

# Teorías de envejecimiento

*Julieta González de Gago*

## TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO

**JULIETA GONZÁLEZ DE GAGO**

*Docente Asociado de la Escuela de Medicina Luis Razetti Departamento de Medicina Preventiva y Social. Cátedra de Salud Pública. Coordinadora Docente de la Oficina de Control de Estudios de la Escuela Luis Razetti. Ex jefa de la Cátedra de Salud Pública.*

*Orgagago6@yahoo.es*

### Resumen

El presente trabajo sistematiza las diversas disciplinas que convergen en el estudio del envejecimiento. Es una reflexión teórica contextualizada en Venezuela y en los países de la América Latina y del Caribe. Suscribe experiencias de conferencias mundiales de evaluación de políticas de Gobiernos y Jornadas científicas relacionada al tema. Es una especie de antesala para una política social y de salud necesaria ante el incremento importante de adultos mayores. Metodología: revisión y análisis documental de las diferentes teorías. Venezuela esta en plena transición demográfica y se encuentra en un momento histórico ideal para construir políticas en relación a ofertas de servicios, satisfacción de necesidades, prevenir en materia de seguridad social y financiera. La salud en este escenario asume un papel fundamental. Conclusiones: la diversidad de concepciones del envejecimiento de las diferentes disciplinas resalta la complejidad del tema. El envejecimiento depende de la valoración que cada sociedad, anciano o anciana y un Estado le otorgue, no solo la manifestación física sino también desde el proceso mismo. Y que modifique la forma de vida de cada individuo. Los indicadores cuantitativos más importantes son el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad y natalidad. Los aspectos cualitativos es la práctica de un envejecimiento activo.

*Palabras Claves:* Envejecimiento - transición demográfica.

### Abstract

This work systematized the various disciplines involved in the study of aging. Is a theoretical contextualized in Venezuela and the countries of Latin America and the Caribbean. Suscribe experiences of global conferences of government policy evaluation and scientific meetings related to the topic. It is a kind of prelude to a health and social policy necessary to the significant increase in the elderly. Methodology: review and analysis of documents of different theories. Venezuela is in the midst of demographic transition and is in a great

---

historic moment to build policies regarding service offerings, meeting needs, prevent social security and financial. Health in this scenario assumes a fundamental role. Conclusions: The diversity of conceptions of aging of different disciplines highlights the complexity of the topic. Aging depends on the valuation that each society, elderly person and a State granted not only the physical manifestation but also from the process itself. And that changes the lifestyle of each individual. The most important quantitative indicators are the increase in life expectancy, low mortality and fertility. The qualitative aspects is the practice of active aging.

**Keywords:** Aging - demographic transition.

## Introducción

El presente trabajo fue planteado dentro de una estrategia de estudio del envejecimiento como contexto social de los adultos mayores en Venezuela, en referencia a Latino América y el Caribe. Suscribiéndose dentro de la tesis doctoral realizada en el Centro de Estudios para el Desarrollo Social de la Universidad Central de Venezuela orientada a completar una serie de investigaciones que son: políticas de atención social primaria de la discapacidad cognitiva en adultos mayores por demencia tipo Alzheimer y un conjunto de estudios de campo sobre psiconeurología y demencia en este grupo poblacional. Este trabajo documental sirve de sustrato teórico en el ámbito del envejecimiento, para fundamentar futuros desarrollos de una política social dirigida a este grupo en expansión. El alcance de la investigación viene a nutrir la escasa producción conceptual que apuntale a las políticas públicas del estado venezolano con mayor rigor científico.

La metodología que se siguió consistió en la revisión y análisis documental de las diferentes teorías encontradas relativas al tema en la América Latina, el Caribe y en Venezuela y de aquellas producidas en conferencias internacionales.

Se establecieron las necesidades sociales, de salud, psicológicas y económicas de

los adultos mayores a partir de la revisión de teorías de diversas disciplinas que han aportado al estudio del envejecimiento. Se define al envejecimiento como un proceso multifactorial y complejo, tal cual como se explica en las teorías biológicas, psicológicas y sociológicas. A través de estas teorías se descubren las necesidades que tienen los adultos mayores que conjuntamente con las recomendaciones y acuerdos internacionales establecidos a nivel mundial exige la atención y la seguridad social a los ancianos.

El envejecimiento de la población en Venezuela esta relacionado con el concepto de transición demográfica que se ha iniciado en nuestro país con la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Se describió el aumento demográfico que se ha producido; con tablas de datos y gráficos de los que se extraen que Venezuela se encuentra en el inicio de la transición demográfica, momento ideal para el diseño de políticas públicas para y por la población adulta mayor.

Una vez puntualizadas las necesidades de esta población al hablar de atención al adulto mayor se describen los prerrequisitos para el diseño de políticas, lineamientos y estrategias, y se efectúan las conclusiones y recomendaciones a fin de promover el envejecimiento activo, por medio de una articulación adecuada entre el anciano, la sociedad y el Estado.

## 2. El envejecimiento

El envejecimiento es un proceso pues no ocurre de forma repentina sino de manera progresiva y gradual; es una expresión de la totalidad del organismo y es diferente en cada individuo; puede comenzar en cualquier órgano o sistema y afectar desde allí a la totalidad.

Bertrand Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio

ambiente. Es un proceso deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión (Pulido, M.E.; 2003).

Cada individuo envejece de una forma distinta y en este proceso intervienen diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida, y relaciones afectivas, por tanto el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva.

La vejez es el resultado del envejecimiento y esta contemplado como una realidad que afecta a una parte de la población, como una categoría independiente del resto de la sociedad, con un conjunto de características propias y comunes entre los ancianos. La vejez separa más del resto de los conciudadanos que otros atributos cronológicos o sociales, suscita reacciones negativas y no resulta solo de una variable descriptiva de la condición personal del sujeto, como la apariencia física, el estado de salud, el sexo, entre otros (Moragas, R., 1991).

El proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y la reacción subsiguiente a ésta tales como los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, creencias, valores y comportamiento, que a su vez determinan el desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etarios.

Como se mencionó, el envejecimiento es un proceso individual y como tal es distinto para cada quien, es internalizado y afrontado de manera diferente, esto ha dado lugar a diferentes conceptos sobre envejecimiento tal como es el concepto de "envejecimiento activo" que no es mas que aquel que se

da cuando el individuo mantiene su independencia y hace y deja de hacer lo que le gusta; también mantiene su participación de forma que tiene roles en la familia y en la comunidad, sigue siendo un individuo productivo desde el punto de vista social, además sostiene sus sueños y los busca lograr para encontrar su autorrealización manteniendo a través de todo esto su dignidad, porque está envejeciendo sintiéndose útil.

En este concepto de envejecimiento activo no se permite aislar al anciano, éste no se siente rechazado porque sus habilidades físicas han disminuido sino que realiza actividades que puede hacer y que le gustan, pero que el mismo se da cuenta que puede y que no puede hacer, en este sentido la familia debe dejar de referirse a él como “viejo tu ya no puedes hacer eso o aquello”, la familia no es quien pondrá limitaciones, estas las habrá de poner el, pues si sigue siendo un individuo en pleno uso de sus facultades mentales, aún es independiente.

Al hablar de envejecimiento es necesario precisar que esta fase de la vida no constituye una enfermedad, pero, si bien no es una enfermedad es verdad que muchas enfermedades vienen con él, lo que se debe al mismo desgaste corporal, a la disminución de la eficiencia del sistema inmune, al decaimiento del sistema endocrino, al desgaste funcional de articulaciones, entre otros. Por ello, es esencial definir que es un envejecimiento normal, pero para esto, hemos de ubicarnos en nuestro actual contexto social, porque la normalidad está dada por lo común, y lo común es lo que le sucede a la mayoría de las personas o bien lo que la mayoría crea, lo cual depende del entorno. La diferenciación entre un envejecimiento normal y uno patológico es imposible entre sujetos de distintas generaciones, ya que las concepciones de salud o competencia vital varían según la época y circunstancia según la naturaleza subjetiva y cultural de este concepto. El envejecimiento normal constituye la vejez saludable carente de enfermedad, recordando que salud y enfermedad quedan cualificadas por la circunstancia histórica, geográfica, cultural y social. Incluso desde el punto de vista físico resulta difícil definir lo que es normal ya que para

algunas personas algo puede constituir una enfermedad y para otras no, y siguen llevando su vida con total normalidad, como lo hacían cuando los llamaban “jóvenes” (Moragas, R., 1991).

Al hablar de salud en la ancianidad tenemos necesariamente que referirnos a la longevidad pero no solo como el número de años vividos sino como aquellos vividos con calidad de vida. El por qué de que haya personas con vejez saludable orgánica se ha tratado de encontrar en el estudio de factores genéticos, de medio ambiente y psicosocial.

Actualmente se considera anciano a una persona mayor de 60 años de edad motivo por el cual ésta persona es jubilada de su trabajo y ya no califica para la obtención de otro empleo, es decir es improductiva económicamente hablando. Esta situación en un individuo en buena salud física sin limitaciones o bien sin invalidez y con uso de su raciocinio que está acostumbrado a salir diariamente a trabajar, le crea una gran confusión emocional que un día le jubilen y deje de ir a trabajo todos los días, cambiando su rutina por completo, y si en ese momento no se involucra en otras actividades este individuo puede que caiga en estados depresivos. El consenso contemporáneo de los médicos, psicólogo, trabajadores sociales, y sociólogos resulta unánime a la hora de criticar el sistema de jubilación actual que obliga a una persona sin mayor preparación individual y social a pasar en forma intempestiva de trabajador activo con todos los derechos y obligaciones, a trabajador pasivo jubilado con tan pocos derechos como obligaciones (Moragas, R., 1991).

Estos cambios llevan al sujeto a participar en nuevas actividades que requieren aprendizaje, en este sentido es importante señalar que aún cuando se considera que el anciano no aprende igual que un joven esto no quiere decir que debe estar excluido de aprender, aunque por el proceso natural de envejecimiento sus capacidades cognitivas van decayendo, lo que se considera como una pérdida normal de las mismas, siendo esto objeto de discusión para las teorías psicológicas del envejecimiento (Mishara, B. y Riedel, 2000)

### 3. Teorías del envejecimiento

Desde la antigüedad se ha tratado de explicar el por qué envejecemos y por qué morimos, para lo cual se han buscado las causas de la declinación que se produce en el organismo a nivel biológico, entendiendo declinación como disminución de las posibilidades o probabilidades de subsistir.

Con el tiempo se han buscado diversas causas según el contexto histórico-social en que se encontraba la humanidad y según lo que se creía que era la muerte en medicina. Por ejemplo en Egipto y en todos los pueblos antiguos la medicina se confundió con la magia, en la Grecia antigua no se desprendió en un comienzo de la metafísica religiosa o de la filosofía, siendo a partir de Hipócrates cuando la medicina se convierte en una ciencia y un arte, que se construye con la experiencia y raciocinio, retomándose entonces la teoría pitagórica de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla, atrabilis; que consideraba tanto a la enfermedad como a la vejez el resultado de la ruptura del equilibrio de aquellos humores en el organismo. En el siglo II Galeno hizo una síntesis general de la medicina antigua que consideraba a la vejez como intermedia entre la enfermedad y la salud, no un estado patológico pero en donde todas las funciones fisiológicas están reducidas y debilitadas. Durante siglos la medicina se basó en su obra, al igual que todas las religiones adoptaron sus teorías, y la vejez siguió siendo muy poco conocida. (Di Giglio, G., 2002)

En el siglo XI Avicena quien fue discípulo de Galeno hizo interesantes observaciones sobre las enfermedades crónicas y los trastornos mentales en los viejos.

La escuela de Salerno en que nació y se desarrolló la medicina occidental, se dedicó a confeccionar regímenes de salud y longevidad, con lo que aumentaba la esperanza de vida y por ende el número de ancianos. En el siglo XIII Bacon consideraba a la vejez como una enfermedad, escribió una higiene de la vejez, en donde daba un gran lugar a la alquimia; fue el primero que tuvo la idea de corregir la visión con cristales de aumento (Di Giglio, G., 2002).

Paracelso en el siglo XVI señala que el hombre es un “compuesto químico” y la vejez resulta de una autointoxicación. En el siglo XVIII otro de los discípulos de Galeno, G. Van Swieten, considera a la vejez como una enfermedad incurable, y describe algunos de los cambios anatómicos que tienen lugar en esta etapa. Posteriormente el racionalismo y el mecanicismo conducen a la creación de una nueva escuela la iatrofísica. Borelli y Baglivi introducen en la medicina las ideas de La Mettrie: el cuerpo es una máquina, un conjunto de cilindros, de husos y de ruedas; y se retoman las ideas mecanicistas sobre la vejez que dicen que el organismo se degrada como se gasta una máquina cuando ha funcionado por mucho tiempo; y hasta el siglo XIX esta teoría fue muy defendida. Para esta época la medicina tenía graves dificultades, las autopsias se habían multiplicado y la anatomía había hecho grandes progresos, y gracias a ello el estudio de la vejez resultaba favorecido (Di Giglio, G., 2002).

En Rusia Fischer, luego de separarse de Galeno, describió la involución senil de los órganos de forma sistemática, y a comienzos del siglo XIX la medicina comenzaba a avanzar gracias a los progresos de la fisiología y de todas las ciencias experimentales; fue entonces cuando los estudios sobre la vejez se hicieron precisos, y gracias a esto la geriatría comenzó a existir, aunque no como se conoce hoy día, esto fue favorecido por la creación de hospicios en Francia donde se reunían los ancianos, y por tal motivo se reunían hechos clínicos de las características comunes de su comportamiento, y su actividad física. A medida que la medicina puramente preventiva fue convirtiéndose en terapéutica logró aumentar la calidad de vida y la longevidad; es de allí en adelante cuando la preocupación por el anciano se hace mayor, ya que demográficamente su importancia aumentaba. A principios del siglo XX Cazalis afirmó: “El hombre tiene la edad de sus arterias”, señalando a la aterosclerosis como factor determinante del envejecimiento. En ese momento se trató de explicar que el envejecimiento proviene de una disminución del metabolismo. Luego Nascher al que se le considera como el padre de la geriatría que conjuntamente con

la gerontología se permitió el estudio de la vejez, no en lo referente a las patologías que con ella vienen, sino al proceso mismo del envejecimiento (Di Giglio, G., 2002).

La gerontología se ha desarrollado en tres planos, el biológico, el psicológico y el social, y en todos estos planos es como se debe explicar el envejecimiento ya que como se dijo es un proceso que resulta de la interacción de todos estos aspectos, en este sentido se discutirán las teorías físicas o biológicas del envejecimiento, teorías psicológicas y las sociológicas. Además de las teorías descritas anteriormente (que son las que se usaran en este trabajo) existe una tendencia a categorizar a las mismas en: a) estocásticas que afirman que el proceso de envejecimiento es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo e incluye la teoría de los radicales libres de oxígeno y b) las teorías no estocásticas que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado. (Hoyl, T. y Pedemonte, J., 2004)

### 3.1. Teorías biológicas del envejecimiento:

Dada la variedad de teorías biológicas existe una diferenciación de estas en teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos. Los de factores externos están referida a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los factores internos señalan como causas de envejecimiento un deterioro del organismo y entre estas la más señalada es la neuroendocrinológica. (Moragas, R., 1991)

El envejecimiento es explicado como un conjunto de cambios en nuestro organismo a nivel de maduración física, endocrinológica, inmunológica, celular, genético, neurológicos, entre otros, que tienen profundas repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento. Las teorías de envejecimiento físico tratan de explicar las causas de por qué morimos, en lugar del sueño de vivir eternamente, y están basadas en las alteraciones y depresiones que ocurren

en nuestro organismo al pasar de los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente; dichas causas serían:

- *Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico:* El sistema inmunitario es la línea de defensa más importante contra toda sustancia exógena que pueda entrar en nuestro cuerpo, a través de variados mecanismos tales como reconocimiento y fagocitosis (ingesta) del agente extraño, destrucción o lisis de la célula infectada, producción de anticuerpos específicos e inespecíficos entre otros, y esta responsabilidad recae sobre las células del sistema inmune como son: monocitos, los macrófagos, los polimorfonucleares, linfocitos B y T.

La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad, disminuye la capacidad de este sistema a sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además “el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales, es decir, que el sistema produce anticuerpos contra proteínas normales del cuerpo, pudiendo destruirlas, y allí se producen las enfermedades autoinmunes, algunas que padecen no solamente las personas mayores, pero otras sí, como lo son la rigidez articular, trastornos reumáticos y ciertas formas de artritis. A medida que envejecemos el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en la lucha contra las enfermedades, y es por esto que en los adultos mayores en los que los mecanismos corporales de defensa estén disminuidos una enfermedad común como un síndrome viral puede convertirse en fatal. (Mishara, B. y Riedel, R., 2000)

- *Teoría de envejecimiento celular:* propuesta por Child y admite que el proceso de envejecimiento ocurre en consecuencia de estar la carga eléctrica de los componen-

tes celulares ligados de modo particular a los iones negativos. Estas se enfocan en la importancia del DNA o ADN (ácido desoxirribonucleico) celular y pretenden que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo. Como el DNA es la molécula responsable de diversos mecanismos moleculares y bioquímicos a nivel metabólico y de la división celular, toda pérdida de información o codificación deficiente de las células determinada por un defecto en DNA puede provocar la muerte celular. Esta teoría se basa en que las células tienen un número limitado de división inclusive aquellas de recambio rápido tienen un límite el cual encuentra programado en el contenido genético de dicha célula. Según Hayflick en 1976 el número de divisiones varía según el tipo celular, su nivel de especificidad o diferenciación, y de un organismo a otro, siendo la media de 50 reproducciones por célula para los seres humanos, pero organismos de mayor esperanza de vida como las tortugas la superan y otros con corta esperanza como los pájaros no alcanzan esta media (Mishara, B. y Riedel, R., 2000).

Sin embargo, existen otras causas que explican la muerte celular no como disminución de su ocurrencia sino como aumento de su destrucción, como por ejemplo aquellas que se basan en la acumulación de desechos en la célula (teoría de acumulación de desechos) y la reducción de la tasa de oxidación celular (teoría de los radicales libres) que provocan pérdida de función, y éstos en cuanto más se acumulen más se acentúa el proceso de degradación, estas teorías que explican el envejecimiento celular se discutirán a continuación:

a. *Teoría del desgaste natural*: Establece que los animales envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida de cada día, y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos. Puesto que el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias que son los organelos que aportan la energía para todas las actividades celulares, si su nivel de producción de energía decae el funcionamiento celular también. (Pulido, M.E., 2003).

b. *Teoría de la acumulación de productos de desechos*: durante su vida en la célula sintetizan sustancias útiles para ella los que son consumidos convirtiéndose en desechos, además con el intercambio con el ambiente las células adquieren innumerable cantidad de toxinas y si se acumulan en la célula más toxinas de las que puede eliminar, estas perjudican la actividad normal. Según esta teoría el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados por nuestras funciones corporales. (Mishara, B. y Riedel, R., 2000)

c. *Teoría de la autointoxicación*: propuesta por Metchhnikov que dice que la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la putrefacción intestinal.

d. *Teoría del envejecimiento natural*: propuesta por Catele y Du Nouy la cual dice que todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa.

e. *Teoría del entrecruzamiento*: La teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y DNA, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen. (Pulido, M.E., 2003)

f. *Teoría de errores en la síntesis de las proteínas*: fue propuesta por Schock y dice que el cúmulo de proteínas deficientes es considerada la fuente más importante de deterioro de la capacidad fisiológica de las células.

g. *Bioquímica o de los radicales libres*: esta fue propuesta por Harman quien dice que la vejez es atribuida a los radicales libres y a los peróxidos endógenos, por lo que la causa es más celular que tisular. Se refiere a una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos, o radicales libres de oxígeno, los cuales son inestables,

y altamente reactivos por lo que reaccionan con distintas moléculas, alterando la composición de esta última y por consiguiente su función quedara defectuosa (Pulido, M.E., 2003).

La teoría descansa en que los radicales libres están involucrados tanto en la formación de los pigmentos de la edad, como en la formación de entrecruzamientos en ciertas moléculas y dañan el DNA, y esto último puede llevar a muerte por apoptosis (muerte celular programada) cuando los sistemas celulares reconocen el daño a este nivel molecular. Como muestra de su efecto patológico sobre el ser humano se han implicado a los radicales libres en la formación de las placas neuríticas características de la demencia del tipo Alzheimer, en el paso de la síntesis del pre-amiloide al cuerpo amiloideo, así mismo hay evidencias experimentales que confirman que los radicales libres dañan la función celular y que están relacionados con las enfermedades más comunes en el adulto mayor como la aterosclerosis, artritis, cataratas, disfunción pulmonar, alteraciones neurológicas, depresión inmunológica, el cáncer, entre otros.

En la actualidad esta teoría ha sido ampliamente estudiada y aceptada, y sigue tratando de explicar en que forma nuestros hábitos de vida influyen en nuestra salud y la velocidad de envejecimiento, así como también se ha estudiado en que medida la administración de antioxidantes puede retrasar no solo el proceso de envejecimiento sino las enfermedades que con él aparecen como ya fueron mencionadas. Sin embargo, hoy día se sabe que el consumo de sustancias antioxidantes como vitamina E y vitamina C, en cantidades elevadas o dosis superiores a las recomendadas hace que estas sustancias pasen a tener un poder oxidante con la producción de radicales libres.

• *Teoría de las modificaciones del sistema endocrino*: el sistema endocrino es el encargado de la secreción de sustancias llamadas hormonas, que funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tienen receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo, con la finalidad de regular mu-



chas funciones orgánicas relacionadas con metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta.

La secreción hormonal se modifica a medida que envejecemos, y uno de los mejores ejemplos de éstos es el debilitamiento de la función ovárica con la caída de los niveles de estrógeno en sangre, que trae como resultado la menopausia. Esta teoría que fue propuesta por Lorand señala al agotamiento de las glándulas sexuales como principal causa del envejecimiento, así mismo Finch y Hayflick consideran que las modificaciones en este sistema es una de las causas principales que contribuyen al envejecimiento. Sin embargo, no existen pruebas directas de que el sistema endocrino sea el origen de todos los cambios relacionados con la edad, o más bien no está claro si sus cambios son causas o efectos del proceso de envejecimiento (Mishara, B. y Riedel, R.; 2000)

**Teorías genéticas:** Las teorías genéticas son de especial interés, pues relacionan al envejecimiento con la evolución. El enfoque genético afirma que el envejecimiento está determinado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno. Se basa en el hecho de que los animales procedentes de ciertos grupos familiares viven más que otros; de hecho en el ser humano se ha utilizado como referencia para determinar la esperanza de vida probable de un individuo la edad a las que fallecieron padres y abuelos, excluyendo muertes accidentales. Actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad (Mishara, B. y Riedel, R.; 2000)

Existen varias teorías genéticas, una de ellas es la programación genética propuesta por Bourliere la cual dice que la vejez sería consecuencia de accidentes genéticamente programados en las cadenas del DNA.

Estas teorías tratan de explicar, de que forma las mutaciones pueden o no ser benéficas para el envejecimiento reconociéndolas como el motor que impulsa la evolución y la selección natural. Actualmente se con-

sidera a las mutaciones como un factor importante en los fenómenos del envejecimiento y la longevidad. Se ha mostrado un gran interés por los telómeros (secuencias repetidas de DNA ubicadas en los extremos de los brazos de los cromosomas) y proteínas asociadas, cuya función es proteger a los cromosomas. Éstos se acortan en cada división celular y eventualmente son demasiado cortos para permitir una nueva mitosis, lo que podría conducir al fin de la capacidad mitótica o límite de Hayflick, pero existen células que tienen enzimas llamadas telomerasas que previenen el acortamiento de los telómeros y por ende aseguran una reproducción infinita de veces, aquí nos referimos a las células cancerosas que son inmortales (Pulido, M.E.; 2003).

- **Capilrosopatía senil:** esta teoría fue propuesta por Bastal y Dogliotti admite que los capilares sanguíneos de la piel de los ancianos sufren una gran cantidad de alteraciones degenerativas de la misma forma que el resto de los capilares del cuerpo.

### 3.2. Teorías psicológicas del envejecimiento:

Aunque el aspecto psicológico está íntimamente relacionado con lo social y en el ámbito humano lo segundo depende de lo primero, las teorías sociales y psicológicas se describen como teorías psicosociales. En este trabajo primero se hará referencia a las modificaciones a nivel psicológico y posteriormente a las teorías psicosociales.

Simone De Beauvoir relaciona a la vejez con las consecuencias psicológicas y de comportamiento que caracterizan la edad avanzada. “Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y su propia historia”. En la vejez “es una abstracción, considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: Se gobiernan mutuamente”. (Di Giglio, G., 2002)

E. Erikson formuló la teoría epigenética que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su

adecuación con ciertas variables psicosociales. Salvarezza sostiene que esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social donde actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de permitir o facilitar ese desarrollo. Cada ciclo comporta tareas evolutivas que el individuo debe resolver, y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias determinará su destino. Para Erikson, el conflicto principal que se presenta en esta etapa es entre la generatividad y el estancamiento. La generatividad tiene que ver con la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, incluyendo a personas que se encuentren fuera de sus vínculos familiares, este concepto incluye a la productividad y a la creatividad. “La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del Yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando” (Di Giglio, G.; 2002)

Cuando este enriquecimiento falla, dice Salvarezza, hay una regresión a una necesidad obsesiva de seudointimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. Si se logra superar este conflicto, en forma satisfactoria o no, se pasará al siguiente y último estadio, donde el conflicto que se planteará será entre integridad y desesperación. Erikson dice que un Yo completo proviene de la negociación de los conflictos inherentes en la etapa final de la vida. La integridad forma parte de una maduración gradual en las personas que envejecen, dando características personales a la vivencia de este momento de la vida; de acuerdo a cómo se resuelva el conflicto, sobrevendrá o no la desesperación. Los intereses relacionados con esta etapa incluyen, por ejemplo, la aceptación responsable de la vida tal como se ha vivido, adaptación positiva al deterioro físico y a la muerte inminente. De acuerdo con Erikson, la sabiduría, que depende de dos atributos del Yo, el auto-desarrollo y la auto-trascendencia, no se conseguiría hasta la vejez. No obstante acepta formas tempranas de sabiduría en otras eta-

pas de la vida, que se irían produciendo en la medida en que las personas se desarrollan adaptándose a los distintos cambios y sucesos vitales. Para Salvarezza este esquema epigenético es un poco generalizado, si bien abre el camino, no termina de explicar el destino personal y subjetivo de nuestro propio envejecimiento (Di Giglio, G.; 2002).

Desde el Psicoanálisis, se puede entender el desarrollo psicológico de los seres humanos, y en este caso, las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales que inciden, tanto factores biológicos como sociales, y pueden llegar a determinar cuando se convertirán en traumáticos. Este enfoque individual logra explicar el presente adulto por la infancia pasada. En las mismas hay tres series de causas, que no actúan independientemente, la primera lo constituyen los factores hereditarios y congénitos, que son el componente constitucional; la segunda las experiencias infantiles; y la tercera serían los factores actuales o desencadenantes, que actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie. La reciprocidad permite explicar tanto el desarrollo psicológico de los individuos como sus estructuraciones psicopatológicas (Di Giglio, G.; 2002).

Como ya se mencionó el envejecimiento es un proceso que resulta de cambios físicos y psicológicos. Entre estos últimos se incluyen las capacidades cognitivas, a las capacidades sensoriales y perceptivas; la creatividad y el comportamiento. En esta época ocurre una pérdida de las funciones cognitivas que se considera normal. Sin embargo el declive cognitivo no es marcado antes de los 70 años de edad pareciendo estar determinado sobre todo por enfermedades físicas.

El declive debido al envejecimiento psicológico per se es mucho más limitado y afecta fundamentalmente a las tareas que hay que desarrollar con velocidad. Los factores sociales y del medio también juegan un importante papel al animar o desanimar a las personas mayores a mantener niveles elevados de funcionamiento mental, siendo

la interacción de éstos, lo que otorga la variabilidad en la capacidad cognitiva entre personas de edad avanzada.

El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. En este sentido los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognitivas en general, sino que son las funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas propias del hemisferio derecho, las más vulnerables a los efectos del envejecimiento, mientras que las funciones lingüísticas del hemisferio izquierdo se conservan. Los cambios que se pueden dar en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a una dificultad en la denominación o evocación de las palabras y una reducción en la fluidez verbal. (Di Giglio, G.; 2002)

La memoria es la función superior más ampliamente estudiada en el ámbito del envejecimiento normal. Ella constituye la queja más frecuente en las personas de edad avanzada. Algunos aspectos de la memoria se deterioran con el paso de los años, pero no todos lo hacen por igual, de hecho es la memoria reciente o inmediata (la de entrada de datos) la que más se afecta, sin embargo, la memoria de corto plazo y la de largo plazo que en muchas oportunidades se consideraba que permanecían intactas están realmente disminuidas (Mishara, B. y Riedel, R.; 2000).

En la vejez los tres tipos de memoria se ven disminuidos y es por esto que los estudios recientes para la evaluación de la memoria no consisten en hacer aprender un listado de cosas desprovistas de sentido, sino en analizar la memoria de reconocimiento, también se ha utilizado la teoría de detección de señales que permite evaluar separadamente la potencia de la memoria y el modo de respuesta, sin embargo los diversos estudios realizados empleando esta teoría han dado resultados distintos (Mishara, B. y Riedel, R.; 2000).

La inteligencia disminuye también con la edad. Esto está íntimamente relacionado

con la presencia de factores externos, tales como la diferencia de escolarización entre generaciones, la rapidez de respuesta en los tests cronometrados, privaciones de todo género, déficit sensorial, entre otros. Sin embargo, esto es sumamente discutible ya que algunos investigadores tales como Schaie y Baltes han realizado estudios sobre la evolución de la inteligencia en el envejecimiento. Las investigaciones en este campo se ven dificultadas por la distinción de las variables como la edad, la influencia de grupo, y los obstáculos propios de investigaciones longitudinales (Mishara, B. y Riedel, R.; 2000).

En la esfera mental también hay disminución de la curiosidad intelectual, irritabilidad y cierta sensación de vaga tristeza. La suma de estas alteraciones determina que la conducta en el área social se vea profundamente afectada. H. Ey señala que “al contrario del niño o del adulto, el senescente debe no solamente adaptarse al medio, sino además a su propia vejez”. La rapidez de los cambios dificulta esa adaptación, pierde el sentido de pertenencia, y las brechas generacionales se hacen cada vez mayores. Se va creando así un grave desajuste entre lo que el sujeto se siente capaz de hacer y la visión de sí mismo que le devuelve el mundo externo. Pero el problema, dice Salvarezza, no depende solamente de la actitud del otro, sino también de cómo el individuo la interioriza, de esta forma se va generando en él una contradicción entre sus deseos y la imposibilidad de satisfacerlos. (Di Giglio, G.; 2002).

Se propicia el conflicto, como resultante del grado de frustración que siente el sujeto, ya sea como intento de evitar la ansiedad o para mantener la autoestima que siente menoscabada. Es a partir de este conflicto donde se observa un cierto retraimiento del anciano, de la relación con el mundo externo, a la vez que aumenta la relación reflexiva con su mundo interno, y se activan los recuerdos de tiempos pasados y se cae entonces en la reminiscencia –lenguaje repetitivo– la que no guarda relación directa con el grado de inteligencia del sujeto ni con el deterioro intelectual que éste pueda sufrir por diversas causas, sino más bien es el resultado del



incremento de la interioridad del sujeto que ocurre con la edad. Los individuos de la tercera edad a nivel del lenguaje disminuyen la fluidez verbal (Mishara, B. y Riedel, R. 2000; Di Giglio, G.; 2002).

Las capacidades sensorperceptivas también disminuyen por el envejecimiento, siendo las más habituales la pérdida de la audición a altas frecuencias (presbiacusia), la disminución de la plasticidad del cristalino y de su poder de acomodación (presbiopia). Al envejecer el cristalino se vuelve más grueso, perdiendo parte de su plasticidad y su capacidad de acomodación, y la profundidad del campo disminuye. Todo esto conlleva a la utilización de lentes bifocales cuyo uso requiere tiempo de adaptación para el individuo. Para los objetos lejanos se utiliza la parte superior del lente y para los cercanos la inferior. A algunas personas se les dificulta más que a otras su utilización y aquellas que no se adaptan pueden perder su distracción que en su mayoría de los ancianos lo constituye el televisor lo que puede tener un efecto de aislamiento mayor, incrementando su indiferencia al mundo exterior y sin interés alguno por el mismo. Además de estos cambios se desarrollan las cataratas que son el resultado del amarillamiento del cristalino que oscurece la visión, dificultando aún más el desenvolvimiento del anciano en la sociedad (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Con relación a la capacidad auditiva el anciano no percibe de manera adecuada las altas frecuencias o los sonidos agudos, tal como lo constituyen las consonantes. En consecuencia la persona afectada percibe que los otros hablan en murmullos, esto puede crear desconfianza e incluso tendencia paranoides. En la mayoría de los casos los adultos mayores se sienten menos aptos para comunicarse. Esto los obliga muchas veces a utilizar prótesis auditivas que también requieren adaptación. Hay modificaciones a nivel del gusto y el olfato. Estos sentidos tienden a disminuir y contradictoriamente lo hace también la tolerancia a los platos picantes. Esta pérdida de la capacidad gustativa lleva con el tiempo a la pérdida del apetito. Aunado a ello si existen otros factores como el aislamiento y la depresión,

es posible que esta situación empeore. Es importante señalar que independientemente de los cambios sensoriales las personas siguen en capacidad de continuar con normalidad sus actividades diarias, y que algunos de estos cambios pueden presentarse en personas no ancianas (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Las actividades que requieren rapidez y coordinación también se le dificultan al anciano ya que este tiene una pérdida de velocidad de las reacciones y una disminución de la coordinación, que se acompaña de la pérdida de musculatura normal de la edad, aunque esta pérdida es diferente en cada anciano y por eso su capacidad de respuesta y coordinación es distinta entre individuos de un mismo grupo etario, es más investigaciones realizadas por Spirduso y Clifford en 1978 demuestra que las personas activas de la tercera edad son superiores a jóvenes inactivos en diferentes campos, lo que orienta a la existencia de variables que contribuyen al mantenimiento, la mejora de la rapidez y coordinación (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

A nivel de la emoción, la motivación y la personalidad existen numerosas descripciones de los adultos mayores que los califican como irritables, difíciles, de humor lábil, depresivos, entre otros, sin embargo no existe prueba de que la afectividad de los ancianos sea mejor o peor que la del resto de las personas, esto se puede atribuir a los pocos estudios que se han realizado en este sentido en comparación con los estudios acerca de la memoria (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

La motivación según dice Elias Elias es la pulsión que nace de la necesidad psicológica y que da lugar a unas actividades con fines específicos, tampoco ha sido bien estudiada (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Ahora bien la personalidad que según Allport es “la organización dinámica interna de los sistemas psicológicos del individuo que determinan su propio ajuste a su entorno” (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Las teorías de la personalidad se clasifican

en tres grupos, que tratan de explicar las causas de las diferencias de personalidad entre los ancianos y los jóvenes:

1. Teorías psicodinámicas de la personalidad: se basa en que existen determinantes inconscientes e históricos de la personalidad. Esta explica la diferencia de personalidad joven-anciano en la gran cantidad de material inconsciente residual que se halla en el anciano y establece la hipótesis de que la falta de energía es imputable al rechazo y al mantenimiento del equilibrio normal del sistema (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

2. Teorías conductistas: para este enfoque la personalidad es el resultado de las condiciones de aprendizaje y del entorno. Esta indica que la brecha de personalidades entre generaciones se basa en que la historia del condicionamiento siendo más largo ha podido dar lugar a la adquisición de un comportamiento en respuesta a una situación, mientras que establecería una conducta estereotipada en respuesta a otra (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

3. Teorías Humanistas: proponen que la personalidad se crea en la libertad y según los objetivos de la persona. Esta explicaría la diferencia entre las personalidades del joven y el viejo considerando el futuro que huye y el sentido del si y explicaría el comportamiento del presente en función de las perspectivas del futuro (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Las teorías del desarrollo de la personalidad se dividen en dos posturas unas que hablan de la vejez como etapa y otras como un proceso. Las que lo consideran etapas se basan en las aportaciones de Erik Erikson que explican el desarrollo humano desde la infancia como una búsqueda de identidad personal, en donde el individuo busca la integridad de su persona o del Yo, la cual supone la aceptación de la vida hasta el presente con sus aspectos positivos y negativos sin acusar limitaciones negativas por ello. Si la integridad se da, el individuo alcanza el final de su vida con un sentido de realización personal, mientras que si no se da el individuo rechaza lo que ha sido su vida y se da cuenta que no hay tiempo para en-

mendarlo (Di Giglio, G.; 2002).

Las teorías del proceso consideran el proceso vital incluido la ancianidad como un desarrollo dialéctico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se exponen los humanos en un medio ambiente cambiante. Estas contradicciones no suponen deficiencias a corregir sino invitaciones para un nivel superior de integración. Bajo esta perspectiva la tarea del desarrollo humano y personal no se completa nunca y cuando parece que el sujeto está más cerca de alcanzar el objetivo, se le plantea nuevas exigencias contradictorias. (Moragas, R.; 1991)

Esta teoría tiene la ventaja de que no explica mucho sobre los mecanismos individuales a través de los cuales se consigue este equilibrio, sino que consiste en reconocer el dinamismo entre el medio ambiente, la situación y las reacciones del sujeto (Moragas, R.; 1991).

Con relación a la personalidad de los ancianos se tiene que inicialmente se habían descrito 5 tipos pero actualmente este estudio no es de gran interés ya que estas personalidades pueden ser muy variadas. A continuación se describirá las personalidades de los ancianos descritas inicialmente (Moragas, R.; 1991):

1. El maduro: individuo estable, bien integrado, y que disfruta de la vida.
2. El pasivo: individuo desacoplado por voluntad propia, que prefiere pocas actividades como mecerse en mecedora, y que se encuentra satisfecho porque puede descansar.
3. El defensivo: es rígido, activo, disciplinado, individualista que se integra en numerosas actividades ya que no puede soportar la inactividad.
4. El colérico: culpa a los demás y les responsabiliza de sus frustraciones y limitaciones.
5. El autoagresivo: se odia así mismo, está deprimido y aislado.

Los tres primeros tipos se integran bien con la sociedad y se han adaptado con éxito al envejecimiento, mientras que las dos últimas luchan en contra del envejecimiento y sus manifestaciones (Moragas, R.; 1991).

Para el estudio de la personalidad del anciano deben abarcarse tres aspectos; el primero se refiere a la evolución interna (estados emotivos, pensamientos y concepción del Sí) lo segundo es el comportamiento externo (respuesta o ausencia de la misma ante situaciones nuevas y pasadas) y por último al ambiente externo (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Con la edad hay una continuidad de la personalidad lo que no excluye la posibilidad de un cambio en la misma comparativamente menos importante en el conjunto de la personalidad que lo estable, siendo la introversión el único aspecto de cambio. En todos estos aspectos es importante el término de autoconcepto y el aceptar que nos sentiremos satisfechos cuando exista proporcionalidad entre lo que piensan los demás y nosotros mismos de nuestra persona. La autovaloración del anciano se enfoca en el aceptar y reconocer la disminución de sus funciones. Se hace lo que se debe; la autoestima es mayor en los adultos mayores que en los jóvenes y se hace incluso mayor cuando la persona es más libre para adaptar su rol a las menores exigencias sociales (Moragas, R.; 1991)

La identidad es la integración de conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus motivos y objetivos, roles sociales y limitaciones teóricamente se mantienen en el anciano porque existen menos riesgos para la misma.

El anciano reduce sus responsabilidades sociales, asienta sus relaciones familiares. Esta situación se altera cuando el cambio es tan importante que el sujeto no puede integrarlo. Se presenta la crisis de identidad, siendo los factores que pueden provocarla cambios fundamentales en salud o aptitud física, pérdida de visión o de un miembro esencial, viudez, cambio de residencia, colapso de ideas personales, políticas, religiosas entre otros (Moragas, R.; 1991).

### 3.3. Teorías sociológicas del envejecimiento:

La sociología considera a la ancianidad como una etapa vital de creciente importancia. En este sentido existen diversas teorías que estudian la participación en la sociedad de las personas mayores, que explican el impacto demográfico y sus múltiples repercusiones de los fenómenos y problemas sociales asociados al envejecimiento, así como también explican la influencia de los aspectos culturales y sociales sobre el mismo.

Sociólogos, psicólogos y gerontólogos han elaborado diversos modelos del envejecimiento con el objeto de entender la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo (Mishara y Riedel 2000). A continuación se explicarán dichos modelos.

- La teoría de la modernización: se ubica dentro del modelo de Gognalons–Nicolet y destaca la situación actual del viejo caracterizada por ser relegado socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales él gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral pues las nuevas exigencias generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos, al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación (Ortiz de la Huerta, D., 2005)
- Teorías funcionalistas o teorías de la socialización: estudian el papel de los ancianos desde el punto de vista de la actividad. Defienden la asignación de roles sociales diferentes tras la jubilación, ya que asocian la falta de actividad con la falta de autoestima mermando la calidad de vida. Esta teoría postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas físicas y psicológicas que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. La persona, a lo largo del proceso de

socialización, ha interiorizado diferentes roles sociales que van a regir su conducta en función de normas socialmente admitidas, independientemente de los eventos que vayan surgiendo (Ortiz de la Huerta, D.; 2005)

• Dentro de este marco se inscriben tres teorías principales:

a. *Teoría de la actividad*: Es la más antigua y se fundamenta en la importancia que en aquella época se les daba a los roles del individuo como la articulación principal entre lo psicológico y lo social. Trata de explicar los problemas sociales y las principales causas que contribuyen a la inadaptación del anciano (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

A los viejos se les priva de ciertos roles (por ejemplo laborales) y los que quedan distan mucho de estar claramente definidos, y la confusión resultante conduce a un estado de anomia en donde el sujeto carece de propósito e identidad. En este sentido según la teoría de la actividad si nuevos papeles no remplazan a los pasados la anomia tiende a interiorizarse y el individuo se vuelve inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo. Para esta teoría la vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los

antiguos (Mishara, B. y Riedel, R. 2000).

Lo más importante en esta concepción es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñan. Luego se hizo mayor énfasis en la importancia de la calidad y la intensidad de las relaciones interpersonales, que en el número de roles asumidos, es decir será preciso reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas mayores nuevos papeles valorados por la sociedad (Ortiz de la Huerta, D., 2005; Mishara, B. y Riedel, R., 2000).

Enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes. Ellas promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de su propia imagen que ha sido deteriorada por las mismas pérdidas.

En la perspectiva actual esta teoría hace énfasis en la individualidad, en su autoconcepto, y no en el de la sociedad; no depende de las expectativas sociales para que el adulto mayor determine como provechosa el tipo de actividad elegida; no es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido (Ortiz de la Huerta, D.; 2005)

En 1972 Lemond y colaboradores introducen una nueva variable intermedia que subraya más el aspecto cualitativo, en donde lo más importante para el sujeto son las actividades sociales que tienen sentido para él y no la actividad por sí misma. Así pues, no es tampoco el énfasis en la cantidad de interacción que se tenga sino en el hecho de tenerla pero de una manera significativa. Cariou expresa: “en este sentido, el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada (Ortiz de la Huerta, D., 2005).

Por otra parte el “rol” que pierde el adulto mayor no significa siempre una frustración. Una vez que el individuo es liberado de papeles anteriores, tiene mayor disponibilidad de su tiempo, para hacer otras cosas que le gustan (Ortiz de la Huerta, D., 2005).

También estudia esta teoría los fenómenos del envejecimiento a partir de un funcionamiento psicosocial amplio, pero parece ser que la diversidad de situaciones psicológicas y sociales que integran el envejecimiento, revela la insuficiencia de los conceptos en el estudio del adulto mayor (ver cuadro N° 1).

**Cuadro N° 1:** Aspectos positivos y crítica de la “Teoría de la actividad”

<i>Aspectos positivos</i>	<i>Crítica</i>
1. Sentimiento de bienestar: sentirse útil	1. No hay asociación causal entre actividad y satisfacción de vida.
2. Protección contra el aburrimiento, soledad, enfermedad.	2. Demasiado idealista.
3. Las interacciones sociales contribuyen a mejorar la imagen de uno mismo.	3. No aborda la necesidad de prepararse a las pruebas de la vejez.
4. Ideal para los grupos en la edad de la jubilación.	4. No es aplicable a todos los grupos socioeconómicos, sobre todo los menos favorecidos y a los de mayor edad.
5. Las actividades sociales juegan un rol “amortiguador” para atenuar la pérdida de roles más importantes.	

**Fuente:** Ortiz, Aspectos sociales del envejecimiento.  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>

b. *Teoría de la desvinculación o del retraimiento*: según esta teoría, el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen.

La desvinculación puede ser por decisión misma del interesado o por los otros miembros de este sistema. El individuo poco a poco deja de relacionarse en la vida social y esta a su vez le ofrece cada vez menos oportunidades.

Desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro, contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las jóvenes generaciones retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes (Ortiz de la Huerta, D., 2005)

Inicialmente este proceso parecía tener ventajas para ambas partes, pero tras diferentes estudios ha sido modificada para reflejar los estilos de vida de diferentes ancianos

(Mishara y Riedel, 2000). Para responder a estas críticas los autores modifican la teoría en una doble dirección de diferenciar variables psicológicas individuales y la distinción de dos tipos de roles que sostienen a la vinculación: los “instrumentales” y los “socio-afectivos”. Los primeros se refieren principalmente a la adaptación activa al mundo exterior y los segundos a la integración interna del sistema y al mantenimiento de las configuraciones de los valores que influyen sobre sus fines (Ortiz de la Huerta, D., 2005).

Posteriores formulaciones han subrayado la diferencia de las adaptaciones individuales a la vejez y sustituido poco a poco la idea de la tendencia general al retraimiento, pero no existe siempre un acuerdo sobre la cuantificación de si el retraimiento es común o no, o si es beneficioso o perjudicial para el individuo afectado, ahora es cierto que si una persona que gradualmente queda aislada se adapta mejor en cuanto acepte la situación (Mishara, B y Riedel, R., 2000)

Para Cumming la diferencia de género en el proceso de envejecer estaría apoyado en que los varones han desarrollado principalmente roles instrumentales mientras

que en las mujeres son fundamentalmente socioafectivo. La desvinculación será mas o menos difícil según la presión social y la amplitud del trabajo y la transferencia del rol y la solidaridad que la persona tenga que operar. Se explica que las condiciones individuales de la persona se van a imponer en la manera de envejecer (citado por Ortiz, 2005).

Otra crítica a esta teoría es que la misma se basa en la lógica interna de una sola forma de cultura como es el caso de la sociedad estadounidense, y esto no se aplicable a las demás culturas. No todas las sociedades están organizadas alrededor de criterios de éxito al interior de un sistema económico de producción en constante avance y funcionamiento que favorece a los jóvenes (ver cuadro N° 2; Ortiz de la Huerta, D.,2005).

Por otro lado, Héту señala que “la desvinculación no sería un fenómeno espontáneo y natural y por lo tanto, buscado por el sujeto sino sería un ajuste psicológico a los acontecimientos que ocurren fuera de la voluntad del sujeto”(citado por Ortiz de la Huerta, D., 2005)

**Cuadro N° 2:** Aspectos positivos y críticas de la teoría de la desvinculación

<i>Aspectos positivos</i>	<i>Crítica</i>
1. Asegura el funcionamiento óptimo de la sociedad.	1. Muchos sujetos continúan siendo activos y ejercen eficazmente sus funciones sociales.
2. Representa una forma ordenada de transición del poder.	2. Subestima la necesidad de contacto e interacciones sociales.
3. Permite a los individuos adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas.	3. La desvinculación no tiene porque ser una opción definitiva e irreversible.
4. Protege al individuo contra situaciones de estrés.	4. Propicia mayor egocentrismo.

**Fuente:** Ortiz, Aspectos sociales del envejecimiento.

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>

c. *Teoría de la continuidad*: propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de adaptación a la vejez, siempre manteniendo una continuidad y estabilidad entre estas dos etapas. (Ortiz de la Huerta, D., 2005).

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

a) El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.

b) Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Según esta teoría desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente, el individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente, y a lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como “autocon-

cepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.

Para ella cada individuo tiende a producir su propio ambiente en función de su coherencia y éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando. El estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento. Este proceso no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad; el individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido, aunque la personalidad sea estable en esta etapa de la vida ella sigue evolucionando para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida (Ortiz de la Huerta, D., 2005).

Las críticas a esta teoría gira sobre todo en el sentido de continuidad como significado de estabilidad. En este sentido, la continuidad como única respuesta posible no podría integrar los cambios que se presentan con la edad. Esta hipótesis tiende más a satisfacerse a sí misma que a enriquecer una forma de actuar eficaz. De alguna manera permite señalar lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no permite actuar en el

presente para mejorar una situación difícil. Sin embargo, cuenta con el mérito que le otorga recordar la influencia de la infancia en la vejez. Es siempre el mismo individuo el que evoluciona y se adapta. De la misma manera, restituye a la psicología su verdadero objeto de investigación: el hombre confrontado a las contingencias que la evolución de su organismo y la sociedad le imponen (ver cuadro N° 3).

• *Teorías derivadas del envejecimiento demográfico*: que estudian la evolución de la sociedad en las últimas décadas, y como el aumento de la esperanza de vida de la población, y las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad disminuidas, hacen de las sociedades occidentales unas sociedades ancianas. Esta se discutirá en aspectos demográficos del envejecimiento.

• *Teoría del medio social*: esta sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, de hecho el medio en el que vive y se desenvuelve un individuo abarca no solo el contexto social con sus normas sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.

Según esta perspectiva en el nivel de actividad de un individuo influye: la salud, el dinero y los apoyos sociales. La salud se ve afectada en esta época la acumulación

**Cuadro N° 3:** Aspectos positivos y críticas de la teoría de la continuidad

<i>Aspectos positivos</i>	<i>Crítica</i>
1. Rescata el sentido de identidad del individuo a lo largo de su vida.	1. Dificultad para conciliar la idea del desarrollo de la persona con la de continuidad en el sentido de estabilidad.
2. Preparación a la vejez: Establece predictores para los diferentes tipos de envejecimiento cuya utilidad sería el tomar conciencia de ellos desde etapas tempranas de la vida.	2. Se le da mayor importancia a la continuidad “interna” en el sentido de identidad y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas (continuidad “externa”).
3. Destaca la necesidad de aprender a utilizar las diferentes estrategias de adaptación que ayuden a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y pruebas de la vida.	3. El sentido de “cristalización” de la personalidad en la edad madura, no da lugar a situaciones en donde se producen reorientaciones radicales de la existencia.

**Fuente:** Ortiz, Aspectos sociales del envejecimiento.  
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>



de los efectos de las enfermedades crónicas limitan las actividades de los individuos. La situación económica es otro factor importante. En los países latinoamericanos es una limitante para el nivel de actividad del anciano. Así mismo la existencia de apoyos sociales como una pareja o cónyuge, la familia, o relaciones sociales con las motivaciones adecuadas puede estimular el nivel de actividad. (Mishara, B. y Riedel, R., 2000)

• *Teoría de la construcción social de la vejez*: Critica la imagen parasitaria que se ha creado de la vejez, al considerar a los mayores un segmento improductivo dependiente de las ayudas sociales. Tratan de romper con la idea de las personas mayores como un grupo homogéneo defendido en las teorías anteriores.

#### **4. Identificación demográfica en los países del Caribe, América Latina y en especial en Venezuela sobre el proceso de envejecimiento**

El envejecimiento, entendido como proceso demográfico en un sentido estricto es el aumento del peso relativo de la población de 60 años y más respecto a la población total.

La transición demográfica es el proceso de cambio histórico en virtud del cual las sociedades humanas pasan de un régimen demográfico caracterizado por altas tasas de natalidad y mortalidad a otro en el que ambas tasas son bajas; o lo que es lo mismo, de una situación de equilibrio de elevado gasto humano a una de bajo gasto. Como el descenso de la mortalidad acostumbra a preceder al de la natalidad, la transición suele suponer un período de crecimiento de la población más o menos rápido, dando lugar al denominado “rápido crecimiento de la población”, que ha multiplicado en poco tiempo el número de habitantes de nuestro planeta.

En la sociedad moderna los progresos en el campo de la medicina, prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población. También se ha disminuido los índices de la mortalidad y de natalidad, lo que ha repercutido en el incremento acelerado de adultos mayores y por consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud, lo que se traduce en una mayor necesidad de atención al anciano y de la comprensión del proceso de envejecimiento de forma que se le puedan brindar los mejores servicios que aseguren su calidad de vida más allá

que su longevidad. Los procesos de transición demográfica llevan irremediablemente a un envejecimiento de las poblaciones.

Haciendo uso de los indicadores más tradicionales tales como la tasa de mortalidad, se observa que esta ha presentado una tendencia al decrecimiento en los últimos decenios a nivel mundial. En 1985 la tasa bruta de mortalidad mundial fue de 10,4 por 1000 habitantes y en 1994 había descendido a 9,2. Por otra parte en los últimos 40 años la esperanza de vida al nacer se ha incrementado globalmente en 18 años, este aumento se ha observado en todos los países y regiones; en América del Norte se calcula una ganancia de 7,2 años; en América Latina de 16,6; en Europa de 6,3; en Japón de 11,7 y el mayor incremento se observó en China de 30 años aproximadamente (Salas y col; 2000)

Con relación a la tasa de mortalidad, la tasa de natalidad y la esperanza de vida al nacer tienen para el año de 1998 un comportamiento similar para los países de América Latina y el Caribe excluyendo de este marco a Haití cuyo comportamiento e indicadores son distintos. (Ver cuadro N° 4)

**Cuadro N° 4:** Indicadores: tasas de mortalidad, tasas de natalidad y esperanza de vida en los países del Caribe y América Latina, 1998

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Tasa de mortalidad (x1000 hab)</b>	<b>Tasa de natalidad (x1000 hab)</b>	<b>Esperanza de vida (años)</b>
Chile	1998	6	20	75
Colombia	1998	6	24	71
Ecuador	1998	6	25	70
Uruguay	1998	9	18	74
Costa Rica	1998	4	23	76
Cuba	1998	7	13	76
Brasil	1998	7	20	67
Haití	1998	12	32	54
Venezuela	1998	5	25	72

Fuente: UNICEF, 2000.

En el caso especial de Venezuela la mortalidad ha estado en un descenso notable en los últimos 60 años, por ejemplo en 1940 dicha tasa presentaba un valor de 16,3 y en el año 2002 de 4,4 por 1000 habitantes (ver gráfico N° 1).

Además se observan cambios drásticos en el período de 1940 a 1962 cuando pasa de 16,3 por mil hab., a 6,9 por mil hab., en

23 años la tasa disminuyó un 58%, para un promedio por año de descenso de 0,48 puntos, esto se puede observar en la siguiente gráfica (MSDS, 2003).

En el período comprendido entre 1963 y 1982 la tasa siguió descendiendo, pasando de 7,1 por 1000 hab., a 4,9 por mil hab., disminuyendo un 31% más. Decreció un 0,10 puntos por año. En el lapso de 20 años

a partir de 1983 hasta 2002, la tasa presenta un comportamiento de poca fluctuación (Salas; 2000).

Con respecto a la tasa de natalidad en Venezuela y los países del Caribe y América Latina se observa también un descenso (Ver Cuadro N° 5).

La esperanza de vida al nacer es el prome-

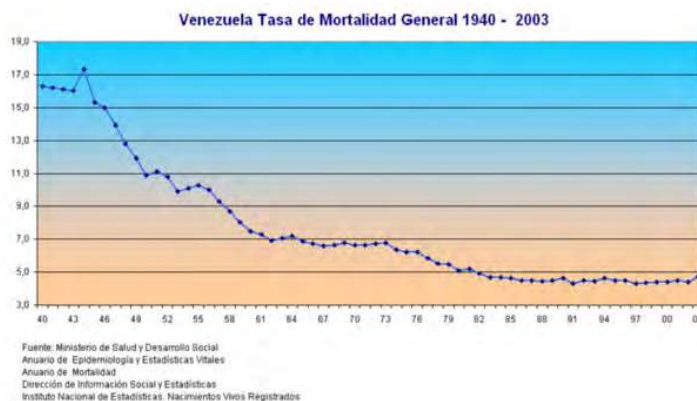


Gráfico N° 1: Tasas de mortalidad general 1940-2003. Venezuela

Cuadro N° 5: Tasas Brutas de Natalidad (por mil) en América Latina y el Caribe. 1970 - 2010

Países	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
América Latina	35,6	33,4	30,3	27,7	25,4	23,3	21,5	20,0
Argentina	23,4	25,7	23,1	21,8	20,8	19,9	19,1	18,0
Bolivia	45,2	41,0	38,2	36,6	35,7	33,2	30,5	27,7
Brasil	33,7	32,6	29,5	25,6	22,2	20,3	19,2	18,2
Chile	27,5	24,0	22,9	23,3	21,8	19,9	18,2	17,2
Colombia	34,7	32,6	29,9	27,8	27,0	24,5	22,3	20,6
Costa Rica	31,5	31,7	30,2	28,9	25,3	23,3	21,9	20,6
Cuba	26,7	17,2	16,2	17,4	14,9	13,1	11,7	11,3
Ecuador	40,6	38,2	34,8	31,0	28,3	25,6	23,2	21,1
El Salvador	42,7	40,2	33,6	30,7	29,6	27,7	25,3	22,7
Guatemala	44,6	44,2	43,0	40,4	38,6	36,6	34,2	31,3
Haití	38,6	41,0	42,9	41,6	33,6	31,8	30,4	28,8
Honduras	46,9	44,9	42,3	39,4	37,1	33,5	30,0	26,9
México	43,2	37,1	31,9	29,3	27,0	24,6	22,2	20,1
Nicaragua	47,2	45,8	45,5	38,9	39,0	36,1	32,8	29,3
Panamá	35,6	31,0	28,6	27,2	25,0	22,5	20,3	18,7
Paraguay	36,4	35,9	38,3	36,6	34,1	31,3	29,6	28,0
Perú	40,5	38,0	33,8	30,6	27,6	24,9	22,6	20,7
República Dominicana	38,8	34,9	31,5	30,1	27,0	24,1	21,8	20,0
Uruguay	21,1	20,2	18,4	18,3	18,2	17,7	16,9	16,1
Venezuela	35,1	34,2	32,0	30,3	27,4	24,9	22,8	21,1

Fuente: CELADE, Chile (<http://www.eclac.cl/Celade>)

dio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente en el momento del nacimiento y expresa el promedio de años que va a vivir una persona nacida en un determinado momento. En este siglo la esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado de forma continuada, de hecho la población mundial se incrementó en 1985 de 4.800 millones a 6.176 millones en el año 2000, y llegará a 8.188 millones en el 2025. El 75% de esa población vivirá en África, Asia, o en América excluyéndose a USA y Canadá. (Kinsella, 1994 citado por Salas y col., 2000).

Para el 2000 se calculó que dos de cada tres de los 600 millones de adultos mayores estarán ubicados en países en desarrollo tales como países asiáticos en especial China y la India. (Salas y col., 2000)

El Caribe es la región en desarrollo con más adultos mayores en el mundo pues más del 9% de su población es mayor de 60 años. América Central y América del Sur tienen una estructura de edad más joven en la que el 6,9 % de la población total es de más de 60 años.

En América Latina y el Caribe más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años; el 55 % son mujeres (feminización de la vejez). La población de 60 años y más está aumentando a una tasa del 3% comparado con el 1,9% de la tasa decrecimiento de la población total.

Dentro de las cifras globales para la América latina y el Caribe hay una diversidad que refleja las diferencias históricas, demográficas y socio-económicas. Algunas nacio-

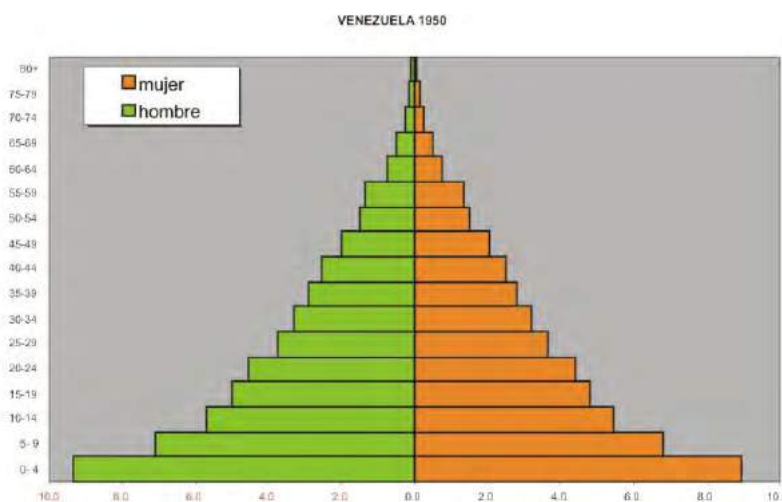
nes como Cuba, Argentina y Uruguay están avanzadas en el proceso de envejecimiento mientras que Haití, Bolivia y Guatemala siguen teniendo niveles comparablemente altos de natalidad lo que las excluye de un envejecimiento significativo, en un futuro previsible.

Hablamos de un envejecimiento incipiente cuando la composición por edad de un país está constituida por población infantil y joven, siendo muy pocos los individuos que llegan a 60 años y más, lo que gráficamente está representado por una pirámide de base muy ancha que va reduciéndose en los sectores intermedios de la pirámide y disminuyendo a su mínima expresión en el vértice de la misma, tal como es el caso de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay (ver cuadro N° 6 y gráfico N° 2).

**Cuadro N° 6:** Distribución de Población Envejeciente de América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Incipiente (porcentaje). 2000, 2025 y 2050

ENVEJECIMIENTO INCIPIENTE	2000%	2025%	2050%
	5,5	8,1	16,0
Bolivia	6,4	9,0	16,7
Guatemala	5,3	6,9	14,4
Haití	5,7	8,1	16,2
Honduras	5,2	8,6	17,6
Nicaragua	4,6	7,6	16,3
Paraguay	5,3	9,4	16,1

Fuente: CELADE 2004, Capiello 2005.



**Gráfico N° 2:** Representación de la Estructura de la Edad de la Población en la América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Incipiente

Fuente: Guzmán, 2005.

El envejecimiento moderado significa que ha habido cambios en la estructura de la población y su representación gráfica es de cúpula, lo que quiere decir que ha habido un

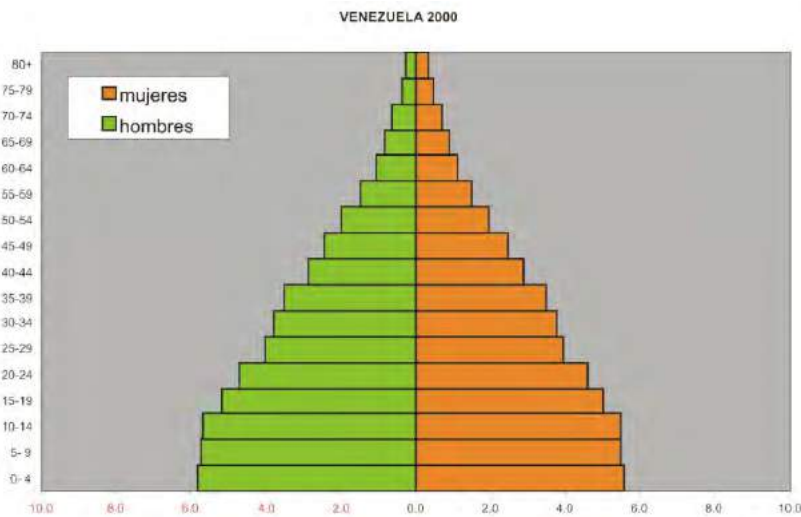
incremento de los grupos de 60 años y más, al igual que se ha incrementado la expectativa de vida al nacer. Entre los países que tienen estas características poblacionales se

encuentran: Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela (ver cuadro N° 7 y gráfico N° 3).

**Cuadro N° 7:** Distribución de Población Adulta Mayor de América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Moderado (porcentaje). 2000, 2025 y 2050.

ENVEJECIMIENTO MODERADO	2000%	2025%	2050%
	8,9	13,2	23,3
BELICE	6,2	9,9	21,4
COLOMBIA	6,9	13,5	21,9
COSTA RICA	7,6	15,7	26,4
ECUADOR	6,9	12,6	22,6
EL SALVADOR	7,2	10,5	20,5
GUYANA	7,0	15,2	31
MÉXICO	6,9	13,5	25,1
PANAMÁ	7,9	14,1	22,3
PERÚ	7,1	12,4	21,9
REPÚBLICA DOMINICANA	6,6	12,9	22,0
VENEZUELA	6,6	13,2	22,1

Fuente: CELADE 2004, Capiello; 2005.



**Gráfico N° 3:** Representación de la Estructura de la Edad de la Población en la América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Moderado.

Fuente: Guzmán, 2005.

Con relación al envejecimiento moderado avanzado nos encontramos que la proporción de población se distribuye en población joven y en aquellos de 60 y más años,

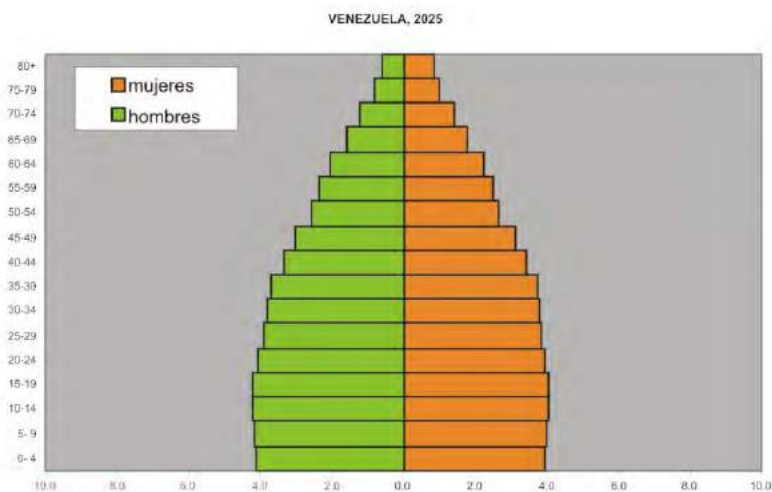
aumenta aún mas la esperanza de vida al nacer, disminuye aún más la tasa de natalidad y la de mortalidad. En esta situación se encuentran los siguientes países: Brasil,

Bahamas, Chile, Jamaica, Suriname, y Trinidad y Tobago.

**Cuadro N° 8:** Distribución de Población Adulta Mayor de América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Moderado Avanzado (porcentaje). 2000, 2025 y 2050.

ENVEJECIMIENTO MODERADO	2000%	2025%	2050%
		8,9	13,2
BELICE	6,2	9,9	21,4
COLOMBIA	6,9	13,5	21,9
COSTA RICA	7,6	15,7	26,4
ECUADOR	6,9	12,6	22,6
EL SALVADOR	7,2	10,5	20,5
GUYANA	7,0	15,2	31

**Fuente:** CELADE 2004, Capiello 2005.



**Gráfico N° 4:** Representación de la Estructura de la Edad de la Población en la América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Moderado Avanzado.

**Fuente:** Guzmán, 2005.



Un país tiene un envejecimiento avanzado cuando la proporción creciente de población adulta mayor se encuentra por encima del cincuenta por ciento lo que es señal del buen funcionamiento de las políticas públicas y actuaciones concernientes a la salud. No obstante, el éxito de éstas políticas implica la aparición de diferen-

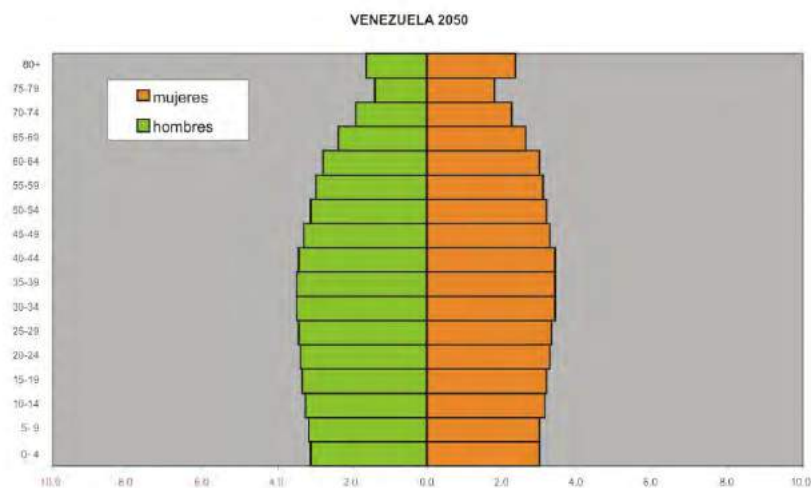
tes necesidades en los adultos mayores en cuanto a la prevención de enfermedades crónicas (cardiovasculares, respiratorias, mentales) y demanda de atención sanitaria. Esta distribución poblacional gráficamente se muestra homogénea con un incremento notable en la población que tiene entre 30 y 60 años, inclusive se observa un aumento

marcado en la población de 80 años y más que es consecuencia de las variaciones de los indicadores demográficos (OPS, 2000). En esta situación se encuentra las Antillas Neerlandesas, Argentina, Guadalupe, Barbados, Cuba, Martinico, Puerto Rico y Uruguay (ver cuadro N° 9).

**Cuadro N° 9:** Distribución de Población Envejecida de América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Avanzado (porcentajes). 2000, 2025 y 2050.

ENVEJECIMIENTO MODERADO	2000%	2025%	2050%
		8,9	13,2
BELICE	6,2	9,9	21,4
COLOMBIA	6,9	13,5	21,9
COSTA RICA	7,6	15,7	26,4
ECUADOR	6,9	12,6	22,6
EL SALVADOR	7,2	10,5	20,5
GUYANA	7,0	15,2	31
MÉXICO	6,9	13,5	25,1
PANAMÁ	7,9	14,1	22,3

Fuente: CELADE 2004, Capiello 2005.



**Gráfico N° 5:** Representación de la Estructura de la Edad de la Población en la América Latina y el Caribe. Países de Envejecimiento Avanzado.

Fuente: Guzmán. 2005

En Venezuela se ha observado un incremento progresivo de la población de 60 años y más, como consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad y de morta-

lidad, el incremento en la esperanza de vida a 72 años; esto se evidencia al observar las cifras referentes al número de personas adultas mayores para el año 2000 esta población

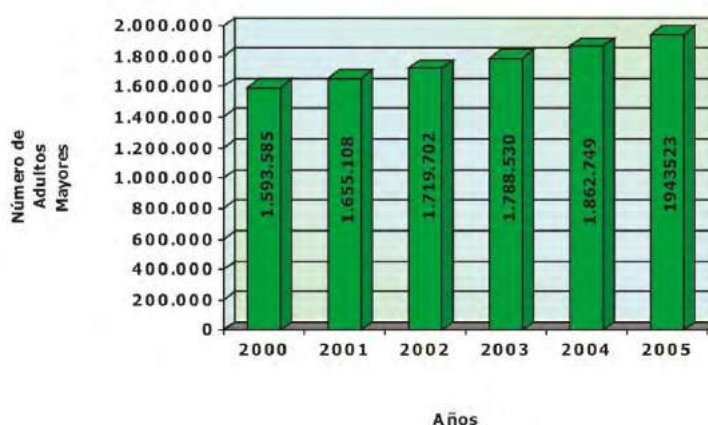
estaba constituida por 1.593.585 personas y para el 2005 en la proyección del INE es de 1.943.523 personas de 60 años y más (ver cuadro N° 10)

**Cuadro N° 10:** Proyección de la Población de Adultos Mayores por Sexo en Venezuela. Período: 2000-2010.

AÑO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
2000	1.593.585	736.676	856.909
2001	1.655.108	764.797	890.311
2002	1.719.702	794.413	925.289
2003	1.788.530	826.080	962.450
2004	1.862.749	860.351	1.002.398
2005	1.943.523	897.781	1.045.742
2006	2.031.185	938.611	1.092.574
2007	2.124.961	982.471	1.142.490
2008	2.224.350	1.029.001	1.195.349
2009	2.328.851	1.077.840	1.251.011
2010	2.437.962	1.128.626	1.309.336

Fuente: INAGER-INE, 2005.

**Venezuela. Proyección de la Población de Adultos Mayores por Sexo. Período 2000 - 2005**



**Gráfico N° 6:** Proyección de la población de adultos mayores por sexo en Venezuela Período 2000-2005.

Fuente: INAGER, 2005.

Es importante señalar que cada entidad federal de Venezuela tiene su propio crecimiento poblacional y este puede tener fluctuaciones con relación al general de la nación, por ejemplo el Distrito Federal

tiene una proporción de adultos mayores de 9,26 y Trujillo de 9,36 para el año 2005 (INAGER, INE) superando la proporción general de Venezuela que es para el año 2000 igual a 6,4 y que la proyección para

el 2010 que es de 8,5 (ver cuadro N° 11); lo que indica que ambos estados se encuentran en un proceso de envejecimiento moderado avanzado.

**Cuadro N° 11:** Porcentaje de Población de más de 60 años de Edad. América Latina. Años 1990-2050.

País	1990	2000	2010	2020	2030	2050
Argentina	13.1	13.7	15.1	17.2	19.3	25.9
Bolivia	5.4	5.7	6.4	7.9	10.0	17.6
Brasil	6.7	7.7	9.7	13.1	16.9	24.2
Chile	8.7	9.8	12.2	16.1	20.8	26.4
Colombia	6.0	6.7	8.7	12.6	18.0	25.5
Ecuador	5.5	6.0	7.4	10.1	13.7	22.4
Panamá	6.7	7.8	10.1	13.6	18.5	26.6
Paraguay	5.2	5.1	5.6	8.0	10.4	16.1
Perú	5.8	6.4	7.7	10.2	13.7	21.5
Uruguay	16.4	17.8	18.7	20.3	22.5	27.8
Venezuela	5.6	6.4	8.5	11.7	15.5	26.6

**Fuente:** Estimaciones del Banco Mundial.

**Cuadro N° 12:** Proyección de la Población de Adultos Mayores por Sexo y Grupos de Edades en Venezuela. 2005

Grupos de Edades	Total	100%
60 – 64	658.849	33,90
65 – 69	474.030	24,39
70 – 74	359.612	18,50
75 y más	451.032	23,21
TOTAL	1.943.523	100,00

**Fuente:** INAGER, 2005.

La población venezolana ha experimentado, y muy posiblemente seguirá experimentando, un significativo cambio en su dinámica demográfica que tendrá entre sus repercusiones un sostenido proceso de envejecimiento y aunque aun esta lejos de la situación europea, los cambios proyectados hacen impostergable el considerar a las personas mayores como un grupo importante para las políticas públicas; y será cada vez más difícil ignorarlas. Esto lleva a lo que parece ser “el problema”: los costos asociados, atribuidos al envejecimiento de la población.

En América Latina y el Caribe la población indígena representa aproximadamente un 10% (ver cuadro N° 13) mientras que la de origen africano bordea el 30%. Tras siglos de exclusión y negación, estos grupos son tratados como minorías siendo esto una de las principales causas de inequidad en salud. La exclusión ha permitido que los ancianos pertenecientes a estas culturas no sean favorecidos por las políticas sociales, a esto se suma el evidente deterioro de los recursos naturales y la pérdida o disminución de los territorios ancestrales, lo que ha modificado la calidad de vida en esta población. En varios países, los grandes proyectos de desarrollo tienen muchas veces

consecuencias negativas para las poblaciones indígenas. Las talas indiscriminadas de bosques, la extracción petrolífera o la construcción de embalses o represas han tenido para ellas y su entorno consecuencias devastadoras. Todo esto obliga al estado a desarrollar políticas dedicadas a estos grupos de forma que se respete y cultive su cultura, sin extraerlos de su ambiente para que se les otorguen los mismos beneficios en salud y en lo social que al resto de la población. Estas políticas deben estar dirigidas a todos los grupos etarios, de manera que se disminuya la mortalidad materno-infantil con el mejoramiento de la disponibilidad de los servicios básicos.

**Cuadro N° 13:** América Latina: Población Indígena Censada y Estimaciones por Países, década de 1990.

País	Censos y Estimaciones	Año	Población	%
Bolivia	Censo	1992	3.058.208	59.0
	Estim.	1992	5.600.000	81.2
Brasil	Estim.	1992	1.500.000	1.0
Colombia	Censo	1993	744.048	2.2
Chile	Censo	1992	998.385	10.3
Ecuador	Estim.	1992	3.800.000	35.3
Guatemala	Censo	1994	3.476.684	42.8
	Estim.	1992	4.600.000	49.9
Honduras	Censo	1988	48.789	1.3
México	Censo	1990	5.282.347	7.4
	Estim.	1992	10.900.000	12.6
Nicaragua	Censo	1995	67.010(c)	1.8
Panamá	Censo	1990	194.269	8.3
Paraguay	Censo	1992	29.482	0.7
Perú	Estim.	1992	9.000.000	40.2
Venezuela	Censo	1992	314.772	0.9

**Fuente:** CEPAL, 2000.

## 5. Avances para la atención dirigida al adulto mayor.

Es importante hacer políticas en términos de este trabajo de envejecimiento porque nos interroga desde la pobreza, la discriminación por edad, desde la dimensión social e incluso de la normativa legal, desde la feminización de la vejez y además desde la discriminación étnica. También se puede señalar que hay un espectro muy amplio de profundas desigualdades sociales que niega poder corregir las economías de mercado porque ellas mantienen altos índices de vulnerabilidad social, cuando se concentra la riqueza, bajos niveles educativos, limitados sistemas de salud, trabajo precario, débiles sistemas de cobertura de servicios y seguridad social (Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento, Chile, 2003).

A partir de la Asamblea Mundial en Madrid de 2002 se resolvió incluir un plan de políticas públicas y sociales enfocadas al estudio, y a la atención del envejecimiento y la vejez. La crítica situación de la América Latina hizo incorporar el derecho y la necesidad de que los gobiernos y la sociedad civil asuman el problema como una carga coyuntural y como parte del desarrollo social del nuevo milenio. Existe una contradicción entre una estructura demográfica que envejece aceleradamente en la América Latina no acorde con un precario desarrollo económico de la región lo que hace al asunto más problemático y complejo, se envejece con mayor pobreza y desprotección. (Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento, Chile, 2003).

Como acontecimiento histórico, político, en lo social y en lo cultural se planteó en esta Conferencia el problema en relación al desarrollo social y a la imagen del adulto mayor que debemos transformar para asumir los alcances que ella merece atendiendo al adulto mayor en la sociedad latinoamericana. La imagen que se tiene de las personas adultas mayores niega su reconocimiento como grupo vital en el desarrollo de las comunidades, tiene por tanto un carácter humano que debe reorientar a las sociedades latinoamericanas a construir el caudal his-

tórico cultural y social desde el cual la imagen del adulto mayor se muestre activa, sea en su vida cotidiana o en su rol social. Se busca superar la imagen del viejo postrado por la del viejo sabio e importante dentro de la comunidad, por ello los aspectos económicos sociales y culturales adquieren la relevancia requerida. Hasta ahora tratamiento se dirige a la condición social a la mayoría de los adultos mayores que se encuentran en alta vulnerabilidad social (pobreza, discapacidad, indigencia, e indígena). Combatir el prejuicio productivo que relega el adulto mayor al limitarse de un trabajo estable por motivos de edad. Se busca potenciar su integración económica para que recupere su autoestima e independencia. Y limitar ser una carga familiar e incluirlo en el mundo.

Con respecto a las mujeres mayores se busca trabajar la situación de pobreza que surge con la viudez y se agrava porque no cuenta con pensión, y en el caso de que las tenga estas son de escasa ayuda económica acentuando su dependencia a trabajos informales o a la ayuda de los hijos que condiciona una pésima imagen de la vejez.

Con respecto a la salud y la previsión social podemos anotar el temor a la muerte en circunstancias de malas condiciones de salud dada la baja calidad de vida que llevan los adultos mayores. La gerontología afirma que la vida más activa mejora las condiciones de vida.

Se estimula la creación y fortalecimiento de las organizaciones de y para los adultos mayores coordinando con acciones locales, nacionales e internacionales que permitan el ejercicio de sus derechos civiles y políticos.

El papel de los medios de comunicación en el diseño de políticas públicas tiene la responsabilidad de formar un modelo sobre el envejecimiento que integre y armonice al adulto mayor dentro de la comunidad y apoye la construcción de un paradigma social que supere el prejuicio de las barreras de la edad de 60 años y más.

En el entorno familiar de la cultura latinoamericana la desvinculación del adulto mayor de su medio aumenta el riesgo so-

cial, por lo que es necesario que la familia realice actividades con el abuelo dentro de ella, lo que ayuda tanto en la prevención de enfermedades, como en la recuperación, seguridad económica y social. Cuando se incorpora el adulto mayor a las actividades de su comunidad se fortalecen los vínculos intergeneracionales, se evita la institucionalización en unidades gerontológicas donde pernotan. Esto trae alto costo afectivo y económico tanto como para la familia, el adulto mayor como para el Estado. (Reunión Regional de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento, Chile, 2003).

Los requerimientos de cuidados especiales asociados a los más longevos necesitará que la familia cuente con apoyo externo de manera que puede mantenerlos en sus hogares y se piensa en otras alternativas institucionales a implementar, las cuales deben ser reguladas y fiscalizadas de modo de garantizar el respeto y la dignidad del adulto mayor.

Todo lo antes expuesto fomenta la empatía entre los actores sociales, la comunidad y el Estado y encausan la emancipación social que los adultos mayores necesitan en la América Latina y el Caribe.

En esta conferencia se hicieron una serie de recomendaciones entre las cuales se encuentran (Reunión Regional de la Sociedad Civil Sobre Envejecimiento, Chile, 2003):

1. Promover y respaldar las acciones de aquellas organizaciones que contribuyen en el fortalecimiento de un movimiento local, territorial nacional e internacional. Propiciar campañas locales y nacionales permanentes para que las personas mayores entre las organizaciones sociales de base.
2. Promover estudios e investigaciones en los adultos mayores que residan en el área rural y en las zonas indígenas, que identifiquen necesidades, expectativas y estrategias de sobrevivencia, eso va a dar insumos para los diseños de políticas y programas de acción que favorezcan a las personas mayores que residan en áreas rurales.
3. Respetar el derecho que tienen los adul-



tos mayores para representarse a sí mismos. Fomentar en ellos la participación activa en los consejos estatales, parroquiales y municipales.

Los compromisos incentivan la participación de las personas adultas mayores, el desarrollo de sus organizaciones que promueven su interacción en redes y espacios de alianza concertadas a nivel nacional, continental, orientados por el plan internacional sobre envejecimiento. Fortalecer la contraloría social formada por los adultos mayores, trabajar sobre la base de principios éticos y morales como única garantía de organizaciones sólidas democráticas y representativas. El otro compromiso que fue firmado con los medios de comunicación para dar a conocer tanto a los jóvenes como a los niños los deberes y derechos de las personas adultas mayores, para que tomen conciencia de la importancia del respeto y valoración. El tercer compromiso que se firmó fue coordinar acciones entre la sociedad civil y organismos del estado que propicie el diseño y la construcción de programas que beneficien la salud, el bienestar social y la alfabetización de los adultos mayores.

Otro tema discutido en primer lugar en la Conferencia intergubernamental mencionada, fue la salud y el envejecimiento, recomendándose a través de los medios de comunicación masivos promocionar estilos de vida sanos. En segundo lugar consideró a la violencia contra los adultos mayores incluyéndola como cuestión de salud y derechos humanos. Realizar estrategias de prevención y atención en situación de violencia hacia las personas mayores. Hacer investigaciones de temas de violación de derechos humanos y maltrato. Estimular las relaciones interinstitucionales para difundir estos datos, revisión y formación de leyes y capacitación de profesionales que deben intervenir en caso de maltrato. Dotar los centros de salud con una infraestructura adecuada y suministro de medicamentos entregados de forma gratuita o a bajo costo.

El otro tema que se trató fue la seguridad, ingreso, pobreza y vejez, en este sentido se recomendó a los estados que garanticen un

ingreso económico mínimo y digno a las personas adultas mayores como un derecho humano fundamental, dar cobertura de seguridad social e incluirlos en programas de pensión no contributivas asegurando la integración de los adultos mayores que es pobre y vulnerable.

## 6. Conclusiones y recomendaciones

El envejecimiento es parte de la secuencia del desarrollo del ciclo vital que va desde su inicio hasta su culminación, y que tiene lugar en todos los sujetos. Este proceso es el resultado de la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular, conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, sensorio-perceptivas, personalidad y conducta, y las modificaciones del medio externo que le rodea a la persona, o del contexto social que a su vez está influido por los efectos psicológicos del envejecimiento y las experiencias colectivas e individuales. La interacción entre estos aspectos puede hacer de la vejez una etapa placentera o bien una etapa de rechazo a la vida, según haya sido el pasado del individuo y la forma como éste acepte al proceso de envejecer.

Las definiciones de vejez no son equivalentes en las distintas áreas tales como en biología, psicología, sociología, demografía, de empleo y jubilación, siendo esto lo que hace tan complejo su estudio.

La importancia de los cambios que ocurren en el adulto mayor depende de la valoración que individualmente se le otorgue, y estas no se manifiestan únicamente en el inicio de la transformación física sino durante todo el proceso. En esta circunstancia acontecimientos inesperados pueden modificar radicalmente la forma de vida del individuo.

En las sociedades modernas tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo en América Latina y el Caribe a excepción de Haití se ha observado una tendencia clara de la población a envejecer. Esta tendencia a envejecer de las poblaciones se debe:

1. Al aumento de la esperanza de vida a

consecuencia de la implementación y ejecución de políticas públicas.

2. Disminución de la tasa de natalidad que se explica por la posibilidad efectiva de controlarla a través de los anticonceptivos, los costos asociados a los hijos y los recursos de tiempo y energía que requiere cada nuevo hijo.

3. Descenso de la tasa de mortalidad derivado del desarrollo científico, avances en la lucha contra las enfermedades y a la puesta en práctica de las medidas higienistas y de políticas públicas.

La transición demográfica en los países en vías de desarrollo no fue acompañada del crecimiento económico lo que implica un desequilibrio grave y problemas sociales como pobreza y hambre. Esta situación exige al Estado, a la familia, y a los centros de salud, el desarrollo de las políticas necesarias para cubrir a las nuevas necesidades de la población, para lo que se realizan tres conjuntos de recomendaciones inherentes al desarrollo de una futura política pública dirigida al adulto mayor:

1. En el ámbito social: desde el punto de vista de política social transversal se busca promover al adulto mayor mejorando la calidad y aumentando la cantidad de servicios sociales que cubran sus necesidades. Establecer mesas de diálogo y cooperación con el estado y entes privados para que den continuidad laboral, ingresos dignos, empleo y autoempleo según las realidades locales, culturales y de la etnia.

Así mismo se debe garantizar la transición de la vida activa a un régimen de actividad en forma progresiva, retiro voluntario del ambiente social y que la edad de admisión a jubilación y a la prestación de la vejez sea flexible. (Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, Chile, 2003)

Deben implementarse una política social que promueva el envejecimiento activo, requiriéndose para esto el compromiso de los individuos, la comunidad y el Estado. Las organizaciones dedicadas a la atención

de los adultos mayores deberán establecer alianzas y desarrollarán programas que promuevan una variedad de actividades físicas y culturales para satisfacer las necesidades diversas de la población de 60 años y más. Los gobiernos locales, los centros de salud, así como los distintos programas sociales y culturales deben promover el envejecimiento activo en sus comunidades (OPS, 2002).

Desde la perspectiva social es esencial reconocer la vinculación entre el envejecimiento y las relaciones de género, que tienen un gran impacto demográfico, ya que como se mencionó en el texto en nuestra población se ha desarrollado el fenómeno de la feminización de la tercera edad (que tiene como base el mayor número de mujeres que de hombres a estas edades), y como la seguridad económica y el ejercicio de derecho de la vejez están asociados únicamente a la participación laboral, y considerando que en nuestra historia social sobre la mujer a recaído la responsabilidad a nivel familiar y del hogar exclusivamente, dicha situación discrimina a las mujeres, debido a que los montos de las pensiones que reciben por viudez son menores a las que recibían sus esposos e insuficientes para una vida digna. La cobertura provisional en las mujeres es menor que la de los hombres, y los sistemas provisionales excluyen a quienes se dedican exclusivamente al trabajo productivo, es decir al trabajo doméstico y les deja a expensas de recibir una pensión de viudez o asistencial cuando estas existen (Rico, N., 2003).

Para cambiar la situación antes expuesta se recomienda recuperar una visión de seguridad social basada en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, así como también la modificación de los requisitos para el acceso a los sistemas de pensiones y el desarrollo de mecanismos para asegurar la conciliación de los principios de derecho y no discriminación para la viabilidad financiera. (Rico, N., 2003)

2. En el ámbito de la salud: los adultos mayores padecen en su mayoría de diversas enfermedades tales como trastornos neurodegenerativos, alteraciones cardiovasculares, alteraciones reumáticas y óseas, entre

otras enfermedades crónicas que alteran la calidad de vida del anciano y dificultan aún más su paso por esta etapa de la vida, por eso las políticas en salud deben estar dirigidas al mejoramiento y fortalecimiento de los servicios que atienden a las principales causas de morbilidad de nuestros ancianos y a la creación de nuevos planes de atención con mayor cobertura que aseguren la inclusión de todos los adultos mayores de nuestra región, sin distinción de sexo, condición socioeconómica ni étnica. Por ello se debe desarrollar un modelo de atención en salud que responda a la diversidad y complejidad de los problemas de salud de las personas adultas mayores, definiendo metas tanto a nivel de prevención, como de mejoramiento de calidad de vida y curación. Reorientar los servicios de atención primaria para la población de la tercera edad con un enfoque integral y coordinado de promoción, prevención, atención y rehabilitación comunitaria.

Para el buen desarrollo del sistema de salud en el área de atención al anciano es necesaria la sensibilización para la atención preferencial a las personas adultas mayores con la formación de profesionales en geriatría y gerontología, o bien la educación del personal de salud en temas sobre el proceso de envejecimiento, capacitándolos para la atención adecuada de nuestra población de adultos mayores.

Debe realizarse la descentralización de los servicios de salud mediante la creación de servicios de geriatría en los hospitales nacionales, regionales y clínicas. Además se deben desarrollar programas de nutrición y seguridad alimentaria para los adultos mayores en pobreza, de forma de mantener su calidad de vida, y evitar co-morbilidad.

También debe integrarse la atención en salud a la participación social creando la infraestructura adecuada, asegurando que cada anciano tenga un sitio seguro para vivir que posea los servicios básicos requeridos, donde reciba alimentación adecuada y mantenga relaciones interpersonales que le faciliten la adaptación al proceso de envejecimiento.

Ha de revalorizarse el papel de la familia y sus contribuciones al proceso de desarrollo y dentro de ella las funciones que cumplen los adultos mayores, de forma que se acreciente la interacción cooperativa entre los miembros del grupo familiar y que tenga cabida una saludable solidaridad intergeneracional, a los efectos de cumplir con las funciones de sociabilidad, socialización y las de carácter socioeconómico que la familia debe cumplir. Si el anciano por distintas causas no puede permanecer en el hogar de su familia o ésta por escasos recursos no puede sostenerlo, o bien si este sujeto no tiene familiares cercanos reconocidos, será el Estado el que asumirá la responsabilidad de brindarle a los ancianos un sitio seguro donde vivir, que cumpla con las respectivas normas de habitación y acreditación para centros de atención a personas mayores, en el cual se les trate con respeto, afecto y dignidad. Sin embargo, la intención nunca puede ser el aislamiento del anciano, el de encerrarlo en un lugar donde no moleste a nadie, se deben crear actividades recreativas para que el anciano mantenga su rol en la sociedad y en caso de que el abuelo tenga familia se deberán hacer reencuentros de forma que el anciano siga con su rol también dentro de la familia. En este sentido también deben desarrollarse campañas de sensibilización para establecer vínculos intergeneracionales en el ámbito familiar y comunitario.

3. En el ámbito individual: respecto al adulto mayor como ser individual a los efectos de mantener su bienestar físico, orgánico, social y psicológico se incorporan las siguientes recomendaciones importantes de ser difundidas:

a. Mantenerse activo físicamente: ejercitarse, caminar diariamente, lo que mantiene una buena masa muscular, ayuda al fortalecimiento del sistema cardiovascular, y evita la aparición de osteoporosis, también disminuye la acumulación de tejido adiposo (obesidad), reduce el colesterol y triglicéridos, favorece el bienestar psicológico ya que estimula la secreción de endorfinas, y mejora la capacidad funcional, la fuerza y la flexibilidad.

b. Mantener una adecuada actividad tanto intelectual como en el ámbito artístico. Esto puede evitar la demencia más común, como es Alzheimer.

c. En la esfera social es importante no aislarse, mantener los contactos y ser útil para otros.

d. Aceptar el nuevo rol como adulto mayor y hacer una preparación para la muerte.

e. Mantener una dieta saludable aumentando el consumo de las frutas, verduras y pescados, y disminuyendo el consumo de grasas y carnes rojas. Este tipo de dieta es rica en antioxidantes como vitamina C, E y betacarotenos.

## Referencias

1. CAPIELLO, ARGENIS. 2005. "ALGUNOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE". II JORNADAS INTERNACIONALES DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. CARACAS, VENEZUELA. CONFERENCIA.
2. CEPAL. 2000. "SITUACIÓN DE INDÍGENAS Y AFROAMERICANOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE". [HTTP://WWW.ECLAC.CL/CGIBIN/GETPROD.ASP?XML=/PRENSA/NOTICIAS/COMUNICADOS/7/77/P77.XML&XSL=/PRENSA/TPL/P6F.XSL](http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/77/P77.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl) . REVISADO EL 28 DE AGOSTO DE 2005
3. CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL DEL ENVEJECIMIENTO. 2003. SIN REFERENCIA DE AUTOR. DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE CHILE. SANTIAGO DE CHILE.
4. REUNIÓN REGIONAL DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE ENVEJECIMIENTO. 2003. SIN REFERENCIA DE AUTOR. DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE CHILE. SANTIAGO DE CHILE.
5. DI GIGLIO, GRACIELA. 2002 "ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO. LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ". FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE FLORES. ARGENTINA. [HTTP://WWW.UFLO.EDU.AR/ACADEMICA/PSICOLOGIA/PUBLIC\\_5.HTM](http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologia/public_5.htm) REVISADO 10 DE AGOSTO DE 2005.
6. GUZMÁN JOSÉ MIGUEL. 2005. "INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO: VENEZUELA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO". CARACAS, VENEZUELA.
7. HOYL, T Y PEDEMONTÉ, J. "APUNTE 11: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE". 2004. [HTTP://ESCUELA.MED.PUC.CL/PAGINAS/CURSOS/SERVICIO/MEB203B/PROGRAMACLASES-ENFERMERIA/APUNTE11.DOC](http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/servicio/MEB203B/PROGRAMACLASES-ENFERMERIA/APUNTE11.DOC). REVISADO 12 DE AGOSTO DE 2005.
8. MISHARA, B Y RIEDEL, R. 2000. "EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO". EDITORIAL MORATA. TERCERA EDICIÓN. MADRID, ESPAÑA.
9. MORAGAS RICARDO. 1991. "GERONTOLOGÍA SOCIAL: ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA". EDITORIAL HERDER. BARCELONA, ESPAÑA.
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. "GUÍA REGIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA: ACTIVIDAD FÍSICA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO". WASHINGTON. [HTTP://WWW.ENVEJECIMIENTO.GOV.CO/PROMOVER.PDF](http://www.envejecimiento.gov.co/promover.pdf). REVISADO 28 DE AGOSTO DE 2005.
11. ORTIZ DE LA HUERTA, DOLORES. 2005. "ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO", SIN REFERENCIA. [HTTP://WWW.FACMED.UNAM.MX/DEPTOS/SALUD/ASPECTOS.HTM](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm). REVISADO 10 DE AGOSTO DE 2005.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. "LAS FUERZAS MOTRICES DE LAS TENDENCIAS ACTUALES DE LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE. LA SALUD Y EL AMBIENTE EN EL DESARROLLO SOSTENIBLE". PUBLICACIÓN CIENTÍFICA N°572. WASHINGTON.
13. PULIDO, MARIA EUGENIA. 2005 "ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD". MÉXICO. 2003 [HTTP://WWW.HOMEOPATIA.COM.MX/MEMORIAS2003/ENVEJECIMIENTOYLONGEVIDADA.HTM](http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/envejecimientoylongevidada.htm). REVISADO EL 10 DE AGOSTO DE 2005.
14. RICO, NIEVES. 2003. "LOS SISTEMAS DE PENSIONES Y SUS DEUDAS CON LA EQUIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES". UNIDAD MUJER Y DESARROLLO. CEPAL. CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO. SANTIAGO DE CHILE.
15. SALAS, A Y OTROS. "LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES". SALUD Y EQUIDAD: UNA MIRADA DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES. EDITORIAL FIOCUZ. 2000
16. "SOCIOLOGÍA DE LA VEJEZ", SIN REFERENCIA. [HTTP://WWW.COMUNIDADMAYOR.COM/GERONTOL/SOCIO\\_TEOFIAS.ASP](http://www.comunidadmayor.com/gerontol/socio_teorias.asp). REVISADO EL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2005.
17. TREJO, FERNANDO. 2002. "HACIA UNA ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE ACCIÓN MADRID 2002". DECLARACIÓN DE COSTA RICA. CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO.