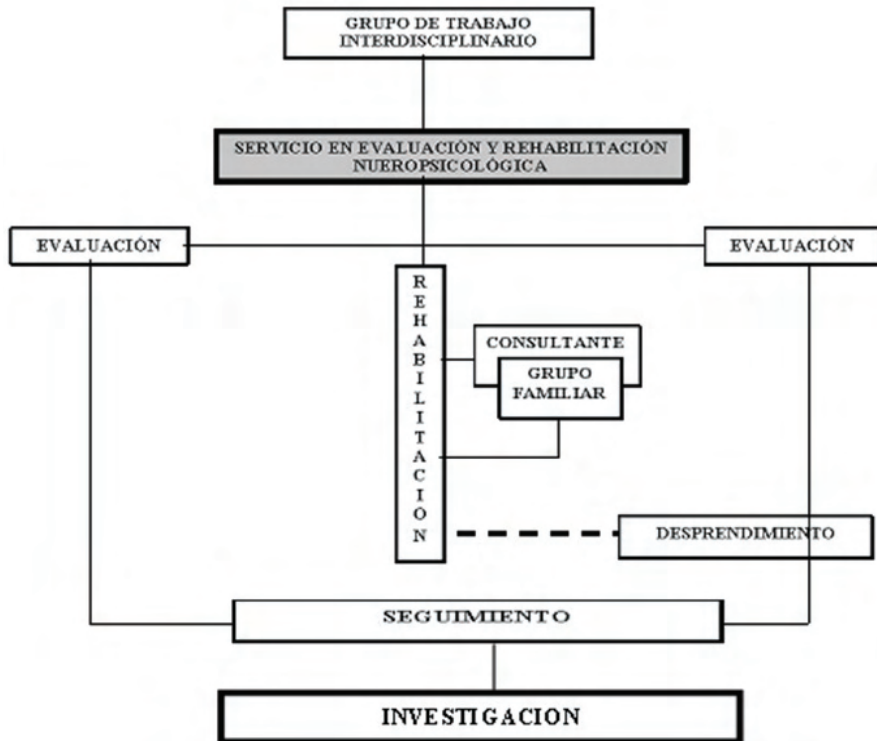
Con grupo de entrenamiento en memoria

Se desarrollan actividades de entrenamiento y fortalecimiento en áreas cognitivas, especialmente la memoria y la atención a partir de los datos arrojados en la ficha de rastreo (véase anexo 1). Para tal fin se han propuesto temáticas como: explorando la memoria autobiográfica (una mirada al pasado y al presente); entrenamiento en nombres y orienta-

ción de la realidad, comunicación y atención: un punto de partida para las actividades diarias, diario de actividades, actividad de jardinería en ambiente natural, actividades espontáneas (juegos de mesa, instructivos, desplazamientos dirigidos, crucigramas guiados), actividades en tareas de memoria visual y numérica, estimulación mnemónica (modelo canino), acueróbicos, visitas dirigidas al zoológico y/o jardín botánico, entre otras. Dentro del siguiente esquema se representa el funcionamiento del servicio de evaluación neuropsicológica.

Figura VIII.3

Representación esquemática. Desarrollo de las actividades dentro del servicio de evaluación neuropsicológica



Fuente: Psic. Edward Prada y Ara Cerquera Universidad Pontificia Boliviana, seccional Bucaramanga y la facultad de psicología (2009).

Con el grupo de familiares

Se pretende básicamente introducir al grupo familiar en el contexto de apoyo, al igual que ofrecerles información sobre los aspectos básicos de las pérdidas en esta etapa de la vida. Asimismo, se pretende abrir un espacio para expresión de vivencias personales que puedan alimentar y compartir con los demás familiares.

Para tales fines se plantean una serie de actividades, las cuales procurarán ser desarrolladas y evaluadas de la misma manera que con el grupo de participantes. Dentro de éstas encontramos reuniones donde firmarán un compromiso ético de participación voluntaria con el proceso de evaluación y de apoyo por parte del familiar, al igual que participarán de actividades dirigidas que pretenden resaltar lo importante que resulta olvidar en algunos momentos, sin que necesariamente esto implique un problema, como también mostrar cuándo el olvidar llega a convertirse en una dificultad verdaderamente. Estas charlas van acompañadas de algunas asesorías u orientaciones por profesionales, quienes los orientarán sobre el cuidado y el manejo de algunas situaciones que estén relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de sus familiares.

Dentro de las sesiones de trabajo, están: la actividad central: “Lo importante que es olvidar”, charlas especializadas orientadas a los manejos y cuidados con el adulto mayor, las pérdidas de las capacidades psicológicas y biológicas alternativas de apoyo y seguimiento, entre otras.

Con grupo apoyo al cuidador

Se genera un espacio formativo y académico con el grupo de voluntarios vinculados a instituciones que día a día velan por el cuidado y seguimiento de los adultos mayores, quienes reciben orientación por medio de jornadas de capacitación y retroalimentación durante periodos específicos y se trazan planes conjuntos de apoyo y seguimiento.

De igual forma, de acuerdo con las necesidades particulares se desarrollan jornadas de valoración, conocidas como brigadas de apoyo, donde atienden solicitudes propias hechas por los mismos cuidadores.

Con grupo disciplinario

Con este espacio se pretende acompañar los casos particulares de evaluación, apoyo y seguimiento desde una mirada interdisciplinaria.

Dentro del mismo se ofrecen alternativas y se toman decisiones importantes dentro de cada uno de los frentes de trabajo. Se cuenta con el apoyo de diferentes disciplinas, tales como: psicología clínica, neuropsicología y fisioterapia. El grupo lleva a cabo remisiones especializadas a centros de apoyo en salud, tales como: psiquiatría, medicina, salud ocupacional, enfermería, entre otras.

Cada una de las actividades propuestas durante la evaluación inicial, las actividades de apoyo con el grupo familiar y las actividades de seguimiento, y con comunidad de líderes y cuidadores, no representan ningún tipo de riesgo, según lo establecido en la resolución número 008430 de 1993, capítulo 1, artículos 10 y 11 establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia, la cual formula los criterios a tener en cuenta en el trabajo con seres humanos y especialmente con población adulta. Todos los participantes son voluntarios e incluidos de acuerdo con los criterios éticos de participación informada, según la resolución mencionada. Después de ser debidamente informados de forma detallada en cuanto a los procedimientos, tareas y actividades, los voluntarios y familiares firman el documento de consentimiento, el cual los posibilita a participar de los servicios. Cualquier voluntario o familiar puede retirarse en el momento que lo desee y no podrá ser presionado a permanecer en él. Adicionalmente, los resultados obtenidos durante las experiencias individuales y grupales pueden ser socializadas, claro está, sin hacer mención de nombre e identificaciones personales.

Conclusión

El ofrecer un servicio de evaluación e intervención psicogerítrica en la región permite no sólo dar conocimiento acerca del rol disciplinario, sino también brinda una oportunidad a la comunidad para obtener una mejor calidad de vida.

La aplicación de procedimientos de evaluación y seguimiento permite tener mayor acercamiento y especificidad en cuanto a los déficit (cognitivos, sociales y emocionales) que se presentan en las personas en esta etapa de sus vidas.

Las actividades de apoyo grupal permiten a los adultos mayores ser conscientes de sus procesos normales de envejecimiento, y de igual manera propician el aumentar su interacción con otras personas, ampliando así su campo social.

Se hace referencia especial a la alta tasa de deserción que generalmente ocurre en este tipo de trabajo por motivos económicos, de desplazamiento, dificultades físicas, y al mismo grupo familiar, que puede facilitar los medios para cumplir satisfactoriamente con la totalidad de las actividades. Asimismo, desde los grupos de acompañamiento se intenta generar estrategias favorables para su continuidad. Es necesario que los adultos mayores beneficiados con este tipo de proyectos se hagan conscientes de la importancia de su colaboración y participación en los mismos, pues este servicio se les presta sin ningún costo.

Como objetivos de las próximas etapas del servicio de evaluación e intervención en el adulto mayor, se propone comenzar a generar recursos propios que permitan prestar el servicio de manera continua, al igual que la permanencia de un equipo de trabajo estable y competitivo. Y contacto, por supuesto, con la empresa privada y estamentos públicos con el aporte económico, logístico y humano.



Foto VIII.1. Unidad Deportiva Lagos II Floridablanca Santander, Bucaramanga, Colombia. Tomada en el 2009 por Ara Mercedes Cerquera Córdoba, de nacionalidad Colombiana, es Profesor-Investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, Colombia.

Anexo 1. Medida de calidad de vida en el adulto mayor

*Aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales*³

Nombre adulto:

Fecha registro de datos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años.

Nivel de escolaridad: _____

Institución o grupo: _____

Uso de gafas: sí ___ no ___ Motivo: _____

Problemas auditivos: sí ___ no ___

Estado civil: soltero _ casado _ viudo _ separado _ unión libre _ otro: _

Nombre completo evaluador: _____

Instrucciones

A continuación escuchará algunas situaciones que le serán familiares, trate de responder muy sinceramente lo que recuerde.

0 es muy poco y 10 es lo máximo. Trate de no responder puntos extremos o intermedios.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en responder.

1. Escala de capacidad funcional (dominio social).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Estando boca arriba me volteo hacia la derecha o izquierda?											
¿Me puedo sentar en la cama?											
¿Estando boca arriba me puedo poner de pie?											
¿Puedo mantenerme sentado por mí mismo?											
¿Puedo mantenerme de pie?											
¿Puedo ponerme la camisa, blusa o brassier si lo necesito?											

3. Orozco, M. V., et al. (2004) *Revista Asociación Colombiana de Gerontología Geriátrica*, núm. 18, pp. 606-612. Derechos reservados.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Me coloco el pantalón, medias o zapatos?											
¿Cierro la cremallera y abotono mi ropa?											
¿Puedo bañarme todas las partes del cuerpo?											
¿Puedo utilizar el jabón, toalla y cepillo de dientes?											
¿Puedo moverme dentro del baño?											
¿Uso el sanitario o el pato y puedo asearme por mí mismo?											
¿Puedo controlar la eliminación de orina?											
¿Puedo controlar la eliminación de materia fecal?											
¿Puedo llevarme la comida a la boca desde el plato?											
¿Puedo pasar de una superficie a otra; por ejemplo de la cama a una silla o de la silla a la posición de pie?											
¿Puedo caminar una media cuadra?											
¿Puedo subir escaleras?											
¿Puedo bajar escaleras?											
¿Puedo desplazarme en terrenos difíciles, como destapado, prado, rampas y aceras?											
Total											

Tiempo total empleado: _____ (min.)

Observaciones a nivel general durante la aplicación:

2. Valoración de depresión CES-D (dominio emocional) (Yésavage).

Instrucciones:

A continuación encontrará unas preguntas que tendrá que responder dando un valor. Para esto, cada pregunta tendrá cuatro opciones de respuesta.

Rara vez o ninguna (menor a 1 día).

Alguna vez (de 1 a 2 días).

Ocasionalmente (de 3 a 4 días).

Siempre o todo el tiempo (de 5 a 7 días).

Trate de no responder puntos extremos o intermedios. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en responder.

Léale detenidamente cada pregunta para que las pueda comprender con mayor facilidad. Enúnciele claramente que la situación debió presentarse durante la última semana.

	RV	AV	OC	SI
¿En la última semana le molestaron cosas que comúnmente no le molestaban?				
¿En la última semana hubo algunos días que no le dieron ganas de comer?				
¿En la última semana se sintió afligido, aunque estuviera acompañado de amigos y familiares?				
¿En la última semana sintió que era tan bueno como cualquiera?				
¿En la última semana usted tuvo dificultad para concentrarse en lo que hacía?				
¿En la última semana se ha sentido deprimido?				
¿En la última semana sintió que las cosas que hizo le costaron más esfuerzo de lo normal?				
¿En la última semana se sintió esperanzado en su futuro?				
¿En la última semana sintió que la vida es un fracaso?				
¿En la última semana se sintió temeroso?				
¿En la última semana su sueño fue intranquilo?				
¿En la última semana estuvo infeliz?				
¿Un la última semana habló menos de lo usual?				
¿En la última semana se sintió solo?				
¿En la última semana sintió que la gente a su alrededor fue poco amistosa con usted?				
¿En la última semana disfrutó la vida?				
¿En la última semana lloró?				
¿En la última semana se sintió triste?				
¿En la última semana sintió que usted le caía mal a las demás personas?				
¿En la última semana sintió que no podía hacer nada?				
Total				

Observaciones a nivel general durante la aplicación:

3. Mini-mental (dominio cognitivo)⁴

I. Orientación (pregunta lo siguiente)		1	
¿Cuál es la fecha de hoy?	Fecha (p. e. enero 21)		
¿Cuál es el año?	Año	1	
¿Cuál es el mes?	Mes	1	
¿Cuál es el día?	Día (p. e. lunes)	1	
¿Puede decirme también qué horas son?	Aprox.	1	
¿Puede decirme también el nombre de esta clínica?	Clínica	1	
¿En qué piso estamos?	Piso	1	
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad	1	
¿En qué departamento estamos?	Departamento	1	
¿En qué país estamos?	País	1	
	Puntaje total		
II. Retención			
Pregúntele si puede probar su memoria. Entonces dígame “mesa”, “carro”, “dedo”, clara y lentamente, en un segundo cada una. Después pídale que las repita. La primera repetición determina su puntaje (0-3). Repítalas hasta que sean dadas las tres palabras, anotando el número del intento. No genere en el adulto ansiedad e intranquilidad. Se pueden utilizar: casa, árbol, perro.	“Mesa”	1	
	“Carro”	1	
	“Dedo”	1	
	Puntaje total		
III. Atención y cálculo			
Pídale al adulto que a partir de 100 reste 7. Deténgase después de 5 sustracciones acertadas consecutivamente. Puntee el número total de respuestas correctas.	“93”	1	
	“86”	1	
	“79”	1	
	“72”	1	
	“65”	1	
	Puntaje total		

4. Ficha de rastreo “Uso Exclusivo con Adaptación para el Proyecto Evaluación Neuropsicológica y Calidad de Vida en el Adulto Mayor” (Edward L. Prada S. y Ara Mercedes Cerquera, Universidad Pontificia Bolivariana).

Si es el sujeto no puede o no desea hacer la tarea anterior, pídale que deletree la palabra “mundo” al revés. El puntaje es el número de letras en posición correcta. Por ejemplo: “odnum” es 5, “odunm” es 3, “mudno” es 0.	O	1	
	D	1	
	N	1	
	U	1	
	M	1	
	Puntaje total		
<i>IV. Evocación</i> Pídale al sujeto que repita las tres palabras que previamente fueron presentadas y habían quedado en memorizar.	“Mesa”	1	
	“Carro”	1	
	“Dedo”	1	
	Puntaje total		
V. Lenguaje nominación Muéstrole al sujeto un reloj y pregúntele qué es. Repita con un lápiz.			
	Reloj	1	
	Lápiz	1	
<i>Repetición.</i> Pida que repita “tres tristes tigres”. Otra opción es: “si no bajo, entonces usted suba”.	Repetición	1	
<i>Orden en tres pasos.</i> Déle al adulto un pedazo de papel y dígame: “a continuación le voy a dar una orden, escuche todo lo que le digo y realícelo: tome el papel en su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso”.	Toma el papel en su mano derecha	1	
	La dobla por la mitad	1	
	La coloca en el suelo	1	
<i>Lectura.</i> Sostenga la tarjeta que dice “Cierre los ojos”, para que el adulto la vea claramente. Pídale que la lea y realice lo que está escrito.	Cierra los ojos	1	
<i>Escritura.</i> Déle al adulto una hoja en blanco y pídale que escriba una frase. Debe hacerlo espontáneamente. Debe contener un sujeto, verbo y debe tener sentido.	Escribe una frase	1	

<p><i>Copia.</i> En la página, pídale al adulto que dibuje los pentágonos que se intersectan (como en el ejemplo). Cada lado aproximadamente 5 cm. Los 10 ángulos deben estar presentes y dos deben intersectarse para dar un punto.</p>	<p>Dibuja pentágonos</p>	<p>1</p>	
	<p>Puntaje total</p>		
	<p>Gran total</p>		

Tiempo de ejecución: ___ minutos.

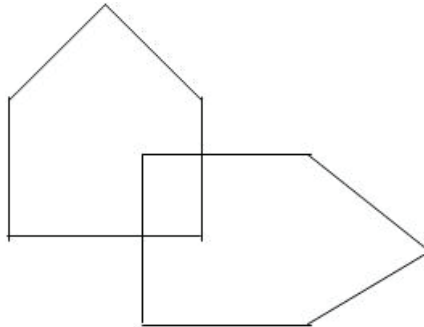
Problemas visuales: adicionar: 2 puntos al total.

> 65 años: adicionar: 1 punto al total.

> 75 años: adicionar 2 puntos al total.

Observaciones a nivel general durante la aplicación:

Cierre los ojos



4. Escala de soporte social (dominio social).

Instrucción:

Para responder las siguientes preguntas es necesario que tenga en cuenta la siguiente manera de contestar:

Nunca: ausencia del evento.

Algunas veces: el evento se presenta de forma irregular.

Casi siempre: el evento se presenta de forma regular.

Siempre.

Nunca o no responde.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en responder.

Tenga en cuenta lo sucedido en el mes inmediatamente anterior.

<i>Cuestionario</i>	<i>N</i>	<i>AV</i>	<i>CS</i>	<i>S</i>	<i>NR</i>
¿Durante el último mes sintió que los contactos con otras personas fueron cordiales y amistosos?					
¿En los contactos con otras personas el mes anterior, sintió que no lo comprendían?					
¿En los últimos 30 días se sintió estimado cuando estuvo con otras personas?					
¿Sintió que con las personas con quienes estuvo en el último mes no quisieron ayudarlo?					
¿En el último mes pasó un tiempo agradable con otras personas?					
¿El mes anterior sintió que las personas que tuvieron contacto con usted lo subvaloraron?					
¿La gente con quien tuvo contacto en el último mes no le suministró la información que usted necesitaba?					
¿En los últimos 30 días sintió que las personas con quienes estuvo le tenían simpatía y lo comprendían?					
¿Durante el último mes recibió información útil, sugerencias por parte de la gente con quien tuvo contacto?					
¿Estuvo muy preocupado por conseguir hacer contactos con otras personas en el mes anterior?					
¿Sintió que alguien no quiso estar con usted en los 30 días pasados?					
¿Experimentó la ayuda de alguien en el último mes?					
¿Alguien no lo tomó en serio o no le dio la importancia en los últimos 30 días?					
¿Durante el mes pasado hubo gente que no lo dejó en paz?					
¿Alguna persona confió en usted en el mes pasado?					
¿Alguien dedicó tiempo para estar con usted en el último mes?					
Total					

Observaciones a nivel general durante la aplicación

Referencias bibliográficas

- Carreño, A., y Mantilla, P. (2002) *Características físicas, psicológicas y sociales del prejubilado adscrito a Finsema de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana*, trabajo de grado, Bucaramanga.
- Centro de Psicología Gerontológica (Cepsiger) (2004) *Envejecimiento, comunicación y política: Implicaciones del envejecimiento*. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones.
- Hannsen, B. (2006) *Desarrollo en la edad adulta*. Barcelona: Manual Moderno.
- Krassoievitch, M. (1998) *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Orozco, L. C., et al. (2004) “Validación de un instrumento para medir calidad de vida en sus aspectos físicos, emocional, cognitivo y social en personas ancianas”, *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, vol. 18, núm. 1-2, pp. 606-612.

IX

Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres en una comunidad de Bucaramanga, Santander, Colombia

Ara Mercedes Cerquera Córdoba¹
Emilia de La Fuente Inmaculada²
Edward Leonel Prada Sarmiento¹
Dairo Javier Marín Zuluaga¹
Ramona Rubio Herrera³

Introducción

Uno de los aspectos que podríamos señalar como “común” pero con sus matices propios, es el mayor porcentaje de mujeres ancianas sobre el de varones. Esto ocurre por la alta tasa de mortalidad varonil, pero que sin embargo no libra a que el género femenino sea el que presente un mayor grado de morbilidad y vida asociada a discapacidad y que también se vea expuesto a una mayor discriminación debido a la forma en que se le conceptualiza.

-
1. Profesores-investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, Colombia.
 2. Catedrática de Estadística de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada España.
 3. Catedrática de Gerontología. Directora Master en Gerontología Social. Directora del Gabinete de Calidad de vida del Hospital Real Cuesta del Hospicio s/n 1807 Granada, España.

Este hecho se exagera cuando se vive en un medio carente de oportunidades sociales con un principal marcador: la pobreza. Queremos decir que el ser persona mayor, mujer y pobre representa una de las problemáticas actuales de las sociedades latinoamericanas.

El punto de partida para abordar la problemática de discriminación hacia la mujer mayor es conocer qué visión o percepción se tiene de esta etapa de la vida revestida bajo un rostro femenino.

Siendo así, nuestro objetivo se centra en identificar los imaginarios sociales sobre el envejecimiento femenino que tiene un grupo de jóvenes de 20 a 30 años, un segundo grupo de 31 a 60 años y un tercer grupo de más de 61 años.

La problemática de los imaginarios sociales

Los imaginarios, los estereotipos y las representaciones sociales son términos cuya finalidad consiste en permitirle al individuo crear conceptos mentales acerca de los fenómenos colectivos. Como primera medida es viable considerar lo propuesto por Pintos (1994), quien define los imaginarios sociales como “Imágenes construidas socialmente, que retratan lo que es creíble o perceptible como real y que atañen a una colectividad” (p. 8); para poder así dar paso a lo planteado por Hassan y Madariaga (2007), quienes conceptualizan el imaginario como: “Una imagen que tiene implícito un significado, este significado constituye un sistema de referencias que contribuyen a interpretar y representar la realidad” (p. 169).

Cabe mencionar que a través del marco de acción de los imaginarios se hace una renovación de la percepción, dando paso así a la reconstrucción de la realidad.

Pasando a la conceptualización de las representaciones sociales, Duque (2002, citando a Moscovici, 1981) menciona que dicho término hace referencia a un “Conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones que se originan en las interacciones cotidianas y en las comunicaciones interpersonales” (p. 96).

Las representaciones sociales son de carácter colectivo y aluden a realidades compartidas por un grupo; también actúan como elementos explicativos y evaluativos que guían las interacciones, de tal modo que pueden considerarse como la versión contemporánea del sentido común (Moscovici, 1987, y Jodelet, 1986, citados por Duque, 2002).

Así, las representaciones sociales constituyen modelos explicativos que le permiten a un grupo interpretar las experiencias propias y de los otros; por ejemplo: el envejecimiento y la experiencia de ser “vieja o viejo”.

Por otra parte, en el estudio realizado en el año 2006 por Imserso (Observatorio de Personas Mayores en España) acerca de las “Percepciones sociales hacia las personas mayores”, se encuentra que éstas son percibidas por la sociedad como un colectivo heterogéneo en el que los rasgos específicos de la personalidad tienen un peso mayor que la edad a la hora de caracterizar a sus miembros.

Factores como la forma de ser, los niveles de actividad, las vías de socialización, etc., configuran esta personalidad. Pero la imagen de los mayores ha cambiado mucho en estos últimos años. En primer lugar, ha habido un rejuvenecimiento de los mayores. Se tiene la impresión de que antes se consideraba viejas a personas de 60 años, mientras que hoy no se consideran como tales hasta que no superan los 75 u 80 años, de tal manera que en la franja de edad anterior se sitúan personas que son percibidas con rasgos más positivos y asumiendo actitudes más vitales que las de mayor edad.

En cuanto a los estereotipos, Lippman (1922, citado por Martín-Baró, 2007) los define como una “Representación del medio ambiente, en buena medida subjetiva (¿errónea?), rígida y de origen ilógico, que puede servir para defender la posición del individuo en la sociedad” (p. 226); más adelante, y gracias a la investigación realizada por Katz y Braly (1932, citado por Aschmore y Del Boca, 1981) con estudiantes de la Universidad de Princeton en Estados Unidos, en cuya investigación reunieron a 100 estudiantes quienes debían calificar a 10 grupos étnicos con los cinco rasgos que consideraban se ajustaban más a sus características de una lista de 84 adjetivos.

Así, los adjetivos que más se repitieran eran los que “mejor describían” a cada grupo étnico. Algunos de los resultados fueron el de darles a los negros estereotipos como vagos y supersticiosos, a los alemanes como trabajadores, etc. De esta forma surge una nueva postura sobre el concepto de estereotipo, en donde éstos pasan a ser “un fenómeno de naturaleza grupal ligado a los prejuicios sociales” (p. 227), dándole así una mirada negativa y deformada a los grupos, entendiendo prejuicios sociales como una predisposición categórica a aceptar o rechazar a las personas por sus características sociales reales o imaginarias (Light, Keller y Calhoun, 1991). Por lo tanto, el prejuicio genera una actitud

de respuesta frente al medio y éste puede ser positivo de aceptación, o negativo de rechazo.

Otro de los autores que realizan un planteamiento acerca del concepto de estereotipo, es Tajfel (1981, citado por Álvaro y Garrido, 2003), quien define “el estereotipo como una creencia compartida de que determinados rasgos son característicos de un grupo social” (p. 379). Para él, la visión estereotipada de la realidad, es decir, la atribución de específicos rasgos a grupos humanos, hunde sus raíces en el proceso de categorización, el cual consiste en organizar la información que recibimos del exterior. Este proceso hace posible que el entorno no sea percibido como una amalgama de objetos individuales y aislados, sino como un conjunto ordenado de clases de objetos o categorías.

Asimismo, Tajfel (1981, citado por Álvaro y Garrido, 2003) afirma que la forma en que la persona percibe a las diferentes categorías sociales no es fruto de un proceso universal y autogenerativo, sino que es producto de la asimilación de los valores y normas sociales de la cultura a la cual se pertenece. Las evaluaciones positivas o negativas que hacemos de los grupos sociales son fruto del aprendizaje.

Así, en el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990, citado por Sánchez, 2004) se refiere a la forma en que los “estereotipos negativos de la vejez influyen en determinados aspectos de la salud mental de la población anciana, de forma que acaben convirtiéndose en profecías de autocumplimiento para muchas personas mayores” (p. 9), por lo que sería entonces muy difícil para la población mayor conseguir una vejez saludable si estos estereotipos negativos son compartidos por el grupo social en general.

De igual manera, la formación y el mantenimiento de los estereotipos dependen de la búsqueda de coherencia, que surge de la necesidad de entender el flujo de acontecimientos al que cotidianamente nos enfrentamos (Tajfel, 1981, citado por Álvaro y Garrido, 2003). La persona pertenece simultáneamente a diferentes grupos y a lo largo de la vida su posición dentro de los mismos va cambiando, como también cambian las relaciones que mantiene con estos grupos.

De la misma forma, Álvaro y Garrido (2003) mencionan las cuatro funciones que cumplen los estereotipos: función cognitiva, función de preservación de sistema de valores, función ideológica y función de diferenciación respecto a otros grupos.

La función cognitiva de los estereotipos permite minimizar y acentuar las diferencias entre las personas pertenecientes al mismo grupo

social. En este sentido cumple la función de ordenar y simplificar la información procedente del medio social.

La función acerca de la preservación del sistema de valores sociales, va más allá de la simple función de ordenar y sistematizar el entorno social, ya que la equivocada asignación categorial de objetos físicos, pone en peligro dicho sistema, y por lo tanto lleva a las personas a fijar objetos sólo a categorías negativas.

Los estereotipos a su vez realizan una idealización de las acciones colectivas frente a miembros de otros grupos. Es decir, proporcionan a la persona una estructura causal que le ayude a enfrentarse a sucesos complejos, dolorosos o negativos que están más allá de su control. Asimismo, le permiten a los sujetos justificar acciones violentas, intencionadas o no, contra miembros de otros grupos y de igual manera lograr que las personas desarrollen una diferenciación de su grupo respecto a otros, cumpliendo así con la función de diferenciación grupal.

Estas funciones se encuentran enmarcadas en lo que Álvaro y Garrido (2003) denominan “identidad social”, que en una persona se encuentra relacionada con el conocimiento que posee sobre su pertenencia a grupos sociales y con la significación emocional y valorativa que resulta de esta pertenencia. También conlleva la comparación que el sujeto establece entre grupos de los cuales hace parte, y de aquellos que le resultan ajenos a su vivir.

En relación con los estereotipos en el envejecimiento, González y Rodríguez (2006) plantean por medio del siguiente interrogante, la necesidad de comprender la temática de los estereotipos asignados por la sociedad a la población de personas mayores, el cual dice: ¿cómo se podrían calificar a aquellas personas que sobrepasan los 50 años de edad?

Una de las definiciones con la que estarían de acuerdo la mayoría de los autores es que los estereotipos son un conjunto de creencias compartidas sobre las características personales, generalmente rasgos de personalidad, y los comportamientos propios de un grupo de personas (Leyens, Yzerbyt y Schadrón, 1994).

Algunas de las características que podemos extraer de estas definiciones y que, por lo tanto, poseen los estereotipos, por el simple hecho de serlo, son las siguientes: generalmente se refieren a una percepción sobre otro u otros, realzando más la pertenencia a una categoría o grupo que al individuo en particular; evocan prejuicios, referidos a la existencia de un juicio que se establece antes de contar con experiencia sobre el objeto que se juzga o, al menos, antes de que la experiencia se

haya interpretado objetivamente (Mazzara, 1999); se refieren a imágenes mentales que nos permiten filtrar la gran cantidad de información que nos llega de la realidad objetiva (selección de estímulos); poseen una fuerte tonalidad afectiva; justifican la naturaleza de las relaciones sociales; tienen su origen en la cultura y, por tanto, se transmiten socialmente, desde la infancia y de generación en generación. Es decir, pueden considerarse como un tipo de creencia generalizada, cimentada a través de varias generaciones.

Metodología

Diseño: estudio transversal, descriptivo.

Población: personas residentes en Granada, España. Personas residentes en Bucaramanga, Colombia.

Muestra: se realizó un muestreo por conveniencia, según aceptación de las personas para responder la encuesta. La muestra final estuvo compuesta por 252 personas de la ciudad de Granada, España, y por 240 personas de la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

Criterios de inclusión: que quienes respondieran la encuesta no presentaran limitaciones que les impidieran participar del estudio.

Variables:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel educativo.
- Ciudad de residencia.

Instrumentos: se utilizó, con algunas modificaciones, el “Cuestionario de valoración de estereotipos sobre el envejecimiento entre jóvenes universitarios (Cuvaeseju)” elaborado por Marín (2003), estructurando a partir de éste una encuesta compuesta por 26 preguntas, las cuales contenían cada una, una afirmación relacionada con un estereotipo sobre el envejecimiento femenino, la vejez femenina o la mujer adulta mayor. La encuesta además solicitaba información sobre la edad y el sexo de quien respondía y sobre la existencia o no de una relación de convivencia o cercanía del encuestado con un adulto mayor. Cada una de las afirmaciones contenidas en las preguntas podía ser respondida

de acuerdo con cuatro categorías: muy en desacuerdo, desacuerdo, acuerdo y muy de acuerdo.

Procedimiento: se preparó a un grupo de encuestadores (estudiantes universitarios de la carrera de psicología de las universidades de Granada, España, y Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia) sobre el significado de estereotipos, el objetivo del estudio y la manera de aplicar la encuesta, haciendo hincapié en que se preguntaba sobre la percepción que tenía la persona encuestada sobre el grupo de mujeres mayores y no sobre alguna que conociera en particular.

La recolección de la información se realizó durante los meses de junio y octubre de 2009, por cada uno de los encuestadores, quienes hacían cada una de las preguntas a las personas encuestadas.

Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos, para lo cual se empleó el *software* SPSS, versión 15.0 para Windows. En la descripción de los datos se tuvieron en cuenta los factores frecuencia relativa y frecuencia acumulada en cada pregunta; de igual manera se consideraron aspectos de carácter descriptivo tales como media, error típico de la media, mediana, moda, etc., entre otros.

Aspectos éticos: con el fin de obtener el consentimiento antes de llenar la encuesta, el objetivo del trabajo era expuesto a los posibles participantes, así como el hecho de que la información recogida se utilizaría exclusivamente para efectos del estudio y no sería suministrada a terceros. El cuestionario no solicitaba el nombre de la persona encuestada.

Resultados

Nivel educativo

Al analizar las diferencias en el nivel educativo entre hombres y mujeres, se observa claramente en la muestra española que los hombres han recibido mayores niveles de educación. Mientras 42% de las mujeres recibieron solamente educación primaria, este porcentaje es apenas de 25% entre los hombres; lo mismo sucede con la educación universitaria, en la cual 23% de las mujeres de la muestra han accedido a ella, mientras que 35% de los hombres han tenido esta educación. Este fenómeno se comporta de manera distinta al analizarlo por cohortes de edad; así, en la cohorte de jóvenes no se observan diferencias en los porcentajes de los niveles educativos entre hombres y mujeres; sin

embargo, estas diferencias se acentúan en la cohorte de mayores de 61 años, donde 69% de las mujeres sólo accedieron a educación primaria y 7% a estudios universitarios, porcentajes que fueron de 18 y 32% respectivamente entre los hombres; en la cohorte de adultos (31-60 años de edad), si bien se presentaron diferencias, éstas fueron menos acentuadas, mostrando una transición generacional durante la cual las mujeres han venido alcanzando mayor acceso a todos los niveles del sistema educativo.

En la muestra colombiana no se presentaron diferencias importantes en el nivel educativo entre hombres y mujeres, pero cuando se analiza por cohortes de edad, los hombres presentaron porcentajes claramente mayores en los niveles de educación secundaria y técnica, mientras que las mujeres presentaron una amplísima diferencia en estudios universitarios, al mostrar 80%, frente a sólo 35% de los hombres. En las otras cohortes el comportamiento fue similar al de la muestra española, mostrando mayores niveles de formación entre los hombres.

En cuanto a la relación de cercanía o convivencia con un adulto mayor, no se presentaron diferencias entre hombres y mujeres. La mayor parte de la muestra española (69%) respondió que mantenía esta relación; es importante resaltar que en la muestra española 40% de las personas mayores de 60 años manifestaron no tener relaciones de cercanía o convivencia con otra persona adulta mayor, lo cual sería necesario estudiar más detalladamente para determinar si este porcentaje puede estar reflejando, al menos en parte, un problema de soledad, o si se trata de que esas personas prefieren la compañía de otras más jóvenes.

En la muestra colombiana el porcentaje global de convivencia con un mayor fue 10% superior al de la muestra española; 15% más de mujeres manifestaron mantener una relación de cercanía o convivencia con un adulto mayor (mujeres 87%, hombres 72%); este comportamiento se mantuvo constante en las tres cohortes estudiadas. Lo anterior podría explicarse parcialmente con el hecho de que en los países en vía de desarrollo se presentan porcentajes mayores de adultos mayores que viven con sus familias y, por otro lado, la mujer continúa desarrollando de manera más marcada papeles de cuidadora; entre tanto, en los países desarrollados, como es el caso de España, cada vez hay más adultos mayores que viven aparte de sus familias.

Acuerdo con los estereotipos encuestados

En la muestra española, en 12 de los estereotipos encuestados se obtuvo como respuesta más frecuente “en desacuerdo”; éstos fueron los estereotipos contenidos en las preguntas 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 15, 22, 23 y 24; los porcentajes de desacuerdo con estos estereotipos variaron entre 48 y 69%, es decir, entre 52 y 31% de los encuestados estaban de acuerdo con estos estereotipos o no sabían al respecto, lo que constituye un porcentaje elevado de la muestra sobre el que habría que entrar a intervenir para revertir positivamente estos estereotipos. Por otra parte, en 14 de los estereotipos encuestados la respuesta más frecuente fue “de acuerdo”; éstos fueron los estereotipos contenidos en las preguntas 1, 3, 7, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25 y 26; los porcentajes de acuerdo variaron entre 41 y 72%.

Es decir, la muestra española consideró mayoritariamente que:

No es cierto que las mujeres adultas mayores...

- Llegan a los 60 años con incapacidades que las hacen depender de otras personas.
- Requieren ayuda para bajar del autobús o cruzar la calle.
- Necesitan siestas frecuentes durante el día.
- Normalmente han perdido sus dientes naturales.
- Tienen dificultades para aprender cosas nuevas.
- Pierden la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.
- Tienden a ser personas tristes.
- Son más rígidas e inflexibles.
- Son menos responsables que los jóvenes.
- Pierden el interés por las cosas.
- No huelen bien.
- Están mejor en un hogar para ancianos.

Es cierto que...

- Llegan a los 60 años de edad con un fuerte deterioro de la salud.
- Tienen menos interés por el sexo.
- Comienzan a tener un considerable deterioro de la memoria.
- Son menos activas.
- Son en muchas ocasiones como niñas.
- Tienen menos amigos que los jóvenes.

- No pueden hacerse cargo de sus finanzas y patrimonio, por lo que requieren asesoría.
- Son más generosas que los jóvenes.
- Son más serenas que los jóvenes.
- Tienden a ser más dulces que los jóvenes.
- Son más sabias que los jóvenes.
- Son más comprensivas que los jóvenes.
- Suelen tener menos accidentes de tráfico.

Además esta muestra estuvo de acuerdo con la afirmación de que una buena fórmula para envejecer bien es consumir poca comida de alta calidad.

En la muestra colombiana, en 11 de los estereotipos encuestados se obtuvo como respuesta más frecuente “en desacuerdo”; éstos fueron los estereotipos contenidos en las preguntas 2, 6, 8, 9, 11, 13, 15, 21, 22, 23 y 24; los porcentajes de desacuerdo con estos estereotipos variaron entre 45 y 81%, es decir que entre 55 y 19% de los encuestados estaban de acuerdo con estos estereotipos o no sabían al respecto, lo que constituye un porcentaje elevado de la muestra sobre el que habría que entrar a intervenir para revertir positivamente estos estereotipos. Por otra parte, en 14 de los estereotipos encuestados la respuesta más frecuente fue “de acuerdo”; éstos fueron los estereotipos contenidos en las preguntas 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20 y 25; los porcentajes de acuerdo variaron entre 44 y 73%. Al observar los porcentajes de respuesta “no sabe”, se encuentra que en promedio para esta muestra, 12% de los encuestados respondieron no saber la respuesta sobre las preguntas. Es decir que la muestra colombiana consideró mayoritariamente que:

No es cierto que las mujeres adultas mayores...

- Llegan a los 60 años con incapacidades que las hacen depender de otras personas.
- Normalmente han perdido sus dientes naturales.
- Tienen dificultades para aprender cosas nuevas.
- Pierden la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.
- Tienden a ser personas tristes.
- Tienen menos amigos que los jóvenes.
- Son más rígidas e inflexibles.

- Son menos responsables que los jóvenes.
- Pierden el interés por las cosas.
- No huelen bien.
- Están mejor en un hogar para ancianos.

Es cierto que...

- Llegan a los 60 años de edad con un fuerte deterioro de la salud.
- Tienen menos interés por el sexo.
- Requieren ayuda para bajar del autobús o cruzar la calle.
- Necesitan siestas frecuentes durante el día.
- Comienzan a tener un considerable deterioro de la memoria.
- Son menos activas.
- Son en muchas ocasiones como niñas.
- Son más generosas que los jóvenes.
- Son más serenas que los jóvenes.
- Tienden a ser más dulces que los jóvenes.
- Son más sabias que los jóvenes.
- Son más comprensivas que los jóvenes.
- Suelen tener menos accidentes de tráfico.

Además esta muestra estuvo de acuerdo con la afirmación de que una buena fórmula para envejecer bien es consumir poca comida de alta calidad.

Al comparar los resultados de las dos muestras, éstos son casi idénticos, salvo por el hecho de que en la muestra española hubo desacuerdo mayoritario con que es necesario ayudar a bajar del autobús o a cruzar la calle a las mujeres adultas mayores, mientras que en la muestra colombiana hubo acuerdo mayoritario con esta afirmación; lo anterior se podría explicar por la diferencia cultural entre los dos países, pues en Colombia se considera de mala educación no dar la mano para bajar del autobús a una mujer mayor, aunque ésta se encuentre en buenas condiciones de salud. Asimismo hubo diferencia en la respuesta a la afirmación de que las mujeres adultas mayores tienen menos amigos que las personas jóvenes, con lo cual hubo desacuerdo mayoritario en la muestra colombiana y acuerdo mayoritario en la española.

Finalmente, para esta muestra el estereotipo referido a la incapacidad de las mujeres adultas mayores para manejar autónomamente sus finanzas obtuvo el mismo porcentaje de acuerdo y desacuerdo (45%).

Análisis por cohortes de edad

En la cohorte de jóvenes españoles (20-30 años de edad), tanto las mujeres como los hombres estuvieron mayoritariamente de acuerdo con ocho de los estereotipos encuestados; este grupo de edad consideró que las mujeres que envejecen o adultas mayores normalmente tienen menos interés por el sexo, comienzan a tener un considerable deterioro de la memoria y son en muchas ocasiones como niñas; también consideraron que son más comprensivas, generosas, serenas y dulces que los jóvenes, y que suelen tener menos accidentes al conducir.

Además de los estereotipos anteriores, las mujeres de esta edad consideraron que las mujeres adultas mayores son menos activas que las jóvenes. Por su parte, los hombres consideraron además que las mujeres adultas mayores presentan un fuerte deterioro de la salud, normalmente no tienen dientes naturales, que se vuelven más rígidas e inflexibles, y son además más sabias que los jóvenes.

En la misma cohorte de jóvenes, pero esta vez para el grupo colombiano, tanto las mujeres como los hombres estuvieron de acuerdo en que las mujeres adultas mayores normalmente presentan un fuerte deterioro de la salud y de la memoria, requieren ayuda para bajar del autobús o cruzar la calle y son en muchas ocasiones como niñas; también opinaron que normalmente son más sabias, comprensivas, generosas, serenas y dulces que las personas jóvenes.

Además de lo anterior, las mujeres opinaron que regularmente son más rígidas e inflexibles, y los hombres opinaron que además son menos activas, necesitan siestas frecuentes, tienen menos interés por el sexo y son mejores conductoras.

Al comparar las dos muestras de jóvenes, se encontró que las mujeres de ambos grupos creen que las mujeres adultas mayores presentan considerable deterioro de la memoria y tienden a ser frecuentemente como niñas, pero que también son más comprensivas, generosas, serenas y dulces que los jóvenes. Por el contrario, sólo las mujeres jóvenes españolas consideraron mayoritariamente que las mujeres adultas mayores son menos activas y tienen menos interés por el sexo, al igual que son mejores conductoras; mientras que las jóvenes colombianas consi-

deraron que las adultas mayores presentan un fuerte deterioro de la salud, son más rígidas e inflexibles, hay que ayudarles a bajar del autobús y son más sabias y comprensivas que los jóvenes.

Los hombres jóvenes de las muestras de ambos países estuvieron de acuerdo en que las mujeres adultas mayores presentan un fuerte deterioro de la salud y de la memoria, tienen menos interés por el sexo, son en muchas ocasiones como niñas y son además más sabias, comprensivas, generosas, serenas, dulces y mejores conductoras que los jóvenes. Los hombres jóvenes españoles opinaron además que las adultas mayores no tienen normalmente dientes naturales y que son más rígidas e inflexibles; mientras que los jóvenes colombianos opinaron además que las adultas mayores son menos activas y necesitan siestas frecuentes y ayuda para bajar del autobús.

En la cohorte de adultos españoles (31-60 años de edad), tanto las mujeres como los hombres estuvieron mayoritariamente de acuerdo con ocho de los estereotipos que contiene la encuesta; este grupo de edad consideró que las mujeres adultas mayores comienzan a tener un considerable deterioro de la salud y son en muchas ocasiones como niñas; también manifestaron que son más sabias, comprensivas, generosas, serenas y dulces que los jóvenes, y que suelen tener menos accidentes al conducir. Además de lo anterior, las mujeres opinaron que las adultas mayores tienen normalmente menos interés por el sexo.

En la cohorte de adultos colombianos, tanto las mujeres como los hombres estuvieron de acuerdo en que las mujeres adultas mayores normalmente presentan un fuerte deterioro de la salud y de la memoria, tienen menos interés por el sexo y son en muchas ocasiones como niñas; además opinaron que normalmente son más sabias, comprensivas, generosas, serenas, dulces, y que suelen tener menos accidentes al conducir que las personas jóvenes.

Además de lo anterior, las mujeres adultas colombianas opinaron que las adultas mayores necesitan ayuda para bajar del autobús o cruzar la calle, que necesitan siestas frecuentes y asesoría y ayuda para hacerse cargo de sus finanzas y patrimonio, lo cual, a diferencia de esta misma cohorte de mujeres españolas, muestra una aparente percepción por parte de las mujeres adultas colombianas, de una mujer adulta mayor más desvalida y menos autónoma. Por su parte los hombres opinaron que además son menos activas y que regularmente son más rígidas e inflexibles.

Al comparar la cohorte de adultos de las muestras de los dos países, se observó una peor percepción de la mujer adulta mayor por parte de la muestra colombiana, pues tanto hombres como mujeres expresaron porcentajes mayoritarios de acuerdo, a diferencia de la respectiva cohorte española, con estereotipos negativos como la necesidad de siestas frecuentes y de ayuda para bajar del autobús y para manejar sus finanzas, deterioro de la memoria, mayor rigidez y menor actividad e interés por el sexo.

En la cohorte de adultos mayores españoles, tanto las mujeres como los hombres estuvieron de acuerdo en que las mujeres adultas mayores normalmente presentan un fuerte deterioro de la salud y de la memoria, tienen menos interés por el sexo y son en muchas ocasiones como niñas, necesitan siestas frecuentes, se vuelven rígidas e inflexibles, son menos activas, pierden el interés por las cosas, suelen tener menos amigos y requieren ayuda para manejar sus finanzas y patrimonio; asimismo opinaron que normalmente son más sabias, comprensivas, serenas, dulces y que suelen tener menos accidentes al conducir que las personas jóvenes. Además de lo anterior, las mujeres adultas españolas opinaron que las adultas mayores normalmente no tienen dientes naturales. Por su parte, los hombres de esta cohorte opinaron además que las mujeres adultas mayores presentan una serie de incapacidades físicas que las hacen dependientes, que requieren ayuda para bajar del autobús, que pierden la capacidad para resolver los problemas a los que se enfrentan y que son más generosas que los jóvenes.

Discusión

La devaluación de la imagen y del rol social del adulto mayor en las sociedades modernas es un fenómeno que ha llevado a que se tenga una visión generalmente negativa de éste en las sociedades occidentales industrializadas (McTavish, 1971), configurándose lo que ha sido llamado “edaísmo”, definido como la percepción negativa o estereotipada del envejecimiento y de los viejos (Butler, 1969), o como la asociación diferencial de cualidades negativas con el viejo (Perdue y Gurtman, 1990).

Es un hecho demostrado por diferentes estudios (Adday y otros, 1996; Banaji y Greenwald, 1994; Bargh, 1992; Butler, 1969; Clark y Anderson, 1967; Dellmann-Jenkins, Mary y Yang, 1997; Devine, 1989;

Fernández-Ballesteros, 1992; Gething, 2000; Hausdorff y otros, 1999; Levy, 1996; Levy, Hausdorff y Wei, 2000; Levy y otros, 2002; MacTavish, 1971; Nuessel, 1982; Palmore, 1971; Perdue y Gurtman, 1990; Tuckman y Lorge, 1953), la existencia de estereotipos acerca de la vejez, el envejecimiento y el viejo. Los resultados de la presente investigación evidencian la existencia de estos estereotipos en las poblaciones de estudio, al presentarse diferentes porcentajes de acuerdo con todas las afirmaciones planteadas.

Resulta muy llamativo que la mayor frecuencia de acuerdo con todos los estereotipos encuestados, al comparar las tres cohortes, se presentó en la cohorte de adultos mayores de ambos países, presentándose una imagen un poco peor entre las mujeres colombianas y entre los hombres españoles que respondieron la encuesta. Sin embargo, esta situación no resulta extraña si se tiene en cuenta que los adultos mayores en las sociedades occidentales presentan una acentuada problemática, pues son sociedades que no valoran el papel del mayor, que están hechas para jóvenes y es justamente al llegar a esa edad cuando se siente más la carga negativa de una sociedad que no atiende a sus necesidades materiales y emocionales.

Por otra parte, cuando permanentemente los medios de comunicación, los medios productivos y las propias políticas estatales están dirigidas a resaltar el papel fundamental de los jóvenes en la sociedad, creando un deseo de ser, permanecer o parecer joven, las personas de manera consciente o inconsciente niegan su propio proceso de envejecimiento, perdiendo la oportunidad de prepararse para la vejez que querrían, con independencia, salud, bienestar, soporte social y satisfacción vital; esa negación del envejecimiento genera a la postre lo que se ha denominado la “profecía autocumplida”, pues al final y como resultado de la no preparación y manejo del propio envejecimiento, las personas se encuentran al final de su vida económicamente productiva con que se han convertido en los viejos a los que tanto han temido, sin salud, sin bienestar, sin respeto, en muchos ocasiones solos y sin la satisfacción de poder gozar de una vejez tranquila, productiva socialmente y satisfactoria en lo personal.

A pesar de que se ha realizado hasta ahora una descripción de los resultados donde se han presentado las frecuencias de “acuerdo” con los estereotipos encuestados, es de suma importancia decir que aun en todos los casos donde el porcentaje de “desacuerdo” fue mayoritario, resta un porcentaje de “acuerdo” con dichos estereotipos que, no por

ser menor, tiene menos importancia; igualmente todos aquellos casos donde la respuesta es “no sé”, constituyen una prioridad para trabajar dando la información oportuna que haga que el estereotipo no se instaure en aquellas personas. Se hace necesario entonces avanzar en programas de intervención que generen conocimientos más precisos sobre el proceso de envejecimiento y el adulto mayor, que preparen a las personas para su propio envejecimiento, que restauren el valor y el respeto por las personas mayores en la sociedad y que generen cambios de actitud hacia los mismos.

En este sentido, Adday y colaboradores (1996) sugieren como medio para reducir la presentación de estereotipos sociales, que “[...] las escuelas deben llevar a cabo acciones para ayudar a los niños a lograr un entendimiento más realista sobre los viejos [...]”, lo cual hace que se mejore la percepción que se tiene de los adultos mayores; también sugieren los mismos autores que “Los profesores además pueden buscar programas curriculares enfocados en un envejecimiento exitoso”. Sin embargo, Bargh (1992) opina que los estereotipos hacen que los individuos “vayan más allá de la información dada, formándose impresiones de un grupo, adjudicándole características como estereotipos, sin evidencia comportamental”.

La labor de las instituciones educativas puede ser efectiva en el cambio de actitudes y de estereotipos sobre la vejez, el viejo y el envejecimiento, pero no es suficiente para lograr una transformación completa en pos de la “construcción de una imagen positiva y deseada de la vejez”, en tanto éstas, las escuelas, se encuentran como lo plantean Díaz (1996), Marín (2003) y Barrantes (2003), inmersas en un contexto social, histórico, político, económico y cultural que las determina, creándose el que denominan “efecto escuela”, que puede resumirse en que la escuela podría explicar a lo sumo 35% de los desempeños, habilidades y actitudes de sus estudiantes, y el restante porcentaje estaría determinado por el contexto social. Esto quiere decir que la verdadera transformación de la imagen del adulto mayor es una empresa que atañe a todos los estamentos de la sociedad.

Conclusión

Bajo las condiciones del presente estudio y para la población estudiada, se puede concluir lo siguiente:

1. En la muestra española se mantienen a nivel general diferencias de género a favor de los hombres en cuanto al nivel educativo, las cuales desaparecen entre los jóvenes, lo cual muestra un cambio favorable de la sociedad en este aspecto; estas diferencias no se presentaron en la muestra colombiana, donde además en la cohorte de jóvenes hubo una mayoría de mujeres con estudios universitarios.
2. En la muestra española los mayores de 60 años presentaron porcentajes claramente inferiores de convivencia o cercanía con otro mayor; se hace necesario estudiar más profundamente esta situación.
3. Como sucede en los países en desarrollo, se presentaron porcentajes mayores de convivencia con un mayor en la muestra colombiana, a diferencia de los países desarrollados, donde un alto porcentaje de adultos mayores viven solos.
4. En general las dos poblaciones estudiadas presentaron mayoritariamente los estereotipos positivos sobre la mujer adulta mayor, al considerar que normalmente es más generosa, serena, dulce, sabia, comprensiva y más prudente al conducir.
5. En general las dos poblaciones consideraron mayoritariamente que la mujer adulta mayor presenta un fuerte deterioro de la salud, tiene menos interés por el sexo, presenta considerable deterioro de la memoria, es menos activa y es en muchas ocasiones como una niña.
6. No se presentó una diferencia clara entre hombres y mujeres jóvenes de las dos muestras; en general todos presentaron la mayor parte de estereotipos positivos, que tienden a ver a la mujer adulta mayor como una persona dulce pero con fuerte deterioro de la salud y de la memoria, a quien no le interesa el sexo y es además rígida e inflexible.
7. Los adultos (31-60 años de edad), a diferencia de esta misma cohorte española, mostraron una aparente percepción de la mujer adulta mayor más desvalida, con mayor deterioro físico y menos autónoma.
8. La cohorte de adultos mayores de la muestra de ambos países presentó las mayores frecuencias de acuerdo con los estereotipos encuestados.
9. Existen, en las dos muestras estudiadas, estereotipos frente al proceso de envejecimiento femenino y frente a la mujer adulta mayor, por

lo que se requieren nuevos estudios que permitan entender mejor el fenómeno, y programas de intervención que permitan atacarlo.

Referencias bibliográficas

- Adday, R. H., Sims, C. R., McDuffie, W., y Evans, E. (1996) "Charing children's attitudes toward the elderly: The longitudinal effects of an intergenerational partners program", *Journal of Research in Childhood Education*, vol. 10, núm. 2, pp. 143-151.
- Banaji, R., y Greenwald, A. (1994) "Implicit stereotypes and prejudice", en Zanna, M. P., y Olson, J. M. (eds.), *The psychology of prejudice: Ontario Symposium*, pp. 755-776. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bargh, J. A. (1992) "Does subliminality matter to social psychology? Awareness of the stimulus versus awareness of its influence", en Borstein, R. F. y Pittman, T. S. (eds.), *Perception without Awareness*. Nueva York: Guilford Press, pp. 236-255.
- Barrantes, E. (2002) "Política social, evaluación educativa y competencias básicas. Una mirada desde las políticas internacionales", en *El concepto de competencia I. Una mirada interdisciplinar*. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pedagogía.
- Butler (1969) "Age-ism: Another form of bigotry", *The Gerontologist*, núm. 9, pp. 243-246.
- Charles C., Thomas, Dellmann Jenkins, Mary, y Yang, Lisa (1997) "The portrayal of older people in award winning literature for children", *Journal for Research in Childhood Education*, vol. 12, núm. 1, pp. 96-100.
- Clark, A. N. G., y Anderson, B. (1967) *Culture and aging*, Springfield, IL.
- Devine, P. G. (1989) "Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components", *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 56, pp. 5-18.
- Díaz, M. (1999) *¿Es posible evaluar objetivamente? Una aproximación crítica. Evaluación escolar: ¿Resultados o procesos?* Bogotá: Magisterio.
- Gething, L. (2000) "Old stereotypes blasted", *The University of Sidney News*. www.malito:media@publications.usyd.edu.au
- Hausdorff, J. (1999) "The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes", *Journal of the American Geriatrics Society*, núm. 47, pp. 1346-1349.
- Levy (1996) "Improving memory without awareness: Implicit self-stereotyping in old age", *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 71, pp. 1092-1107.

- Levy, B. R., Hausdorff, J., y Wei, J. Y. (2000) "Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging", *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, núm. 55, pp. 205-213.
- Levy, B., Martin, D., Slade, S. R., y Stanislav, V. K. (2002) "Longevity increased by positive self-perceptions of aging", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, núm. 2, agosto, pp. 261-270.
- MacTavish, D. G. (1971) "Perceptions of old people: A review of research methodologies and findings", *The Gerontologist*, núm. 11, pp. 90-101.
- Marín, L. F. (2002) "Competencias: 'saber hacer', ¿en cuál contexto?", *El concepto de competencia II. Una mirada interdisciplinaria*. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pedagogía.
- Palmore, E. (1971) "Attitudes toward aging as shown through humour", *The Gerontologist*, núm. 11, pp. 181-186.
- Perdue, C. W., y Gurtman, M. B. (1990) "Evidence for the automaticity of ageism", *Journal of Experimental Social Psychology*, núm. 26, pp. 199-216.
- Tuckman, J., y Lorge, I. (1953) "Attitudes toward old people", *Journal of Social Psychology*, núm. 37, pp. 249-260.
- Wilson, J. F., y Hafferty, F. W. (1983) "Long-term effects of a seminar on aging and health for first-year medical students", *The Gerontologist*, núm. 23, pp. 319-324.
- Wolf, L. M. (1998) *Effects of Age and Gender on Perceptions of Younger and Older Adults*. <http://www.webster.edu/~woolfm/ageismwoolf.html>

*Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor:
experiencias de México, Chile y Colombia*
se terminó de imprimir en noviembre de 2011
en los talleres de Ediciones de la Noche
Madero #687, col. Centro
Guadalajara, Jalisco.
El tiraje fue de 1,000 ejemplares.

www.edicionesdelanoche.com