

2021

DECIMA EDICIÓN



REVISTA GEROCIENCIA

Revista electrónica de gerontología (educación, social, gerencia, salud, ciencia y tecnología)

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

Año V Vol II Nº 10. Julio a Diciembre 2021

Depósito legal. FA2017000074

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Comité Editor

Dra. Sandra Quintero (UNEFM)

Lcda. Belen Cásares (UNEFM)

Lcda. Josefingre Rujano (UNEFM)

Comité Redacción

Lcda. Maroly Quevedo MSc (UNEFM-Venezuela)

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Dra. Esther Áñez (UNEFM-Venezuela)

Lcda. Josefingre Rujano (UNEFM-Venezuela)

Consejo Asesores

Dr. Jairo Villasmil (UNEFM-Venezuela)

Dra Gioconda Acosta (UNEFM-Venezuela)

Comité Memoria

Lcda. Belen Cásares (UNEFM-Venezuela)

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Árbitros colaboradores

Dra. PhD. Nerys Ortega (Univ Carabobo Venezuela)

Dra. Maribel Osorio (UCV- Venezuela)

Dra Miriam Bazán (Univ. ALAS Peruana-Perú)

Dra. Claudia Mendoza (Univ.Aut. Tlaxcala-México)

Mg. Sergio Flores (Univ. del Valle de Toluca-México)

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Dra. Marissa Zazzetta (Univ Fed. San Carlos-Brasil)

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Master. Laura Salatino (Maimonides-Argentina)

Mag. Yéis Borré (Univ. Met. Barranquilla-Colombia)

Master. Juleiky García Beraciertto (Univ. Met. Quito Ecuador)

Mg. Katiuska Sangronis (UNEFM-Univ Kléber Ramírez Venezuela)

Diseñador de portada

Lcda. Yadira González

CONTENIDO

	Pág.
Editorial de la Revista	4
Filosofía de la Revista	7
Adscripción	9
Artículos	10
Normas editoriales	158
Planilla de arbitraje	164
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	166
Resumen técnico de comité	168
Resumen técnico de árbitros	170
Resumen técnico de autores	174
Índice de artículos	

EDITORIAL DE LA REVISTA

Este cierre del año 2021 es para la Revista GeroCiencia una oportunidad para el encuentro con la diversidad de experiencias de investigación en el campo de la Gerontología pues la forma de actuar de los investigadores se ha diversificado en esta ciencia, es por eso que, esta X Edición compila varias experiencias de investigadores de la Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad Autónoma de Tlaxcala ambas de México y Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda de Venezuela, estas experiencias hacen que esta edición sea presentada de forma especial pues se tributa hacia la comprensión de diversos escenarios del quehacer gerontológico.

Es preciso destacar que la Revista GeroCiencia recibe y evalúa junto con su equipo de árbitros como especialistas en diversas áreas del saber (gerontólogos, psicólogos, médicos, educadores, enfermeros, trabajadores sociales, comunicadores sociales entre otros) que apuestan por la Gerontología en el ámbito educativo, social, salud, gerencia, cultural, espiritual, antropológico y tecnológico. Cada artículo enviado con la intención de formar parte de esta Revista deben ser revisados en atención a las problemáticas y necesidades de la población adulta mayor a nivel regional, nacional e internacional, se califican en base a su pertinencia y aporte para su publicación.

Como lo hemos referimos en cada edición, GeroCiencia está abierta a todas las corrientes de pensamiento que abordan la vejez, el envejecimiento y el adulto mayor como ser biopsicosocial, cultural y espiritual, a favor de una cultura de conocimiento integral y humanista en la sociedad actual. Por eso, vale resaltar que, una de las políticas de la Revista es que, lo expresado por cada autor es responsabilidad de los mismos siempre que no interfiera con el propósito de ésta.

La Revista GeroCiencia se presenta de forma digital para llegar hasta lugares remotos donde sea interés su aporte, y con ello se garantiza una mayor difusión y divulgación, por esta razón, el comité editor está permanentemente comprometido con la vigencia y continuidad de la misma, estimulando en cada edición la oportunidad para la lectura sin distinción de edad y género.

Esta X edición, presenta variados temas de interés actual, siendo enviados por investigadores de la Universidad Autónoma de Chiapas. Facultad de Humanidades en México los cuales son: **Y A MÍ ¿QUIÉN ME CUIDA?: EXPERIENCIAS DE UNA CUIDADORA PRIMARIA** realizado por Díaz, A. Dennise con una historia de vida que constituye un relato de experiencias, dificultades, causas y consecuencias de la invisibilidad concluyendo que la inclusión de la perspectiva de género en el ser, saber y hacer cuidado es urgente en México. Sigue el artículo **“LA PRECARIZACIÓN DE LA VEJEZ” Como condicionante de la vulnerabilidad de las personas adultas mayores ante el Covid-19**, aquí el investigador Miranda Videgaray Carlos presenta una reflexión desde una mirada antropológica, sobre las implicaciones que tienen para las personas adultas mayores, el Covid-19 y las medidas de prevención tomadas para evitar su propagación y contagio.

Seguido esta el artículo titulado **Consecuencias del analfabetismo en PAMS del club los Tulipanes del INAPAM de Tuxtla Gtz. Chiapas. El beneficio de las actividades lúdicas como método de alfabetización de LEG. Alegría Víctor en el cual** aborda el tema de analfabetismo en personas adultas mayores (PAMS) siendo un tema relevante de acuerdo a la encuesta intercensal (INEGI, 2015).

También se presenta el artículo de Rodas, Alejandra y Soto, Alejandra titulado **“EL SÍNDROME DE DOWN Y SU RELACIÓN CON EL ALZHEIMER: UNA EXIGENCIA PARA LA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA”** presenta la experiencia de intervención gerontológica en personas adultas con síndrome de Down como una alternativa factible, oportuna y eficaz para la mejora de las capacidades cognitivas. De igual manera se tiene el artículo titulado **KOLI DESARROLLO HUMANO: Un modelo multidisciplinario de atención gerontologica, en Tuxtla Gutierrez, Chiapas** realizado por Griselda Lizeth Pérez Zavala y el Dr. José de Jesus Almanza Muñoz donde describe la atención gerontológica aplicando el Modelo Koli proporcionando servicios gerontológicos de excelencia aunados al desarrollo de educación e investigación.

Otro artículo lo aporta Jiménez Raúl, Claudia Mendoza y Montalvo Ramos en esta oportunidad de la Universidad Autónoma de Tlaxcala titulado **ME QUIERO IR,**

PERO NO SÉ QUÉ HACER. Jubilación de profesores e investigadores universitarios en México donde dan a conocer los resultados de un análisis documental que identifica por una parte las políticas públicas nacionales. Y se finaliza con el artículo de García Zaida Josefina titulado **ATENCIÓN INTEGRAL AL ANCIANO UNA EXPERIENCIA EN EL MUNICIPIO MIRANDA DEL ESTADO FALCÓN** donde muestra una experiencia gerontológica que permite brindar atención integral a los adultos mayores del municipio Miranda del estado Falcón y su familia.

Desde GeroCiencia agradecemos a los autores, árbitros y equipo de trabajo por este volumen quienes confiados en la Revista han puesto de su tiempo para hacer posible esta nueva edición.

Sandra, B; Quintero, R
Director-Editor

FILOSOFÍA DE LA REVISTA

Reseña.

El Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda fue creado el 04 de julio de 1984 en la gaceta oficial N° 24, con la carrera de Técnico Superior Universitario en Gerontología posteriormente el 05 de mayo de 2006 se aprueba la licenciatura en Gerontología en la Gaceta Oficial N° 38.508 ambas constituyen el marco referencial de la formación de un profesional integral con competencias de educador gerontológico, gerente social planificador, investigador y coordinador de servicios gerontológico.

Desde sus inicios este Programa académico se ha dado la tarea de consolidar una imagen del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento bajo la óptica de la proactividad a favor de la inclusión, la interdisciplinariedad con otras ciencias, la integración activa tanto con las familias como las comunidades; pero sobre todo, el abordaje integrado de la persona envejecida y envejeciente en su propio contexto.

Descripción de la Revista GeroCiencia.

La Revista GeroCiencia constituye un medio de difusión de los estudios en el ámbito gerontológico a fin de proporcionar una base teórico-social que sirve de referente al desarrollo nuevas maneras de afrontar la vejez y el envejecimiento en pro de políticas, programas y proyectos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales de la población adulta mayor.

Este espacio contribuye además con la consolidación de la integración entre la docencia, investigación y extensión en el campo de la ciencia gerontológica, pero también de modo particular, en la inclusión de conocimientos de otras ciencias en el ámbito educativo, social, gerencial, de salud, comunicacional, tecnológico entre otros, para la comprensión del tema adulto mayor, vejez y envejecimiento a nivel personal, social e institucional en el país y el mundo.

Objetivo.

La Revista GeroCiencia está encaminada a sumar esfuerzos en el ámbito de educación, social, educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología para mostrar el conocimiento contextualizado de las investigaciones y/o experiencias en diversas áreas que tienen que ver con el adulto mayor, la vejez y el envejecimiento, de acuerdo con las problemáticas y necesidades de esta población en el ámbito regional, nacional e internacional.

Misión.

La Revista GeroCiencia, tiene como misión difundir los artículos, reportes, experiencias, productos de las investigaciones y/o revisiones documentales de orden gerontológico, educativo, social, gerencial, humanístico, tecnológico y de salud a tono con la dinámica del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento. Dichos aportes están orientados a contribuir con las áreas o contextos:

- Gerontológico.
- Educativo.
- Demográfico.
- Artístico.
- Biológico.
- Psicológico.
- Social y comunitario.
- Salud.
- Gerencial.
- Metodológico.
- Tecnológico.
- Cultural.
- Antropológico.

Visión.

La Revista GeroCiencia pretende ser el medio de promoción de espacios de participación colectiva de carácter multi, inter y transdisciplinar en razón de la construcción de contextos teóricos actualizados que colinden con la visión integral de la vejez, el envejecimiento, el adulto mayor y el envejeciente. Cuyos aportes sean la referencia teórico-constructiva y contextualizada en el área gerontológica.

ADSCRIPCIÓN

La Revista GeroCiencia está adscrita a la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER que tiene dependencia del: Programa de Gerontología, el Instituto de Investigación del Área Ciencias de la Salud de la UNEFM y a su vez, al Decanato de Investigación, se rige por las líneas de investigación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.

Y A MÍ ¿QUIÉN ME CUIDA?: EXPERIENCIAS DE UNA CUIDADORA PRIMARIA

Díaz Pedroza Araceli Dennise

dennise_diazpedroza@hotmail.com

Universidad Autónoma de Chiapas. Facultad de Humanidades, Campus VI. México.

RESUMEN

Los cuidados son acciones que generan de manera sostenida el bienestar físico y emocional de las personas. Una labor esencial que, desde una óptica desigual y estereotipada, ha recaído principalmente en los hogares y desempeñada de manera no remunerada por mujeres. A pesar de su importancia para el sostenimiento de la vida, este trabajo sigue preexistiendo de manera invisibilizada en México, permitiendo que la trayectoria de cuidados de muchas mujeres sea precaria y subestimada. La metodología abordada fue una historia de vida apoyada en la entrevista. Utilizando una guía de entrevista para recoger la información de una persona mayor cuidadora primaria, cuyo resultado fue el relato de experiencias, dificultades, causas y consecuencias de la invisibilidad de los procesos antes mencionados, concluyendo que la inclusión de la perspectiva de género en el ser, saber y hacer cuidado es urgente en México.

Palabras clave: Cuidado, Mujer, Vejez, Género.

WHO CARES FOR ME?: EXPERIENCES OF A PRIMARY CAREGIVER.

ABSTRACT

Cares are actions that sustainably generate people's physical and emotional well-being. An essential work that, from an unequal and stereotyped perspective, has fallen mainly in the home and carried out in an unpaid way by women. Despite its importance for sustaining life, this work continues to exist in an invisible way in Mexico, allowing the caregiving trajectory of many women to be precarious and underestimated. The methodology approached was a life story supported by the interview. Using an interview guide to collect information from an elderly primary caregiver, the result of which was the report of experiences, difficulties, causes and consequences of the invisibility of the aforementioned processes, concluding that the inclusion of the gender perspective in being Knowing and doing care is urgent in Mexico.

Keywords: care, woman, oldage, gender.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objetivo brindar un espacio para recuperar la experiencia de una persona mayor cuidadora primaria, entrevistando con ello la inequidad de género al interior de un hogar donde es la mujer quien ejerce una labor invisible y demandante dentro de un contexto de comorbilidades, edad avanzada y condiciones económicas precarias.

En un sentido concreto, al hablar de cuidados se hace referencia a la acción de asistir y/o ayudar, lo que implica un apoyo sostenido de manera individual o colectiva con el propósito de incrementar el bienestar físico y/o emocional de la(s) persona(s) receptora(s). Sin embargo, a lo largo de la historia diversas sociedades occidentales han re-producido estereotipos de género, mismos que han colocado a esta actividad como fundamentalmente femenina. Por esta razón, en México, el cuidado en su sentido más amplio, se encuentra altamente feminizado y generalmente se enmarca en escenarios desvalorizados y no reconocidos, aunando a lo anterior, la no remuneración económica que coadyuva a profundas desigualdades estructurales en la trayectoria de cuidados de muchas mujeres mexicanas.

La importancia del tema radica en el aumento de la demanda del cuidado solicitado, teniendo en cuenta dos factores preponderantes: el cambio demográfico y la modificación en la estructura familiar. El primer factor se relaciona con el aumento en la esperanza de vida, producto de una disminución significativa en las tasas de mortalidad y fecundidad que han originado el aumento en la longevidad y con ello la prevalencia de más personas mayores que demandan atención intermitente o de manera permanente; el segundo factor hace alusión al cambio de la familia extensa en convivencia de dos o hasta tres generaciones, para dar paso a familias nucleares o monoparentales, en las que la mujer en muchos casos asume el rol de ama de casa, jefa del hogar y cuidadora, tareas que son llevadas a cabo en condiciones inferiores a la de los hombres.

De esta manera, la mujer sobrerrepresentada a través del rol de cuidadora se posiciona de manera inequitativa al interior del hogar como el sustento de miembros de diversas generaciones; desde la perspectiva de curso de vida se retoma lo

expuesto por Elder (2003, citado en Blanco, 2011) quien documenta diferencias entre las trayectorias vitales femeninas y masculinas, hablando de “roles domésticos” en el interior del hogar, así como de los roles tradicionales asignados a las mujeres como esposas, madres, amas de casa y cuidadoras en detrimento de la posibilidad de acceso a otras opciones en la vida.

Derivado del acercamiento a una cuidadora primaria mayor, se proyecta este artículo con la necesidad de poner la experiencia en palabras y recrear una serie de acontecimientos que más que responder a un orden cronológico y objetivo, responden a un entramado subjetivo que da cuenta de la configuración particular y compleja del género en los cuidados, misma que evidencia entre sus palabras la necesidad de incorporar el enfoque de género para el completo reconocimiento de una labor ardua y entregada.

DESARROLLO

Aspectos teóricos generales

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2020), en los asuntos que importan: el envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral, financiero, la demanda de bienes-servicios (viviendas, transportes, protección social, etc.), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

De este modo, se vuelve emergente plasmar la configuración del envejecimiento en México, que de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el número de personas de 60 años y más que reside en México es de 15.4 millones, lo que representa el 12.3% de la población total.

Por ejemplo, en el 2018, el INMUJERES recalcó que en el año 2017, el 10.5% de la población total (12.9 millones) eran personas adultas mayores, de las cuales 53.9% eran mujeres y 46.1% hombres. Estimándose que para el año 2050 habrá 150 millones de personas en el país, siendo la población adulta mayor el 21.4%; de ellas,

en donde 56.1% serán mujeres. La variable género se torna por consiguiente crucial para hablar de un colectivo que crece aceleradamente (a pesar de un mayor nacimiento de hombres, son las mujeres quienes llegan a edades más avanzadas), pero que sigue permaneciendo bajo las sombras de sociedades capitalistas, neoliberales y androcéntricas que han reproducido visiones hegemónicas de un cuerpo masculino-joven como máquina de bienes, salud, independencia y vida:

Así, el conocimiento que se erige como principal logro humano y como visión universal y objetiva del mundo, expresa el punto de vista que las feministas llamamos “androcéntrico”: el del varón adulto, blanco, propietario, capaz. Las propias instituciones que estos varones crean, legitiman y justifican la falta de condiciones indispensables del resto de los sujetos para participar en ellas: nos niegan racionalidad, capacidad lógica, abstracción, universalización, objetividad, y nos atribuyen condiciones a las que les restan cualquier valor epistémico: subjetividad, sensibilidad, singularidad, narratividad (Maffía, 2007, p.65).

La prisión de lo informal y lo no remunerado

Las condiciones de desigualdad desde múltiples aristas entre mujeres y hombres a lo largo de las diferentes etapas de la vida, se perpetúan y son expresadas de manera aún más latente pasados los 60 años de edad:

El estudio de la situación de la mujer en nuestra sociedad capitalista: su explotación y opresión económica, su aislamiento social, su uso como objeto sexual y su discriminación política son problemas que se enmarcan definitivamente dentro de las Ciencias Sociales. La igualdad de la mujer y el hombre en la sociedad no puede ser conquistada solamente a través de movimientos que plantean la mayor de las veces reivindicaciones exclusivamente centradas en aspectos fraccionarios de la condición humana de las mujeres; sino debe enfocarse como parte integrante de una lucha global contra la totalidad de un sistema social básicamente injusto y opresivo. Es decir que la opresión y la explotación de la mujer son consecuencia importante de la base estructural de nuestra sociedad; su origen, desarrollo y solución están ligados, por lo tanto, a la propia dinámica del sistema económico social en que vivimos y a la posición de lucha que adoptemos (Olivera, 2019, p190).

De este modo, mientras la mitad de los hombres realiza alguna actividad económica, solo el 19.4% de las mujeres lo hace, de acuerdo con cifras del INMUJERES (2018); por el contrario, un 60% de ellas realizan trabajos domésticos a diferencia del 6.4% de ellos; siendo esta participación directamente vinculada con un trabajo dentro del seno familiar, trabajo que no es reconocido, ni mucho menos remunerado.

En ambos casos, el porcentaje de personas mayores que cuenta con acceso a una jubilación o pensión, continúa siendo bajo, sin embargo, el porcentaje que representan las mujeres es evidentemente aún menor, lo que las sitúa en condiciones de mayor dependencia y vulnerabilidad. De esta manera, la cantidad de años se acompaña de un número precario de ingresos, presentándose múltiples factores que no pueden seguir invisibilizados, de acuerdo con Barrantes (2006):

-Trabajo: En la mayoría de las sociedades latinoamericanas el trabajo remunerado de las mujeres concluye alrededor de los 60 o 65 años; sin embargo, la mayoría trabaja hasta que muere, hecho no reconocido por las estadísticas laborales. A esta edad son mayormente responsables de las tareas domésticas en el hogar y, en algunas ocasiones, se encargan del cónyuge (en caso de seguir con vida) en igual o peores condiciones que ellas.

-Protección social: Las mujeres tienen menos acceso a ésta, lo que repercute negativa y seriamente en la vejez. Ello se debe a que, en los países en desarrollo, su trabajo está concentrado en los sectores informales y de servicios.

-Responsabilidades de atención a la familia: Es parte del trabajo invisible (doméstico) que realizan las mujeres (el cuidado del cónyuge enfermo, los niños/as, nietos/as, etc.) situación que puede tener consecuencias graves en su calidad de vida.

-Salud mental: La soledad o la dependencia de otros miembros de la familia también afecta a las mujeres mayores. Hay que tomar en cuenta siempre los efectos acumulativos, ya que, desde su juventud, han estado

expuestas a la violencia de género, al trabajo no remunerado y a la discriminación en diversas áreas.

Así, hablar de vejez y cuidados debe representar sin duda hablar de género. Un reconocimiento máximo que nos incita al análisis y reflexión sobre las múltiples narrativas silenciadas de mujeres que atravesaron y/o atraviesan un curso de vida cargado de trayectorias de discriminación, precarización y trabajos con poco o nulo reconocimiento monetario que posibiliten el disfrute y la calidad de su vida.

METODOLOGÍA

Se exponen las principales coordenadas metodológicas que centran todas las enunciaciones a lo largo del presente trabajo. Partiendo de la historia de vida de una persona mayor cuidadora primaria como referente primordial, se desarrollan las categorías de cuidado, género y feminización que, analizadas de manera articulada, permiten profundizar en lo que se ha decidido denominar “*Y a mí ¿quién me cuida?*”. Se aborda la ruta metodológica que se construyó con la finalidad de exponer las múltiples experiencias de una cuidadora adulta mayor en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Citando a Gurdían (2007) es importante la investigación social cualitativa, no seguir relacionándonos con el mundo como si las realidades tuvieran la forma de un objeto, de algo lejano, distanciado y extraño para quien investiga; por el contrario, es imperante reconocer que las realidades aparecen de manera dinámica, indeterminada y muchas veces inciertas, involucrando de esta manera la participación proactiva en los espacios conversacionales que construyen la información.

Derivado de lo anterior, la manera en que se ha elegido acercarse al campo de investigación se sitúa desde un posicionamiento cualitativo, pues de acuerdo con Flick (2007, p.20) “la investigación cualitativa estudia el conocimiento y las prácticas de los participantes (...) Se describen interrelaciones en el contexto concreto del caso y se explican en relación con él”. En este sentido, es fundamental reconocer

que la visión cualitativa se asocia a un nivel interpretativo a través de una dimensión subjetiva centrada en la propia colaboradora y en todos los componentes que interactúan en su campo de acción, haciendo que dicho rescate interpretativo otorgue riqueza conceptual y teórica al campo de la gerontología.

Vale resaltar que en este estudio, se desarrolló la herramienta cualitativa de historia de vida, que de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996) tiene como principal objetivo el análisis y transcripción que un investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma; a partir de una guía de entrevista a profundidad, se abordaron las siguientes temáticas:

- ✓ Niñez, crianza, construcción familiar.
- ✓ Juventud, pareja sentimental.
- ✓ Matrimonio, dinámica familiar.
- ✓ Procesos de salud/enfermedad.
- ✓ Vejez, rol familiar, labor de cuidados.

Para ello, se decidió trabajar con una mujer mayor, oriunda de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, quien realiza labores de cuidados primarios hacia su cónyuge que padece demencia de tipo Alzheimer desde hace más de 3 años. El principal criterio de selección fue la disposición para colaborar en el presente trabajo, además de ser una persona mayor a cargo de las principales labores de cuidados sobre otra persona mayor y tener la facilidad de generar encuentros virtuales (por la situación de pandemia que atravesamos en el mundo).

En este sentido, a través de un consentimiento informado, se emprendieron los diversos encuentros presenciales (visitas al domicilio) y virtuales (vía zoom), con los que se localizó un relato contextualizado siempre en tiempo y lugar, visibilizando la voz que el propio discurso dominante (masculino-joven) había dejado silenciada, y recreando una serie de acontecimientos que dieron respuesta a un entramado subjetivo sobre la configuración compleja y particular de los cuidados primarios realizados por mujeres adultas mayores.

RESULTADOS

Experiencia de una persona mayor cuidadora

Feminización de los cuidados.

Esta frase da principio a gran parte del encuentro con Yolanda Suárez o simplemente Yoli como le gusta ser nombrada, una mujer de 67 años de edad, cuidadora primaria de su esposo Joel de 75 años quien padece demencia de tipo Alzheimer; oriunda de la capital chiapaneca, la penúltima hija dentro un matrimonio que procreo tres varones más y una mujer que a pesar de no haber culminado la secundaria, tiene la fuerza en sus palabras.

Para comenzar este recorrido a través de la experiencia de una persona mayor cuidadora, es necesario señalar los tipos de cuidadores/as. El formal ha tomado la decisión de dedicarse a esto en términos laborales, es decir, se ha preparado académicamente o de forma técnica, teniendo jornadas de trabajo previamente establecidas y lo más importante, recibiendo una remuneración económica por su trabajo.

En cambio, el/la cuidador/a informal seguramente tiene expectativas de vida distintas que tendrá que aplazar o modificar progresivamente para asumir esta labor (González Ballesteros en Fundación Saldarriaga Concha, 2020), de esta manera el cuidado informal se ha conceptualizado como aquellos cuidados que pueden ser facilitados por integrantes de la familia, amigos, vecinos e inclusive otras personas que pertenecen al círculo privado de la persona mayor, de la persona enferma y/o dependiente; principalmente fundamentadas en relaciones de parentesco desde donde la equidad de género se invisibiliza, convirtiéndose en una tarea extenuante y sin valoración social, tal como lo menciona Yoli:

¡Uy! Mejor pregúntame qué cosa no hago, siempre me divido en muchas partecitas para poder hacer todo. Primero me levanto y hago el desayuno para Joel y para mí, luego que desayunamos trato de quedarme con él haciendo sobremesa y que platiquemos de noticias en el periódico o de noticias que escuchamos en la televisión. A veces le cuento algo que veo o que leo en algún lugar y siempre le pido su opinión. Luego le doy sus medicinas que le toquen o sino alisto las cosas para que se bañe, y

siempre tengo que estar al tanto por cualquier cosa. Luego que toma su baño con mi ayuda, siempre se pone a hacer algunos ejercicios que el doctor nos diga y ya más tardecito que se toma una siesta pues yo ya me baño y me cambio rápido para hacer la comida o le hablo a la señora que es mi vecina para que me haga la despensa si ella la hace y que me traiga algunas cosas, comemos y ya seguimos con actividades para su movimiento o su memoria o le doy algún apapacho, algún cariñito; también a veces que un masaje en los hombros o en su cuello para que se pueda relajar y se sienta querido y acompañado, pero eso sí, no nos dormimos muy tarde, ya a las 8:00pm o muy tardar a las 9:00pm ya estamos acostados para descansar y a veces que se levanta en la madrugada pues ya me levanto para ver qué pasó, pero mi día no es diferente, casi todos los días es lo mismo y la misma rutina. (Suárez, Y., comunicación personal, 25 de agosto de 2020).

Teniendo en cuenta que la labor de cuidar es algo inherente a la propia existencia humana, y que estos cuidados (Bango, 2020) son actividades que generan de manera sostenida el bienestar físico y emocional de las personas, dentro de los que se incluyen tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, cuidado de los cuerpos, educación/formación de personas, mantenimiento de las relaciones sociales o el apoyo psicológico a los miembros de la familia, Yoli comenta:

No te voy a mentir, hay días difíciles y otros días fáciles o bueno, más bien menos difíciles; a veces me siento con mucha energía y otros días siento que no lo estoy cuidando bien y más cuando vamos al médico y le dice que tiene que comer mejor, yo me siento como que no estoy haciendo bien mi trabajo, pero también sé que estoy solita y que no puedo rendirme. Hay días en los que me siento muy bien porque veo que mi esposo Joel sonríe cuando hablamos de algo que le gusta o cuando me agradece que siempre esté ahí presente y eso me anima mucho porque es prueba de que vamos los dos de la mano y que vamos a seguir haciendo las cosas bien. Casi siempre son esos sentimientos de cosas bonitas pues pero como dicen que no todo es color de rosa y a veces si tenemos nuestros días malos que porque Joel no quiere hacer la actividad o no quiere comer tal cosa pero todo pasa y ya volvemos a nuestra

rutina y eso me hace sentirme bien.(Suárez, Y., comunicación personal, 25 de agosto de 2020).

De esta manera Hochschild (1990, citado en Batthyány, Genta y Perrotta. 2014) define un vínculo por el cual la persona que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad, revelando que la actividad de cuidar se compone de actos que necesitan un esfuerzo por parte de la persona, en donde se mezclan actos, informaciones y el propio tiempo, desde un necesario involucramiento emocional.

Esto se ha vinculado estrechamente con la sensibilidad, el cariño y la afectividad, mismas que múltiples veces se asocian con un factor de personalidad y/o naturaleza “propia” de la mujer, considerada como una característica inerte y universal, asumiendo de esta manera la labor de cuidados como propia de nuestro género, tal como lo expresa Yoli:

Yo creo que sí lo hemos tomado. Todo el mundo me decía cuando se enteraron del Alzheimer que tenía Joel, que si él hubiera sido mi cuidador, yo ya me hubiera muerto porque los hombres no saben hacer muchas cosas y siempre son muy fríos para dar cariños o abrazos, a mí por ejemplo me gusta mucho apapachar a Joel, le hablo bonito, le acaricio sus manos, su pelito, le doy besos, aunque pues te digo que creo que todos podemos aprender estas formas bonitas de cuidar, pero siempre como mujercitas somos más “preocuponas” en eso, siempre queremos estar viendo a los demás, que todos en la familia o nuestros seres cercanos estén bien y eso se nos facilita pues, es algo que a veces muchas aprendemos desde niñas y así nos vamos criando hasta que nos casamos y luego tenemos hijos.(Suárez, Y., comunicación personal, 1 de septiembre de 2020).

La prevalencia del género femenino en las labores de cuidados es un hecho, aunque esto no significa que sea algo realizado única y exclusivamente por mujeres; sin embargo, el cuidado asume una connotación de feminización e inequidad alta (Calvente, Rodríguez, Navarro, 2004, citado en Vaquiro y Stiepovich, 2010) donde el perfil representativo de las personas que ocupan ese papel, es el de una mujer de menor nivel educativo, responsable de tareas domésticas, familiar directo y quien vive

o convive de manera frecuente con la persona que cuida, y no sólo cuida, sino que apoya en múltiples quehaceres.

De esta manera, la mujer asume la labor de cuidados como un compromiso casi natural, sin la posibilidad de elección, remuneración, ni valoración social, mientras que para el género masculino, el cuidar o no, representa una opción que se adopta; derivando que las trayectorias de cuidados de muchas mujeres estén marcadas como una reproducción de sus antecesoras, así como lo enuncia Yoli:

A nosotras nos educaron en otros tiempos muy diferentes, siempre tenías que obedecer a tus mayores y quedarte callada, y como mujercitas pues teníamos que aprender cosas del hogar. Mi mamá siempre me decía como yo era la única mujer de los cuatro hijos que tuvieron, que pues debía cuidar y aprender con mis hermanos las cosas que se les hacen a los hombres porque si no nadie se iba a casar conmigo, así que aprendí a lavarles, plancharles, hacer todo tipo de comidas, a estar para ellos siempre que quisieran cosas, a curarlos cuando se iban a golpear con otros y todo lo hice desde muy chica. Yo fui la penúltima hija pero siempre era como una segunda mamá para ellos. Mis abuelitas eran igual, recuerdo siempre ver a las mujeres corriendo en la cocina para cocinar en las fiestas y siempre los varones sentados y platicando, así nos criaron pues.

Ellas no podían hablar mucho ni opinar de cosas que no fueran sus hijos o las cosas del hogar o del mercado, solo los hombres hablaban que de política o de cosas que pasaban en Tuxtla. Ya ahorita todo es muy diferente, ya ahorita veo que las mujercitas no hacen eso, sino que ya estudian, viajan, algunas no quieren ya ni tener hijos por no perder su trabajo y que ganan bien o porque no quieren arruinar su cuerpecito y ya, y eso está bien para ellas si lo quieren porque pues ya tienen otras oportunidades que antes no tuvimos muchas y ya no quieren servir al marido, al papá o a los propios hermanos. Pero te digo que antes las mujeres si eran cuidadoras del marido, de los hermanos y sobre todo de los hijitos, mientras que el marido se iba a trabajar, pues una cocinaba, hacia los quehaceres y estaba siempre para los hijos que en lo que necesitarán ellos, y en algunas familias de aquí de Chiapas todavía se sigue viendo eso muy arraigado. (Suárez, Y., comunicación personal, 1 de septiembre de 2020).

De esta manera el término género evidencia la importancia del carácter cultural y social para la designación de roles dentro de la sociedad y al interior del propio hogar, mismos que generan una diferencia significativa en la constitución del “ser hombre” y sobre todo del “ser mujer”. Calvente y Martibosca (2004, citado en Vaquiro y Stiepovich, 2010) refieren que el concepto de género permite revelar la inequidad de las relaciones sociales desde un principio de poder, hegemonía y desigualdad centradas en carencias, exclusiones de ingresos y participaciones injustas.

A través del recorrido por la experiencia de una cuidadora primaria, aparece un término que permite situar la mirada de cuidados bajo una carga de vulnerabilidad. Tal como lo expresa Brovelli (2015), el término de feminización tiene una profunda relación con la explotación como fuerza de trabajo ante una jornada laboral ilimitada en horarios sostenidos casi de manera permanente y bajo recursos escasos o inexistentes.

En la actualidad, la mayoría de las contribuciones a las labores de cuidado son realizadas por mujeres, desde un ámbito doméstico y además, de manera no remuneradas, ni reconocidas:

Yo nunca trabajé, me casé con Joel cuando era una muchachita y fui siempre ama de casa, él era el único que trabajaba en el municipio; siempre había trabajado ahí pero ya es jubilado de varios años y vivimos con lo de su pensión que es un poquito pero también mi hijo nos manda dinero, es nuestro único hijo, él nos apoya con un recursito al mes, pero sí, ahorita por mi edad pues no me dan ningún apoyo, ya ves que subieron la edad para eso de los apoyos de los “viejitos” y pues tengo 67, ya para el próximo año si Dios quiere me toca. Estaría muy bien que hubiera un sueldito para quienes somos cuidadoras como yo y que no recibimos ningún ingreso porque no trabajamos nunca y pues no tenemos pensión.

Yo me he puesto a imaginar así a veces que estoy descansando y mi mente se pone a dar vueltas, qué sería de nosotros si nuestro hijo no nos apoyara, yo creo que eso viven muchas personas y me da tristeza saber que están solos; solo una vive con el sueldo del esposo pero en este caso Joel ya no trabaja y su pensión es muy poca para los medicamentos que se requieren, las consultas y los gastos de la casa. Ha

sido muy difícil mantenernos de esa manera, pero gracias a Dios yo no tengo ninguna enfermedad, pero me preocupa ahora con la pandemia que me llegue a enfermar y se necesite dinero para esas cosas; a veces si quisiera yo tener un ingreso extra, aunque mi hijo igual nos apoya, pero seguimos saliendo siempre a tope en las quincenas (Suárez, Y., comunicación personal, 10 de octubre de 2020).

Olivera (2019) puntualiza lo anterior, al mencionar que la opresión de la mujer se da básicamente en el marco institucional de la familia, a través de un sistema capitalista que la ha reducido única y exclusivamente a la producción y mantenimiento de la fuerza de trabajo que el capitalismo necesita para su propia expansión; por ello las ocupaciones fundamentales son tener y criar a los hijos así como a la pareja con todo lo que ello implica.

La representación de los hombres a través de una óptica de poder como personas de la esfera pública, ha originado que a las mujeres se les niegue y/o complique el posicionamiento total dentro de la misma, reduciendo sus cuerpos al hogar, en el rol de esposas, madres y cuidadoras; y aunque las mujeres logren acceder al campo laboral remunerado, continuarán ejecutando tareas de cuidado sin opción. Lo anterior constituye la encarnación de la dominación cultural a través del género que, desde tiempos inmemorables, ha dejado las reglas del juego muy claras.

La importancia del autocuidado para la que cuida.

El hecho que el cuidado informal sea una labor física, mental y emocionalmente demandante, dentro de un escenario de desigualdad e inequidad de género, podría traducirse en una merma de la calidad de vida y salud de mujeres que realizan múltiples roles dentro de la estructura familiar: madres, hijas, trabajadoras, esposas, etc., Yoli externa cuál es su situación física, emocional y social derivado de la enfermedad de su esposo y los cuidados que de ella se desprenden:

Al principio cuando recién nos dieron el diagnóstico de su enfermedad yo me puse muy mal, sentí que el mundo se me vino encima y que no hallaría la salida, pero luego decidí recobrar el rumbo y me senté conmigo misma y me puse a orar, a pedirle mucho a Dios que no me dejara sola, mi hijo igual vino en esa semana para apoyarnos y eso me ayudó, pero de mientras habían días que no comía mucho

porque no me quedaba muy en claro lo que era o lo que pasaría con él, estaba triste, no dormía, no comía y no quería que se diera cuenta, pero ya poco a poco he ido trabajando en eso y ya estoy estable, y trato de cuidarme para cuidarlo mejor.

Ya ahorita puedo decir que nos acoplamos los dos a la rutina y que yo ya no me siento así. Gracias a Dios yo no tengo ninguna enfermedad y eso lo agradezco porque así puedo cuidar bien-bien a Joel y no estar preocupándome por mis pastillas o algo porque pues yo no tomo nada de medicamentos. A veces sí me desfase en mis horas de comer porque tengo que estar pendiente de algo de la casa o de Joel, o por ejemplo a veces en la madrugada se levanta, que no es seguido, pero cuando se levanta yo también me despierto para ver qué necesita, pero siempre trato de que no sea seguido porque yo pienso que eso me puede hacer sentir ya muy cansada y por eso siempre trato de alimentarme bien. (Suárez, Y., comunicación personal, 18 de octubre de 2020).

Cuidar de manera permanente o intermitente a una persona adulta mayor dependiente y/o con alguna discapacidad puede generar en el cuidador/a un colapso o el síndrome de *burnout* (*síndrome del quemado-cansado*), representado como el agotamiento físico, emocional y mental (Thomen, 2019), que merma la calidad de vida y del cuidado mismo, siendo la demencia de tipo Alzheimer una de las situaciones más comunes en la prevalencia de este síndrome; lo anterior fortalece la importancia del autocuidado para la persona que cuida, o en palabras más sencillas: el cuidado de la cuidadora/o:

Gracias a Dios no he tenido ningún colapso o algo así muy grave, yo trato de darme mis espacios y así aprovecho para descansar cuando duerme Joel o a hacer cosas nuevas, entro a la computadora y busco cosas, antes me distraía saliendo a comprar la verdura o la carne, pero ahorita no se puede y lo acepto porque es por nuestra salud. Yo a veces leo que muchas cuidadoras a veces sufren colapsos y empiezan a tratar mal a sus seres queridos que los necesitan, y yo siempre veo que por eso deben atenderse y cuidar también de ellos para que puedan estar sanos pero sobre todo felices y hagan lo mejor que pueden para cuidar porque esa no es vida, ellos sufren y su ser querido también sufre.

Yo que voy a las consultas con Joel ahí el doctor siempre se preocupa por mí y me pregunta cómo estoy y eso es bonito porque quiere decir que tú también eres importante y ya me dice que tengo que comer bien, y cuando me dijo esto se me quedó grabado mucho en mi mente, me dijo: ¡Yoli, acuérdate que tienes que cuidar bien de ti, porque tú eres la principal. Si tú estás bien, Joel lo estará! Y eso creo que es bueno siempre pensarlo (Suárez, Y., comunicación personal, 6 de noviembre de 2020).

El papel del Estado dentro de los cuidados

De acuerdo con Aguirre (2008, citado en Vaquito y Stiepovich, 2010) se percibe que en los últimos años el Estado ha estado gradualmente transfiriendo a las familias la responsabilidad del cuidado de personas dependientes, vinculadas a procesos de salud tanto crónicos como agudos en las diferentes etapas de vida, siendo más evidente en las personas adultas mayores. La provisión de cuidados se manifiesta con arduas actividades, sin ningún reconocimiento social ni muchos menos económico, atribuido sin ser parte a la esfera de lo privado, siendo un problema que debe formar parte de derechos ciudadanos y democráticos; a lo anterior, Yoli describe los aspectos más significativos que el Estado chiapaneco debe efectuar para reconocer la labor de cuidados:

Estaría muy bien que hubiera un sueldo para quienes somos cuidadoras principales como yo y que no recibimos ningún ingreso porque no trabajamos nunca y pues no tenemos pensión, pero siento que lo que más estaría bien es que hubiera más información sobre eso porque nadie está libre de que pueda ser un cuidador y no hay capacitaciones, lo digo porque no solo por el Alzheimer se necesita, si pasa algún accidente que sea ya muy grande se necesitan cuidados y de eso nadie sabe hasta que le toca. Yo digo que podrían dar cursos o talleres de forma gratuita para que nos preparemos más.

Muchas personas piensan que a ellos no les pasará nunca y por eso no se preocupan y tampoco las personas que trabajan en gobierno tienen capacitación sobre el tema; yo creo que eso sería lo esencial, recibir algún apoyo económico, no sé, a veces una se pone a fantasear ¿vea?, que ojalá hubiera un programa así como

hay para madres solteras, pues que hagan uno para mujeres mayores cuidadoras y que estamos sin ninguna pensión. ¿Y sabes qué otra cosa hace falta así como yo lo veo? Que se reconozca el cuidar como algo importante porque a veces muchas personas de allá arriba piensan que no es algo duro o hasta los mismos que tenemos cercanos menosprecian eso. (Suárez, Y., comunicación personal, 6 de noviembre de 2020).

Del Río (2003) continúa afirmando que es necesario percibir el tema del cuidado ya no como un asunto que concierne únicamente a lo privado y al interior de los hogares, sino que resulta emergente buscar su inmersión desde lo comunitario. Esto es, a través de un modelo social que ponga en primer lugar las necesidades de las personas que realizan la labor de cuidados, además de atenderse con profundidad las relaciones de poder que en ocasiones invaden y obstaculizan los cambios, generando una profunda resistencia al logro de múltiples metas para mejorar el cuidado y el autocuidado.

La historia alrededor de los cuidados debe transformarse, es urgente buscar un desarrollo humano equitativo y asegurar la supervivencia tanto personal como colectiva de las personas que jueguen el rol de cuidadoras/os, además de gestar un ejercicio de nuevas masculinidades que respondan a las necesidades de nuestros tiempos.

Los cuidados constituyen un derecho ciudadano que necesita ser asegurado y reglamentado por el Estado. La responsabilidad de esta labor debe ser compartida entre hombres y mujeres, desnaturalizando y desencarnando el rol asignado culturalmente a las mujeres, puntos que deben ser prioridad dentro de la agenda pública. Dentro de los posibles beneficios de incorporar las labores de cuidado a los hombres y/o a los roles masculinos, Yoli expone:

Yo creo que sería una tarea compartida, porque sí creo que nosotras como mujeres llevamos la responsabilidad solas, porque lo veo en los grupos que entro, todas somos mujeres o bueno, la mayoría somos nosotras que cuidamos y los hombres se desinteresan incluso de su propia salud, por eso creo importante que desde pequeños les enseñe a nuestros hijos varones a ver por ellos mismos y a ver

por su pareja y no esperar que los atiendan o que les den todo peladito y a la boca. Sería muy bueno que los hombres se metan al cuidado porque igual una puede enfermar y ellos deben ser solidarios con nosotras porque si ha pasado que una se enferma y ellos descubren ahí que no saben hacer nada y pues sería muy bueno que todas las tareas de la casa, hasta de los hijos, sean compartidas. (Suárez, Y., comunicación personal, 6 de noviembre de 2020).

Pérez Orozco (2009, citado en Presa, s/f) reconoce la presencia de un círculo vicioso conformado por: cuidado, desigualdad y exclusión, por lo que propone que se realice un debate sobre: quién debe cuidar, cómo, y a cambio de qué. La ruptura de dicho círculo implica la configuración de propuestas realistas que emerjan desde el núcleo de la sociedad.

El Estado requiere la creación y establecimiento de políticas públicas con perspectiva de género sobre los cuidados realizados al interior del hogar, con el objetivo de evitar el impacto negativo en la salud de quienes cuidan y sobre todo la desvalorización social que las hace víctimas de un sistema que las invisibiliza.

REFLEXIONES FINALES

Desde un recorrido a través de la experiencia de una mujer mayor cuidadora, se torna necesario visibilizar la labor de cuidados como una tarea que llega a producir bienestar físico y emocional, siendo pieza clave en el sostenimiento de la estructura familiar, los servicios sanitarios y las políticas del Estado. “Culturalmente las labores de cuidado siempre han estado feminizadas y eso hace que sean las mujeres las que se hagan cargo de esta tarea y que lo hagan, además, en soledad” expresa Giraldo, psicóloga de Intellectus, el Centro de Memoria y Cognición del Hospital San Ignacio (citada en Fundación Saldarriaga Concha, 2020).

En México, la feminización de los cuidados, así como la falta de remuneración económica e invisibilización de las tareas asociadas a ello, contribuyen fuertemente a la emergencia de fenómenos como el aumento de la precarización en las mujeres, la exclusión de roles de poder para ellas y a la violencia de género. Es un tema que ha permanecido ignorado debido a la condición hegemónica de sometimiento e inequidad de la que los cuerpos femeninos han sido presas desde tiempos

inmemorables; muchas veces con experiencias de vida poco favorables y que responden íntimamente a factores sociales y/o familiares.

La idea de hablar ahora de género y cuidados en pleno siglo XXI, surge a de un pensamiento contemporáneo crítico y reflexivo que pretende mostrar los roles desiguales que se han re-producido en sociedades igualmente asimétricas que, en algunos casos, no fueron elegidos de manera consciente y que con el paso de los años se han vuelto aún más difíciles de desentrañar.

Se necesita tomar en cuenta que la equidad de género y el paralelismo en los cuidados no son una cuestión únicamente de temporalidad, no se trata ni siquiera de una competencia entre generaciones para posicionarse como la mejor o la peor, sino del rompimiento de diversos estereotipos y estigmas en diferentes contextos socioculturales alrededor de México y el mundo entero.

Las categorías que emergieron en los resultados (la feminización del cuidado, el autocuidado para la cuidadora mayor y el papel del Estado dentro del cuidado) a través de la historia de vida de Yoli, permiten reconocer la urgencia en la creación de políticas públicas encaminadas a la protección y reconocimiento de quienes realizan día con día y por espacios prolongados, labores de cuidados:

- ✓ Reconocer la labor de cuidados (en el ámbito familiar) como un empleo formal y ser remunerado, ya que las horas empleadas en él, sobrepasan a una jornada establecida.
- ✓ Acceso a capacitaciones y educación continua en diversos rubros, sobre todo en el autocuidado.
- ✓ Atención física y psicológica constante para las mujeres cuidadoras.
- ✓ Espacios de esparcimiento y creación de grupos de autoayuda.

Es urgente que la Gerontología, desde su visión crítica y feminista, incluya también a las mujeres de más de 60 años en su agenda; la problematización de la violencia que enfrentan las mujeres mayores, desde una mirada interseccional, debe retomar también condiciones de corte económico, étnico y laboral.

El Estado y la sociedad civil en general, deberán considerar que la transición demográfica y el envejecimiento de la población, no incluye únicamente el cambio en la pirámide población, sino también las condiciones diversas –y desiguales- con las que la mayoría de su población envejece. Las cifras no mienten, hoy se habla de una presencia femenina mayor, misma que se incrementará con el transcurrir de los años, por tal motivo se pretende que las acciones gerontológicas vayan encaminadas a programas sociales de bienestar con enfoque de género, a gestiones para lograr autocuidados óptimos y al empoderamiento de mujeres mexicanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bango, J. (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*. Disponible en URL: https://www2.unwomen.org//media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/08/final%20brief/es_cuidados%20covid.pdf?la=es&vs=2947. [Consultado 9 de julio de 2020]
- Barrantes, M. (2006). *Género, vejez y salud*. Disponible en URL: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2006000200008.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014). La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol. 4, núm. 1, pp. 33-58 Universidad de la República Montevideo, Uruguay.
- Blanco, M. (2011). *El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo*. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 5, núm. 8, pp. 5-31. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>.
- Brovelli, K. (2015). *Cuando el cuidado no es un asunto de mujeres. Organización de los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial*. Disponible en URL: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2015dic-art3.pdf>.

- Consejo Nacional de Población (2018). *Proyecciones de la población de México, 2010-2050*: México 2013.
- Del Río, S. (2003). *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel*. Revista de Diálogo Social, n° 9, pp. 47-57. Disponible en URL: http://www.caesasociacion.org/feminismo/ficheros/la_crisis_de_los_cuidados.pdf.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2020). *El cuidado del cuidador del paciente con Alzheimer: una tarea urgente*. Disponible en URL: <https://www.saldarriagaconcha.org/el-cuidado-del-cuidador-del-paciente-de-alzheimer-una-tarea-urgente/>.
- Gurdián, A (2007) El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. *Colección. Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER)*. San José, Costa Rica.
- Rodríguez, G; Gil, J y García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada. Aljibe.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). *Situación de las personas adultas mayores en México*: México.
- Maffia, D. (2007). *Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia*. Disponible en URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131637012007000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
- Olivera, M. (2019). Parte 2. Feminismos. Consideraciones sobre la opresión femenina como una categoría para el análisis socioeconómico. En *Feminismo popular y revolución. Entre la militancia y la antropología*. (pp. 189-205). Buenos Aires: CLASO.
- ONU Mujeres (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*.
- Presa, A.R. (s/f). *Feminización de los cuidados en la infancia. Psicología, conocimiento y sociedad*. Trabajo final de grado. Universidad de la República de Uruguay, Montevideo, Uruguay. Disponible en URL:

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/entrega_final_tfg-ana_presa.pdf.

Thomen, M. (2019). *Síndrome del cuidador: qué es, síntomas, fases y tratamiento*.

Disponible en URL: <https://www.psicologia-online.com/sindrome-del-cuidador-que-es-sintomas-fases-y-tratamiento-4604.html>.

Vaqui, S. y Stiepovich, J. (2010). *Cuidado informal, un reto asumido por la mujer*.

Scielo Ciencia y Enfermería, 16 (2), pp. 9-16. Disponible en URL: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf.

“LA PRECARIZACIÓN DE LA VEJEZ”

Como condicionante de la vulnerabilidad de las personas adultas mayores ante el Covid-19

Miranda Videgaray Carlos

carlos.miranda@unach.mx

Antropólogo. Universidad Autónoma de Chiapas.
Facultad de Medicina Humana/Licenciatura en Gerontología. Tuxtla Gutiérrez,
Chiapas

RESUMEN

Se presenta una reflexión desde una mirada antropológica, sobre las implicaciones que tienen para las personas adultas mayores, el Covid-19 y las medidas de prevención tomadas para evitar su propagación y contagio. Plantea el concepto Pedagogía del Envejecimiento, como narrativa que refuerza una cultura edadista. Presenta un marco internacional para dimensionar el trato que se ha dado al envejecimiento y la vejez frente a la pandemia, resaltando cómo las medidas tomadas, más allá de la edad, han sido causales de una muy alta mortalidad por Covid-19 en este sector y un retroceso importante en la consolidación de sociedades para todas las edades, al favorecer prácticas edadistas. Se hace evidente como en México la precarización de la vejez coloca a las personas adultas mayores como el sector más vulnerable frente a la pandemia, evidenciando que no es tan solo la edad la que representa el riesgo de contagiarse y desarrollar Covid-19.

Palabras clave: Pedagogía del envejecimiento, edadismo, derechos humanos, des-ciudadanización

“THE PRECARIETY OF OLD AGE”

As a condition of the vulnerability of older adults to Covid-19

ABSTRACT

This subject is presented through an anthropological perspective based on current implications faced by the elderly, the Covid-19 pandemic, the different preventive measures taken to avoid an outbreak, and the exposure to the virus of this very specific population. It includes the concept of “Pedagogy of Aging” as the narrative that enhances an ageist culture. It also presents an international framework to evaluate how the aging population encountering the pandemic has been treated; moreover it highlights how the already implemented measures have caused a high

mortality rate due to Covid-19 among this sector of the population. On the other hand, this also proves the important regression for the consolidation of an inclusive society for all age groups by allowing ageist practices. Throughout this study, it is denoted how in Mexico, the precariousness of aging and old age, places the elderly as the most vulnerable sector in the sight of the pandemic, manifesting that it is not only age that represents the risk of catching and developing Covid-19.

Key words: Pedagogy of Aging, ageist, human rights.

INTRODUCCIÓN

La vejez como categoría social está rodeada de fronteras intangibles e irregulares; es una categoría difícil de delimitar y nombrar. ¿Cuándo comienza?, ¿Cuáles son sus características?, ¿Se trata de algo físico-orgánico que se hace evidente ante una paulatina pérdida de capacidades instrumentales, orgánicas y mentales?. Cuando llegamos a esta etapa de la vida a qué estamos haciendo referencia, ¿se tiene la vejez del alma, la del cuerpo, de la mente o la del corazón?.

Entonces, me parece que es la combinación de todo ello, se trata de un archipiélago de realidades físicas-biológicas-psicológicas-sociales-culturales, de ahí lo complejo de encasillarla, como se ha pretendido hacer, a partir de criterios tan arbitrarios como la edad, que considera tan solo una de sus aristas y que, por cierto, evidentemente no es la más significativa. En donde sí hay un consenso (y la pandemia del Covid-19 lo evidenció con toda claridad) es que ser viejo(a) se ha convertido en un elemento de discriminación edadísta, siendo un sector creciente de la población cada vez excluido, invisibilizado y desatendido tan solo por su edad.

A mi parecer, el proceso de envejecimiento que estamos viviendo se ha configurado como un momento político con una clara lucha de poderes generacionales, que tiene como arena un sistema que desecha de manera franca a las personas que considera como viejas y para ello recurre a la construcción de un discurso/narrativa que denomino como *pedagogía del envejecimiento* o *pedagogía de la vejez*, cuyos contenidos están dirigidos a legitimar la desvalorización de este creciente sector de la sociedad y a reforzar estigmas y estereotipos negativos con relación al envejecimiento.

Para sustentar esta idea, estuve indagando en diversas fuentes para hacerme de elementos teóricos que me permitieran consolidar mi idea respecto a la existencia de esta pedagogía de la vejez, me he encontrado con que en gerontología es un término empleado para hacer referencia a una *gerología*, en donde la pedagogía y lo pedagógico están pensados en el sentido instrumentalista de la enseñanza y transmisión del saber en el trabajo con personas adultas mayores, limitadas al campo de la educación o los espacios escolarizados.

Al plantear el concepto de pedagogía del envejecimiento, he querido referirme a las estrategias y prácticas sistémicas que se reproducen a través del Estado y sus instituciones: familia, iglesia, escuela, medios de comunicación, gobierno, para reforzar una clasificación jerárquica-binaria de legitimación del poder, que hace referencia a lo joven como la fortaleza, lo incluyente, lo valioso y lo viejo como lo débil a excluir, lo prescindible, disciplinando, construyendo discursos que las mismas personas viejas hacen suyos y los viven como profecías cumplidas, encausándolos de esta manera hacia la reproducción y validación de este modelo negativo de la vejez y el envejecimiento, que se ha esencializado, conformando así cuerpos dóciles, violentados en sus derechos, dependientes, inactivos y sumisos a la voluntad de los otros, es decir, se trata de la práctica de un discurso como pedagogía que, como Rita Segato señala cuando habla sobre la pedagogía de la crueldad, obedece a constructos históricos y no naturales.

De esta manera, considero a la pedagogía de la vejez como un recurso estratégico, sistémico, que centra su praxis en la legitimación de las violencias que se ejercen en contra de las personas adultas mayores (la violencia estructural incluida), recordemos que el viejismo (edadismo) es la más recientemente reconocida forma de discriminación en nuestra sociedad, que representa la negación de los derechos de las y los viejos en razón de su edad. En este sentido, esta pedagogía está relacionada con las situaciones a las que diariamente se enfrenta la mayoría de las personas adultas mayores, que tienen que ver con silencios, prohibiciones, exclusión, control y un constante recordar su condición invisible y de dependencia.

Desde esta pedagogía social, la desvalorización de la vejez encuentra en uno de sus orígenes no a la vejez misma y sus características, sino la existencia de una pérdida generalizada de valores que la sociedad contemporánea padecemos. Esta situación se observa con mayor agudeza en las personas adultas mayores, en tanto que, por tradición, han sido representantes de ese respeto característico en las relaciones sociales y que hoy día vemos cada vez menos.

Sin embargo, como sociedad estamos anclados en un punto en que se ha naturalizado la condición actual de un número importante de personas adultas mayores abandonadas, despojadas, violentadas en sus derechos, explotadas, excluidas, vejadas, humilladas, silenciadas, apagadas, empobrecidas, imponiendo como explicación única que su condición es el resultado de un destino inminente y, otra vez, natural, de su condición de viejos(as), como destino nefasto. En diferentes espacios y escenarios se ha vuelto un lugar común expresarse del envejecimiento como una etapa en el ciclo de vida de las personas, caracterizada casi de manera exclusiva por una serie de pérdidas, conformando silogismos perversos que solamente justifican y legitiman el poder que las generaciones más jóvenes ejercen en contra de este creciente sector de la sociedad, amparadas por un sistema voraz que solamente tiene cabida para los más fuertes física, política y económicamente.

A contracorriente de estas inercias sociales, me parece fundamental plantear que el análisis de la vejez tiene que ver con las maneras en que hoy en día concebimos esta etapa, a partir de reconocerla como parte de nuestro curso de vida. Sin dejar de considerar los problemas que la caracterizan, es importante interpretarlos desde este enfoque y reconocer así el contexto histórico de las personas.

Actualmente vemos al envejecimiento de la sociedad como resultado de procesos históricos más amplios, que han dado lugar a nuevas y diferentes maneras de vivir y concebir a la vejez, es por esto que la perspectiva histórica nos brinda la posibilidad de reconocerlas, como producto del curso de vida de las personas y dar cuenta así, de las diferentes maneras de vivirse en la vejez, esta experiencia puede ser buena o mala, puede vivirse en plenitud o sufrirse como un padecer, no tan solo por sus propias características sino como el resultado de particulares cursos de vida,

Kenneth F. Ferraro y Tetyana Pylypiv Shippee (2009) plantean que las personas van sumando algo que denominan como la acumulación de desigualdades, *cumulative inequality* y estas, subrayan, son generadas estructuralmente, esto es muy importante, acumuladas durante el curso de vida de las personas, es decir que no son condiciones de vida que las personas escojan.

Entonces, la adaptación social y la sobrevivencia a ellas tienen un componente social y marcan en los individuos cómo va a ser su nacimiento y desarrollo. Esta teoría de la acumulación de desigualdades, sostiene que las condiciones en que se vive la vejez son importantes para explicarnos el funcionamiento en la edad adulta y su bienestar, o no. Para la gerontología, esta teoría sirve para asegurar que los eventos de la vida temprana definen la forma en que se vivirá la última etapa de la vida.

Las trayectorias de las desigualdades pueden sufrir modificaciones, dependiendo de los recursos con que se cuenten (sociales, económicos, familiares, etcétera) y de las capacidades del organismo humano. Por ejemplo, ser maltratado puede provocar varias enfermedades psicosomáticas que pueden dañar la salud, pero algunas personas consiguen ser resilientes y adaptarse a él sin afectar entonces su salud. Otras más parecen altamente vulnerables al maltrato, aun cuando tienen recursos que parecen adecuados para hacer frente al maltrato, ya lo veremos adelante.

Es pronto aún, me parece, para hablar de las consecuencias, afectaciones e impacto que la presencia del Covid-19 ha significado para las sociedades, de manera global. Seguramente una vez levantadas las medidas restrictivas que han sido tomadas por las autoridades sanitarias en los diferentes países, estaremos viendo cómo surgen investigaciones y análisis desde diversos enfoques: epidemiológicos, clínicos y de salud pública, por supuesto, pero también antropológicos, sociológicos, demográficos, bioéticos o de economía y geopolítica, buscando todos ellos explicaciones que nos permitan comprender qué pasó realmente y cuáles están siendo las consecuencias estructurales, sociales, ecológicas o culturales.

Es importante reflexionar desde una mirada antropológica y un enfoque de derechos, respecto a las alarmantes situaciones de que fuimos testigos en el 2020 al comienzo de la pandemia, en relación a las consecuencias que tuvieron el Covid-19 y las medidas que las instituciones públicas y privadas tomaron para evitar su propagación y disminuir así los contagios, con relación a las personas adultas mayores y el altísimo número de muertes.

Me refiero a cómo la pandemia desveló y evidenció enormes desigualdades sociales y los contextos de polarización en que vive un importante número de personas adultas mayores, ocultos para muchos(as), quizás por el vértigo de la cotidianidad que llega incluso a normalizar y naturalizar la pobreza, la marginación y la precarización de la calidad de vida de millones de personas adultas mayores en todo el mundo. Y quiero centrar esta reflexión en el impacto que esto ha significado para este creciente sector de la sociedad.

De qué hablamos cuando nos referimos al Coronavirus o Covid-19. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2020):

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente...La mayoría de las personas (alrededor del 80%) se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma (Párr. 1-4)

En el inicio de la pandemia, el Covid-19 parecía mostrarse más agresivo y letal con las personas adultas mayores, en particular con los hombres de más de 70 años. En diferentes espacios y medios de comunicación, diversas voces se dieron a la tarea de divulgar información que respaldaba estas afirmaciones, es el caso de un artículo de María Laura Oliveri (2020), publicado en la página/blog "Gente saludable",

en abril del 2020, titulado “Coronavirus y personas mayores: un grupo altamente vulnerable”:

Desde el inicio de la epidemia del coronavirus, se ha venido señalando enfáticamente que el grupo más vulnerable son los adultos mayores, por presentar una inmunidad reducida y una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas/comorbilidades, como la diabetes, el cáncer o la hipertensión, regresando con ello a una mirada que homogeniza a la vejez y desconoce la multiplicidad de vejez que hoy día se desarrollan. En esta situación, las residencias para adultos mayores representan un foco de contagios potenciales muy peligroso, de hecho en países como España y Estados Unidos, estas residencias presentan múltiples contagios seguidos de muerte de sus residentes, y los mayores de 60 años representan la mayor tasa de fatalidad por COVID-19 en Italia, España y Estados Unidos (Oliveri, 2020, Párr. 2).

Recordemos que en España, tan solo en un mes, entre marzo y abril del 2020, murieron por haber desarrollado Covid-19, 4 Mil 260 personas adultas mayores, según una nota publicada el 8 de abril por el diario español “El País”, en ese mismo año. En el norte de Italia, las personas de entre 80 y 90 años, por esas mismas fechas, presentaban desde un 15% hasta un 80% de riesgo de morir por Covid-19, en lo que se reconoció como *una de las más grandes tragedias humanitarias*.

Posteriormente, luego de que las autoridades españolas iniciaran las investigaciones correspondientes para conocer las causas que estaban detrás de estas cifras tan alarmantes de muertes por Covid-19 de hombres y mujeres viejas en España, pudieron reconocer que más que por la sola afectación del virus, estas personas padecían con anterioridad de las afectaciones del virus de la corrupción, la negligencia y el edadismo, prevalecientes en la mayoría de los centros de atención gerontológica de Madrid:

Las medidas de aislamiento preventivo y obligatorio sacaron a la luz la soledad de los adultos mayores, el desconocimiento general

que hay sobre este sector de la población, sus carencias, necesidades básicas insatisfechas y la vulnerabilidad que presentan sus vidas siendo uno de los grupos de riesgo frente al contagio por el covid-19 (...) El anuncio incluía multas ante el incumplimiento de la medida (Santoro, 2020, Párr. 2)

Hoy sabemos que durante el primer año de la pandemia, la decisión de mantener a hombres y mujeres mayores en las residencias geriátricas, en donde no se contaba con la infraestructura necesaria, con espacios cerrados y poco ventilados, sin la atención médica adecuada y sin los protocolos correspondientes, favoreció la transmisión y contagio acelerados, lo que derivó en esta muerte masiva.

En este sentido, retomando la experiencia que situaciones como las que se vivieron en España durante el 2020 nos ofrecen, considero oportuno hacer algunas observaciones. La primera de ellas tiene que ver con detenernos en analizar qué hay detrás del hecho de que los mayores porcentajes en morbi-mortalidad por coronavirus están presentándose para este sector de la sociedad, lo cual es verdad, y no solamente para el caso de México, ahí están los ejemplos de China, Italia y España y los miles de personas adultas mayores que han fallecido por el Covid-19, sin embargo considero que señalar tan sólo números y estadísticas así, de manera descontextuada, es plantear una verdad a medias. Pareciera que, expuesto así, simple y epidemiológicamente, tener 60 años o más coloca en automático, tan solo por su edad, para el caso de México, a un poco más del 10% de la población (unos 12 millones de personas) como sujetos de altísimo riesgo, hay que tener mucho cuidado con esto.

El análisis y la reflexión va más allá de que efectivamente la edad, sumada a las condiciones de salud de muchos(as) hombres y mujeres adultos(as) mayores, hacen que su sistema inmunológico este, más que debilitado, ocupado en combatir una diabetes, hipertensión o cáncer, lo que les coloca como un grupo particularmente vulnerable al contagio por Covid-19, planteamientos, que expuestos de manera descontextuada han ocasionado, entre otras consecuencias, que un importante segmento de la población, vieja y no vieja, mire al coronavirus como "la enfermedad de los viejitos", y que se haya estigmatizado, más de lo que estaba ya, a las

personas mayores, lo cual me parece muy delicado por las consecuencias que esto puede llegar a tener en términos de incremento en el número de contagios y muertes.

Además de ser profundamente discriminatorio, plantearlo de esa forma también distrae la atención de manera importante y nos impide de pronto, dirigir la mirada hacia el comportamiento que presenta el Covid-19 y ver sus afectaciones en otros grupos de edad, como pueden ser las y los jóvenes, con quienes, por cierto, las personas adultas mayores comparten muchas de sus problemáticas, ambos grupos son invisibilizados, estigmatizados, excluidos, sin oportunidades de empleo e ingresos, etcétera.

Sabemos hoy, también debido a la pandemia, de los grandes riesgos que representa para las y los jóvenes el Covid-19, quienes, como señala Rodrigo Bazúa (2020), gracias al sistema alimentario prevaleciente en nuestro país, que privilegia el consumo de comida chatarra por encima de alimentos saludables, presentan hoy día alarmantes condiciones de obesidad (segundo lugar en el mundo), sobrepeso (primer lugar en el mundo) y mayor prevalencia de diabetes, condiciones que han alcanzado en nuestro país las co-morbilidades de las que se nos repite son causas fatales para adquirir Covid-19 y desarrollar la infección con desenlaces desafortunados

Nuestra alta tasa de mortalidad en jóvenes debido al covid-19 ha hecho evidente que nuestro sistema alimentario nos está matando al hacernos obesos, diabéticos y enfermos. Esta crisis es el momento perfecto para reestructurar nuestro sistema alimentario de manera que la alimentación saludable sea la primera opción (Párr. 10).

En una revisión que realicé en el 2020 en la página oficial del Gobierno Mexicano, sobre los casos confirmados de COVID al 24 de junio, que para entonces sumaban 191,410, es posible observar que los menores porcentajes los presentaban las personas de 60 años y más, tan solo el 30% del total; en cambio, el 78% de los casos se acumulaba en población de 0 a 59 años, de los cuales, el 55% caía en la población de 30 a 54 años. Estos porcentajes cambian si analizamos las

defunciones, que para esta misma fecha sumaban 2,816, en donde el mayor porcentaje se presentó en la población de 60 años y más (53%) mientras que el otro 47% está distribuido entre los grupos de 0 a 59 años.

Qué podemos leer entre líneas ante estas estadísticas. Atrás de las afirmaciones epidemiológicas oficiales que nos han planteado respecto a que el grupo de las personas adultas mayores es el más vulnerable por su edad, se están reforzando implícitamente y explícitamente, estereotipos negativos de la vejez, como un recurso que sirve para explicar un acontecimiento que se está presentando a gran escala, en este caso la pandemia, que se caracteriza por su complejidad y por sus efectos negativos y del que todavía sabemos poco, violentando así los derechos de este creciente sector de la población, sin detenerse a mirar y reconocer qué hay detrás de la mortandad de este grupo frente al Covid-19, más allá de su edad.

En España, por ejemplo, ante las cifras tan alarmantes de personas adultas mayores que murieron por Covid-19 durante el primer año de la pandemia, se realizaron investigaciones que permitieron hacer evidente como, más que la edad, las condiciones en que se encuentran las personas adultas mayores que viven solas o en instituciones de larga estadía, como pueden ser las casas de asistencia, asilos o centros gerontológicos, fueron un factor decisivo para que se presentaran tan altos porcentajes de mortalidad, (es decir, de nuevo, no fueron solamente la edad y las bajas defensas) y esto tiene que ver con la combinación de una serie de factores condicionantes.

Dichos condicionantes son: abandono, hacinamiento, perfiles y formación del personal deficientes y poco actualizados, la institucionalización de prácticas de cuidados que favorecen la polifarmacia, la falta de protocolos de actuación con enfoque gerontológico, esta tendencia a medicalizar todo en la vida de las personas adultas mayores que, entre otras afectaciones, abona al debilitamiento de su sistema de defensas; la operación de programas y acciones a su interior basados en una pedagogía del envejecimiento y que reproducen una mirada edadista y estereotipada de la vejez, que tiene que ver con su infantilización, el reforzamiento de su condición de dependencia y disciplinamiento y el mirarlos como un grupo homogéneo y de

asistencia y no desde su diversidad y como sujetos con derechos, entre otros factores.

Pero también, a nivel macro, con unas medidas discriminatorias y violatorias de los derechos humanos de este sector de la sociedad y que el Gobierno Español tomó en un principio, al priorizar para su internamiento en las unidades de cuidado intensivo de los hospitales, a infectados(as) pertenecientes a otros grupos de edad, obligando a las personas adultas mayores a permanecer en aislamiento dentro de sus centros de internamiento, o en sus hogares, a los que tan solo se destinaba cierto personal médico para controlar y en su caso medicar, pero sin protocolos ni los recursos necesarios para evitar la pérdida de vidas, como son los respiradores, mecanismos mediante los que el Estado se ha podido desentender de brindar atención a este sector de la sociedad, delegando la responsabilidad de su cuidado en la familia y/o en instituciones como asilos, casas geriátricas o centros gerontológicos, públicos y privados.

En un artículo publicado en agosto del 2020 en el periódico español La Vanguardia, a propósito de un informe que dio a conocer la organización Médicos sin Fronteras, sobre el desamparo que han vivido las personas mayores de las residencias geriátricas durante la pandemia, en el que denuncia “graves problemas” en el modelo de gestión así como en la coordinación entre las diferentes instancias gubernamentales y privadas involucradas, dan a conocer el testimonio de personas que trabajan en estas residencias y que nunca entendieron qué fue lo que sucedió, por qué las autoridades españolas de salud instruyeron en plena pandemia que no se recibiera a las personas adultas mayores en los hospitales,

Alejandro, enfermero en una de estas residencias, explica que en un momento dado se intentó derivar a dos residentes para los que ya no tenían medios, pero desde el hospital les confirmaron que no los admitirían. “Me consta que nuestro médico insistió en la urgencia de esas derivaciones, pero le dejaron claro que de las residencias no se estaban haciendo ingresos. Sin más, no importaban los motivos para pedir la derivación. Los dos pacientes se murieron aquí en el plazo de dos días y,

francamente, no tenía por qué haber sido así. Los dos eran recuperables” (La Vanguardia, 2020. Párr. 5).

Es por medidas como estas que fuimos testigos durante el primer año de la pandemia, de esas escenas tan impactantes en las que de pronto aparecían decenas de muertos en estos lugares. Como se puede ver, no es posible reducir las afectaciones que el Covid-19 tiene en las personas adultas mayores a tan solo el criterio de la edad, verlo desde esta perspectiva más amplia permitirá también identificar mejores estrategias de prevención dirigidas a esta población, que favorezcan una disminución importante en el riesgo de morir por Covid-19.

Esto me lleva a una segunda reflexión, ya en la realidad mexicana, que tiene que ver con los contextos políticos, sociales y económicos en que el mayor porcentaje de personas adultas mayores en nuestro país, se ve obligado a cursar su vejez. Aquí solamente unos datos para ilustrar estas realidades. La Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS-2010) nos permitió conocer que, en México, las personas adultas mayores son el cuarto grupo más discriminado, después de los llamados pueblos originarios, las personas homosexuales y las personas migrantes.

La misma ENADIS muestra como seis de cada diez personas adultas mayores (60%) consideran que sus derechos no se respetan nada o se respetan poco. Por su parte, de acuerdo con las cifras que nos presenta Felipe Vázquez (2017), tomadas del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), sabemos que en México, 70% de la población adulta mayor vive en localidades de muy alta y alta marginación, 45% se encuentra en contextos rurales, tan solo un poco más del 25% cuenta con seguridad social y que 57% de las personas adultas mayores que habitan en zonas metropolitanas se encuentra en condiciones de marginación, inseguridad, pobreza y con su salud deteriorada. Todo esto sin mencionar las condiciones de violencia que padecen hombres y mujeres adultas mayores: violencia física, violaciones sexuales, despojo, feminicidios.

Como sabemos, la violencia es un tema del que las autoridades no se han querido hacer cargo aún y que acusa cifras negras o subregistros importantes. Justo

ahora, a un año y medio del confinamiento, no terminamos de saber cómo están cursándolo las personas adultas mayores en materia de violencia, desconocemos cuántas de ellas están viviendo el aislamiento solas y menos aún cómo lo están viviendo, si tienen sus necesidades básicas resueltas, si están o no siendo monitoreados de alguna manera por sus familiares, si quienes están bajo tratamiento médico están llevándolo debidamente; cuántos de ellos presentan ahora cuadros de miedo o angustia o están en depresión por todo lo que se ha venido divulgando sobre esta pandemia o por el aislamiento mismo.

De igual manera, tampoco sabemos cómo están las personas adultas mayores que conviven en el aislamiento con otros familiares en una misma casa y menos aún de quienes están en los asilos, tampoco de quienes están en situación de cárcel o en los psiquiátricos, todo este desconocimiento es en sí mismo parte de esa violencia estructural que les mantiene invisibilizados(as).

A lo anterior hay que agregar que en México tampoco se ha terminado de construir una verdadera política pública centrada en la atención del envejecimiento poblacional, hay esfuerzos importantes, pero aún aislados y en su mayoría conformados desde un enfoque asistencialista, a todas luces insuficiente, que no mira a esta población como sujetos con derechos. Hoy en día, estas ausencias están colocando a las personas adultas mayores en los sótanos de la estratificación social, concretamente en los lugares seis y siete dentro de la estratificación que plantea Guy Standing (cuyos planteamientos son analizados desde las realidades latinoamericanas por Cuevas Valenzuela, 2015), quien coloca:

En primer lugar a la élite económica (los ricos), en segundo sitio a los trabajadores privilegiados del sistema, quienes cuentan con empleos de tiempo completo y altos ingresos; en tercer lugar los profesionales técnicos, inicio de la cadena de trabajadores sin empleo ni seguridades, pero que por su perfil encuentran fácilmente la posibilidad de hacerse de buenos ingresos; en cuarto sitio, el tradicional proletariado, clase trabajadora; en quinto, el precariado, trabajadores que se desempeñan en trabajos altamente inseguros; sexto lugar, (al que pertenece un

porcentaje cada vez mayor de PAM)¹, los desempleados y finalmente, en el séptimo sitio, los lumpen proletariado, conformado por los marginados de la sociedad, criminales o individuos atrapados en una situación de anomia crónica (p.321).

Es en estos dos últimos peldaños que desafortunadamente hoy día podemos ubicar a un porcentaje creciente de mujeres y hombres adultos(as) mayores, por ejemplo, quienes piden limosna en las calles o venden chicles en los semáforos, quienes se encuentran en situación de calle o aquéllos(as) que han sido abandonados(as) en asilos o casas geriátricas.

¿Qué nos reflejan estos escenarios frente a la pandemia del Covid-19? De entrada, el fracaso de las acciones gubernamentales, privadas y sociales, operadas hasta ahora para atender las necesidades de un creciente sector al que aún no se quiere voltear a ver con el interés y la importancia que requieren, centradas en estrategias de administración de la pobreza, que buscan más conseguir que la gente permanezca en esta situación y no sacarlas de su condición de pobreza y que hoy, muestran una precarización de la vejez que los coloca como el grupo más vulnerable ante el Covid-19, padeciendo una vejez cada vez más caracterizada por su “pobreza, falta de autosuficiencia, inseguridad con respecto a quien debe pedir, suplicar o solicitar favores para autosustentarse” (Cuevas, 2015, p.321).

Por otro lado, Iacub y Arias, en un artículo en que hablan de las ventajas de re-empoderar a las personas adultas mayores y las graves consecuencias que su des-empoderamiento ha representado, documentan como,

Los estereotipos negativos hacia la vejez, en las personas mayores, generan una sensación de “amenaza” a la integridad personal, menor rendimiento a nivel de la memoria (Levy, 1996), en la capacidad para las matemáticas, en el sentimiento de autoeficacia (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2000), en la capacidad para la escritura (Levy, 2000) en trastornos de salud (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2000) y en toda una serie de retiros anticipados de compromisos y roles laborales y sexuales (Iacub, 2003, 2006) ...

¹ El paréntesis es mío.

En Francia un estudio longitudinal realizado en un período de cuatro años demostró que las personas que no se sienten útiles tenían mayores probabilidades de quedar discapacitadas (Grand, Grosclaude, Bocquet, Pous, & Albarede, 1988). En Japón se llevó a cabo una investigación que demostró que las personas mayores de 65 años o más que no se sienten útiles a la sociedad, a diferencia de aquellos que sí lo sienten por realizar tareas de voluntariado social u otras, tenían dos veces más posibilidades de morir en los siguientes seis años (Okamoto y Tanaka, 2004, en Iacub y Arias, 2010, pp. 28-29).

Frente a estos escenarios, las medidas de “sana distancia” y “quédate en casa”, para estos sectores, representan un serio retroceso y atentan contra sus derechos debido a que por su condición tan precaria, no pueden ser puestas en práctica por las y los viejos como se esperaría, como sí sucede con población de otros grupos sociales, que se han podido adaptar más fácilmente a estas medidas, contrario a los sectores más empobrecidos y que viven al día en el comercio informal o en el sector servicios, de los que forman parte la mayoría de las personas adultas mayores, muchos(as) de ellos(as).

Por ejemplo, dependían de servir como empacadores en los supermercados para obtener ingresos, una alternativa denigrante que los gobiernos siempre presumieron y de la que la Pandemia evidenció que en realidad no sumaba en el mejoramiento de sus condiciones de vida. Me parece que, a contrapelo de lo que en su discurso plantean, se trata de medidas que favorecen el des-empoderamiento de las y los viejos, lo que, contrario al estado de bienestar, ha propiciado esa inseguridad social.

Además, las medidas sanitarias de “sana distancia” y “quédate en casa” han agudizado las desigualdades generacionales y de clase, puesto que son las generaciones más jóvenes y con mayores recursos, las que pueden continuar trabajando y percibiendo ingresos desde casa, el famoso *house working*, o estudiar, o mantener vínculos, o establecer nuevos contactos y tener comunicación con otras personas mediante el uso de las tecnologías, un recurso frente al que las personas adultas mayores acusan un doble analfabetismo, producto, una vez más, de una

cultura edadista en que se asevera que la tecnología es solo para los jóvenes y que por lo tanto obliga a hombres y mujeres mayores a vivir la cuarentena en un mayor aislamiento, entre otras causas.

Debido a que no hemos visto hasta ahora la importancia de despertar entre este sector de la población el gusto y la importancia por aprender a incorporar el empleo de la tecnología en su vida diaria, que, como ha señalado ya Ricardo Iacub, en un artículo que publicó en 2020 en el periódico argentino El Clarín, les permita seguir activos, incluidos y vinculados socialmente.

En este sentido, para las personas adultas mayores “quédate en casa” ha reforzado una condición de dependencia para temas como pago de servicios, compra de alimentos e insumos o el cobro de pensiones y otros recursos gubernamentales. Asimismo, “quédate en casa” ha favorecido el sedentarismo, algo contra lo que quienes nos dedicamos a trabajar en temas de envejecimiento y vejez, hemos venido luchando toda vez que este sedentarismo incrementa las posibilidades de padecer obesidad, hipertensión o enfermedades cardiovasculares y todas ellas a su vez, incrementan las posibilidades de padecer alzheimer.

De manera que podemos ver cómo en diferentes momentos y etapas de la estrategia sanitaria, la política o, mejor dicho, la necropolítica elegida por el gobierno mexicano, al parecer está muy tentada, al final, por privilegiar el salvar la vida de las personas más jóvenes. En este sentido, en materia de salud y derechos humanos, habrá que conformar protocolos que favorezcan la intervención para el cuidado y atención de las personas adultas mayores en situaciones de emergencia sanitaria, como es la de esta pandemia, con un enfoque de gerontología comunitaria y de derechos.

Me sigue llamando la atención que aun y cuando se ha reconocido a este sector de la sociedad como uno de los grupos de mayor riesgo, en México, luego de año y medio, no veamos dentro de la primera línea del equipo que toma las decisiones en la estrategia sanitaria, a gerontólogas(os) que estén asesorando en esta materia, inclusive ahora con el programa de reclutamiento y contratación de personal de salud para atender la pandemia en esta Fase 3, se han abierto las puertas a

epidemiólogos, internistas, infectólogos, urgenciólogos y enfermeras pero, de nuevo, los(as) grandes ausentes siguen siendo las y los gerontólogos.

Por otro lado, ante las condiciones de pobreza y la falta de creatividad gubernamental para adecuarse a las medidas sanitarias, pese al “quédate en casa”, estamos siendo testigos de escenas denigrantes y claramente violatorias de derechos, en donde personas adultas mayores han tenido que dormir en la calle para cobrar y recibir sus apoyos, como lo vimos ya en 2020 en las ciudades de Oaxaca y San Cristóbal de las Casas, en el estado de Chiapas, por señalar solo un par de casos, con todos los riesgos sanitarios que esto implica.

Estas situaciones evidencian que no es tan solo la edad el factor de riesgo frente al coronavirus, sino las condiciones en que las omisiones del Estado y una cultura edadista han colocado a este sector, hoy día en su mayoría empobrecido, marginado y excluido, algo que, al parecer, las autoridades continúan negándose a reconocer, reduciendo el problema a tan solo el criterio de la edad.

Es esta misma cultura edadista la que alimentó en México en los inicios de la pandemia, la primera versión del Proyecto de “Guía de Triage para la Asignación de Recursos de Medicina Crítica”, frente al Covid-19, elaborado por el Consejo de Salubridad General, como un claro ejemplo de querer imponer una necropolítica que establece que “a los cuerpos que nos son rentables para el capitalismo neoliberal, que no producen ni consumen (como en el caso de las PAM) se les deja morir”²; en la primera versión de esta Guía se señalaba con toda claridad que en casos de tomar la decisión entre salvar la vida de una persona adulta mayor o una persona joven, se debe dar prioridad a las personas más jóvenes, bajo el muy poco defendible argumento de que la persona adulta mayor tuvo ya la oportunidad de cursar la mayor parte de su vida y que los jóvenes, por el contrario, tienen toda una vida por delante.

Esta es una postura política que contraviene lo establecido en la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

²Entrevista a Clara Valverde, autora del libro *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical*, Icaria/Más madera, 2017, consultado el 24 de abril del 2020 en: http://www.enorsai.com.ar/politica-nota-22416-el-neoliberalismo-aplica-la-necropolitica-deja-morir-a-las-personas-que-no-son-rentables.html?fbclid=IwAR0_SwculrC8mT14ezleNDnOkE-Xw_L79owgL_1IKY5oNYFR19jEIhtvNoU

y a nivel local, con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, donde se establece que, entre otros, las personas adultas mayores tienen derecho a la salud y al acceso a servicios médicos, derecho a programas gubernamentales y a derecho a vivir libres de violencia, olvidando también que actualmente es la vejez la etapa más larga en el ciclo de vida de las personas, es decir, el incremento en la esperanza de vida ha conseguido que una persona con 60 años de edad, muy probablemente tenga, por lo menos, la posibilidad de cursar 30 años más de vida. Afortunadamente el Consejo, luego de una fuerte presión que ejerciéramos desde la academia y organismos defensores de los derechos humanos, recapacitó y omitió esa parte de la Guía.

Algo similar ocurrió en Argentina con las medidas restrictivas exclusivas para las personas de 70 años en adelante, que las obligaba a llamar a un número teléfono determinado y tener que pedir autorización al gobierno para poder salir a la calle cuando les fuera necesario, una medida que también atentaba de manera clara contra los derechos de este grupo y que felizmente tuvo que ser echada para atrás. En México se prohibió el acceso a supermercados a las personas adultas mayores que necesitaban hacerse de alimentos y otros menesteres.

Todos estos intentos gubernamentales de control social y disciplinamiento, que son muy graves, se suman a las declaraciones que hiciera Christine Lagarde en el 2014, siendo directora del Fondo Monetario Internacional (FMI), cuando planteó que “los ancianos viven demasiado y es un riesgo para la economía mundial, por lo que las naciones “Tenemos que hacer algo y ya”.

El asunto acá es, primero, la gravedad que se evidencia de que, en el sistema mundial actual, las personas adultas mayores estorban y resultan una carga difícil de llevar, en segundo lugar, por el tipo de mensaje que se ha enviado a millones de personas adultas mayores en el mundo y que, han tenido un impacto importante en su salud mental y las condiciones en que están viviendo su vejez, ansiedad, miedo, angustia y depresión. La coordinadora de Programas de Gerópolis UV y doctora en Antropología Social, Alessandra Olivi, reflexiona en torno al enfoque de los reportes diarios sobre casos de contagios y fallecidos:

Vejez parecería ser sinónimo de algo prescindible, comunican que ha muerto una persona mayor como si fuera una pérdida menor, no tan relevante. Llegamos casi a una cosificación de la persona mayor, tratada como un objeto viejo y roto, entonces ahí efectivamente se desvirtúa toda la visión de derecho a la vida y a la igualdad. Dentro de estas categorías que se reflejan en los reportes, pareciera que más prescindible eres si estás enfermo o si estás muy mayor, como una especie de jerarquía en el nivel de valor de la vida humana, como si a mayor enfermedad y edad, pues ahí sí que eres desechable (Olivi A., 2020, Párr. 7).

Estas prácticas discriminadoras, las medidas edadistas que ha tomado o planteado y que por diferentes razones no ha conseguido imponer el Estado, a través del gobierno y sus instituciones, sumado al fracaso de los programas de que ya he venido hablando, nos permiten también reconocer en estas prácticas un proceso grave, paulatino y constante de des-ciudadanización de las personas adultas mayores, que se contrapone a los discursos y retóricas político-electoreras, que pregonan el bienestar de este sector de la población, y que se agudiza en los sectores sociales más pobres y desprotegidos, por ello no podemos seguir hablando de grupos vulnerables y sí de grupos sociales, ciudadanas y ciudadanos, vulnerados en sus derechos.

Se trata de una des-ciudadanización que se manifiesta en las condiciones de pobreza y marginación en que se ven obligados a vivir un cada vez mayor número de personas adultas mayores, que violenta sus derechos sociales y culturales: derecho a la educación, empleo (y aquí no me refiero a ser empacador en una tienda de autoservicio), ingresos, vivienda, cultura, deporte, acceso a la justicia, seguridad, etcétera y les priva de oportunidades para vivir en condiciones dignas y autosuficientes su vejez, arrinconándolos en la sombra de la dependencia, como bien describen Alejandro Klein y Marcela Avila-Eggleton (2015), en un artículo muy interesante que escribieron sobre la ciudadanización y des-ciudadanización de las personas adultas mayores en procesos electorales, pero que ilustra muy bien los entornos COVID que he venido señalando

En contraste con la imagen de una adultez capaz de autonomía, vigor y redituable productivamente, el anciano aparece caracterizado socialmente por ser improductivo e inútil. Incapaz de autonomía, de tomar decisiones y de sustentarse, está sujeto a un proceso de regresión infantilizante que lo desciudadaniza irreversiblemente. Pierde, desde este imaginario social, no sólo su condición física y mental, sino también su dignidad social y estética, lo que lo transforma en un ser pobre y desagradable. Su destino es entonces estar solo, en la calle o en un asilo público, en situación de ruina, soledad y abandono (Katz, 1996 y 2000). En este contexto, se visualiza al adulto mayor como excluido de su estatus de ciudadanía (Katz, 1996 y 200, citado en Klein y Ávila-Eggleton, 2015, p. 145).

De manera que el COVID-19 vino a evidenciar estas realidades, lo que ahora toca al Estado es convocar a la sociedad y a las instancias de gobierno, a la construcción conjunta y participativa de verdaderas políticas públicas que reviertan la condición en que ahora se ha colocado al envejecimiento y la vejez, reduciendo así la enorme brecha de la desigualdad.

Hasta aquí he intentado describir la importancia que representa para el estudio y análisis del impacto de la pandemia en las personas adultas mayores, mirar las diferentes realidades de una manera holística. Muchas de las conclusiones y estrategias que se han destinado a este sector de la sociedad, han partido del reforzamiento de narrativas discriminadoras, contenidas en una pedagogía de la vejez que legitima su aislamiento, invisibilización y un acelerado desempoderamiento de la vejez, al tiempo que oculta la precarización en que hoy día se ve obligado a vivir un creciente número de personas adultas mayores, una condición que ha incidido de manera directa en una mayor vulnerabilidad a infectarse de Covid-19.

A partir de la información presentada, he mostrado cómo no es la edad la que condiciona a las personas adultas mayores a ser las más vulnerables a la pandemia, por el contrario, son las negligencias institucionales, una pedagogía edadista de la vejez y la precarización de hombres y mujeres viejas, los factores predisponentes a adquirir está muy extraña enfermedad.

Ya para terminar quiero señalar que, en cuanto se reactive la vida y las personas poco a poco podamos salir y regresar a nuestras actividades, uno de los retos que tendremos será lograr construir de manera colectiva nuevas y mejores formas de convivencia, basadas en el reconocimiento, respeto y observancia de los derechos humanos, la comunalidad, la inclusión y la igualdad de oportunidades. No podemos pretender regresar como si nada haya pasado y continuar con las mismas prácticas edadistas, no podemos pretender que sea así ni moral ni éticamente.

REFERENCIAS

Bazúa, R. (2020). *¿Por qué los jóvenes mexicanos se mueren más de covid-19 que en el resto del mundo y qué hacer al respecto?*. Disponible e URL: en Revista Nexos.

https://redaccion.nexos.com.mx/?p=11821&fbclid=IwAR00sWZ96DZrWUcxJdCy-1LB-9WuKSyXH_OiK51d-WedEanL2YAhCCmmy8Y

Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. (2010). *Encuesta Nacional de Discriminación en México*. Disponible e URL: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200818/482903514942/medicos-sin-fronteras-residencias-coronavirus.html>.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Informe de Pobreza y Evaluación*. Disponible e URL: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Chiapas_2020.pdf

Cuevas, H. (2015). *Precariedad, Precariado y Precarización: Un comentario crítico desde América Latina a The Precariat*. The New Dangerous Class de Guy Standing. *Polis*, 14(40), 313-329. Disponible en URL: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000100015>.

El Mostrador, (2020) *Gerontóloga advierte sobre prejuicios asociados a la vejez en el contexto de la pandemia*. Disponible e URL: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2020/04/22/gerontologa-advierte-sobre-prejuicios-asociados-a-la-vejez-en-el-contexto-de-la-pandemia/>

- Iacub, R. y Arias, C.J. (2010). *The empowerment in the elderly*. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2(2),25-32. Disponible e URL: <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720003.pdf>
- Kenneth F. Ferraro y Tetyana Pylypiv Shippee (2009). *Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin?* *The Gerontologist*,49(3), 333–343.traducción desde la cita.
- Klein, A. y Ávila-Eggleton, M. (2015). *Ciudadanización y desciudadanización de los adultos mayores: El proceso electoral de 2012*. Sociológica, 30(86), 131-166. Disponible e URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732015000300005&lng=es&tlng=es
- La Vanguardia (2020). *Médicos sin fronteras sobre las residencias: Puertas cerradas y personas golpeando, suplicando salir*. Disponible e URL: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200818/482903514942/medicos-sin-fronteras-residencias-coronavirus.html>.
- Oliveri, M. L. (2020): *Coronavirus y personas mayores: un grupo altamente vulnerable*. Gente Saludable. Disponible e URL: <https://blogs.iadb.org/salud/es/coronavirus-y-adultos-mayores/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad Coronavirus*. Disponible e URL: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
- Santoro, E. (2020). *Cuarentena: la feminización de la vejez. El riesgo de ser vieja no es sólo la pandemia*. Disponible e URL: <https://www.pagina12.com.ar/259859-el-riesgo-de-ser-vieja-no-es-solo-la-pandemia>.
- Vázquez, F. (comp.). (2003). *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.
- (2017). *La vulnerabilidad como experiencia de vida. En Vejez y Vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos:*

grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes. Universidad Autónoma del Estado de México/Gedisa.

**CONSECUENCIAS DEL ANALFABETISMO EN PAMS DEL CLUB LOS
TULIPANES DEL INAPAM DE TUXTLA GTZ. CHIAPAS.
El beneficio de las actividades lúdicas como método de alfabetización**

Alegría Pérez Víctor Manuel

victor.alegria@unach.mx

Universidad Autónoma de Chiapas, Licenciatura en Gerontología

Resumen

En el presente documento se aborda el tema de analfabetismo en personas adultas mayores(PAMS), este tema es relevante pues de acuerdo a la encuesta intercensal (INEGI, 2015), Chiapas ocupa el primer lugar con PAMS que no saben leer y escribir, las personas con las que se trabajó son del Club "Los Tulipanes" perteneciente al (INAPAM) donde nos cuentan las diferentes causas que los llevaron al analfabetismo y cómo mediante actividades lúdicas se puede alfabetizar, además se refleja como los hombres en comparación con las mujeres entrevistadas, tuvieron un poco más de favoritismo para que ellos pudieran gozar de la educación, mientras ellas estaban más orientadas a que serían amas de casa, los factores que limitaban a la educación era la falta de dinero por parte de la familia, los lugares retirados de alguna estancia educativa, además de la falta de maestros que no llegaban a las unidades educativas.

Palabras Clave: Analfabetismo, PAMS, Actividades Lúdicas, Calidad de Vida, Machismo.

**CONSEQUENCES OF ILLITERACY IN PAMS OF THE TULIPANES CLUB OF
INAPAM OF TUXTLA GTZ. CHIAPAS.**

The benefit of recreational activities as a literacy method.

Abstract

This document addresses the issue of illiteracy in older adults (PAMS), this issue is relevant because according to the intercensal survey (INEGI, 2015), Chiapas occupies the first place with PAMS who do not know how to read and write, the People with whom we worked are from the Club "Los Tulipanes" belonging to (INAPAM) where they tell us about the different causes that led them to illiteracy and how through recreational activities they can become literate, it is also reflected as the men compared to the women interviewed , they had a little more favoritism so that they could enjoy education, while they were more oriented to being housewives, the factors that limited education were the lack of money on the part of the family, the

places withdrawn from some educational stay, in addition to the lack of teachers who did not reach the educational units.

Keywords: Illiteracy, PAMS, Playful Activities, Quality of Life, Machismo

INTRODUCCIÓN

En el siguiente documento se aborda el tema de “Analfabetismo en personas Adultas Mayores del club los “Tulipanes” del INAPAM” como una experiencia desarrollada en este Club el cual se encuentra en la colonia “Shanka” en el lado norte oriente de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Vale señalar que el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) es un organismo que brinda ayuda a los grupos etarios de cada estado, sólo en nuestra capital tienen más de 10 clubs, por eso, la investigación abarca cuestiones novedosas en “Pro” a personas de la tercera edad que no saben leer y escribir, es una investigación que aporta mejoras a las personas adultas mayores y a sus familiares.

Los datos utilizados para este trabajo se recopilaron gracias a fuentes demográficas, socioeconómicas, instancias internacionales, dependencias del gobierno mexicano, teorías de diferentes autores y por los sujetos de estudio que participaron en esta investigación. A lo largo de la vida las oportunidades del desarrollo como persona se presentan muy pocas veces en la vida, el estudiar hace que la parte cognoscitiva permitiendo el despliegue de nuevas redes neuronales que favorecen el desarrollo cognoscitivo, permitiendo adquirir nuevos conocimientos, y también habilidades sociales en el intercambio con otros.

Vale referir que, cuando la parte cognitiva es estimulada se crean y se asimilan de mejor manera los conocimientos, la educación es un método que facilita el aprendizaje continuo en la vida diaria, pues con esta herramienta podemos tomar diferentes tipos de conocimientos (empírico, religioso, filosófico ,científico ,directo e indirecto) , habilidades y aptitudes, la educación es la primera acción que nos obliga a interactuar con otros individuos desde pequeños, sin embargo la finalidad de este documento es facilitar el proceso de alfabetización a personas adultas mayores con un sistema novedoso, como son las actividades lúdicas.

El problema del analfabetismo es que trae consigo una serie de problemas a nivel personal los cuales son, la poca comunicación con la sociedad, menos oportunidad de acceso al mercado laboral, abuso de poder por las personas que tienen mayores conocimientos que las personas analfabetas, bajo nivel educativo, marginación, discriminación y pobreza, estos son solo algunos de los problemas a los que se pueden enfrentar las personas adultas mayores que son analfabetas.

A un nivel global los problemas pueden ser menor oportunidad en el mercado laboral ya que no pueden acceder a un mejor empleo y de esta manera obtener una mejor remuneración económica, con el bajo nivel educativo las personas no pueden crecer profesionalmente debido a que no pudieron terminar una educación de nivel básico, esto también conlleva a una pobreza y marginación y de esta manera a ser excluidos socialmente (CEPAL, 2009).

En todo el mundo, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, está cambiando la estructura por edad de la población; en la actualidad, la esperanza de vida es mayor de lo que se vivía hace 50 años, como consecuencia, existe una creciente demanda de educación de personas adultas, así como de otros servicios sociales; se ha reconocido que la educación puede jugar un papel vital al permitirles a las personas de edad seguir siendo independientes, mantenerse al tanto de las transformaciones de la sociedad, es por ello que me surgieron las siguientes preguntas: ¿Cuáles fueron las causas que llevaron a las personas adultas mayores del Club los Tulipanes a ser analfabetas? ¿Las causas son distintas para los hombres y las mujeres? ¿Las actividades lúdicas pueden ser un medio para alfabetizar a las personas adultas mayores en el Club de los Tulipanes?

Chiapas es el número uno en rezago educativo, de acuerdo a cifras de la Encuesta Intercensal 2015, con esto se esperaba disminuir los índices de personas analfabetas adultas mayores. Para este trabajo de investigación, se trabajó con las personas adultas mayores del Club de los Tulipanes del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

En este Instituto no se cuenta con un programa especial para los adultos mayores³. Al aprender nuevas habilidades se fortalecen, la autoestima, lo que hace que las personas convivan mejor consigo mismas, con más confianza en lo que son capaces de hacer. Cómo lo menciona Baquero (1997) el aprender trae consigo nuevas experiencias y el desarrollo de nuevas habilidades, complementa y aumenta la formación personal. Las personas adultas mayores pueden superarse día con día y se pretende que con este experimento surjan nuevas metas a corto plazo.

El objetivo principal de esta investigación fue buscar las causas que llevaron a las personas adultas mayores a ser analfabetas y aplicar una estrategia de intervención para que aprendan a leer y escribir, además de:

- I. Buscar que tipos de actividades lúdicas se pueden adecuar para el proceso de alfabetización a personas adultas mayores.
- II. Realizar actividades lúdicas con personas adultas mayores para que aprendan a leer y escribir.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método fue cualitativo, la autora Ángeles en 1999 menciona que este método es un tipo de estrategia que sirve principalmente en una investigación en donde los discursos, percepciones, experiencias y vivencias de los sujetos de estudio son muy importantes, partiendo de esto, debemos reconocer que el método cualitativo “se asocia a la epistemología interpretativa (dimensión intersubjetiva), centrada en el sujeto individual y en el descubrimiento del significado, los motivos y las intenciones de su acción .Esto significa que la epistemología interpretativa lo que busca conocer es lo real, lo concreto, es decir busca obtener los datos de la manera natural, sin alteraciones de los investigadores; esta metodología cualitativa es un conjunto de técnicas para la recolección de los datos, en esta metodología el investigador ve al escenario y a las personas que forman parte de él, desde una

³En el mes de octubre de 2018, se realizó una visita a ICHEJA para conocer con cuales programas contaban, nos informaron que con CONEVyTy MEVYT, ahí nos pudimos percatar que no existe un programa específico para las personas adultas mayores.

perspectiva holística esto quiere decir que las personas, los escenarios y grupos no se ven por separado sino que son un todo; hay que recordar que en todo método existe una manera de hacer las cosas, todo método, cuenta con instrumentos que forman parte de las técnicas de investigación que son las herramientas o formas de obtención de datos sobre el sujeto de investigación.

El enfoque de esta investigación es cualitativo está orientado al cambio y a la toma de decisiones Investigación-acción (participativa, cooperativa). La investigación acción participativa (IAP) ha sido conceptualizada como “un proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad oprimida, colectan y analizan información, y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones políticas y sociales” (Gil, 1998).

Freire en 1997, alude a la pedagogía del oprimido y refleja la convicción de que la experiencia de todas las personas es valiosa y les puede permitir contribuir al proceso. Este tipo de enfoque busca realizar un cambio en la comunidad (muestra) para el beneficio de la realidad de la sociedad perteneciente a esta investigación. Para escoger a los sujetos de estudio de nuestra investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, se realizaron criterios de inclusión y de exclusión esto se hizo con el objetivo de tener mayor credibilidad en los resultados obtenidos. Los criterios de inclusión fueron que las personas adultas mayores asistieron al Club de los Tulipanes, que tuvieran más de 60 años cumplidos y que deseen participar en el proyecto y que no sepan leer ni escribir al momento de la entrevista.

También se tuvieron algunos criterios de exclusión, es decir, las personas que no eran susceptibles de hacer historia de vida; tener menos de 60 años, no estar en el grupo los Tulipanes y que sepan leer y escribir. Nuestras personas objeto de estudio fueron 7 mujeres y 3 hombres (participante del Club mencionado) que hacían un total de 10 personas, con el tiempo desertaron dos hombres por pena e inseguridad además de que tenían que solventar los gastos de sus hogares, esas fueron las razones que nos dieron en ese momento⁴. La investigación se llevó a cabo

⁴ Los dos adultos mayores quienes desertaron, llegaban algunas veces al club, les agradaba participar en las actividades lúdicas, pero no quería ser entrevistados, aun cuando les dijimos que no íbamos a grabarlos en formato mp4, no quisieron corroborar, con esta investigación de esta forma.

en la casa de los participantes, se fueron rotando las instalaciones, pero siempre se estuvo en la colonia “Shanka” ubicada en el lado norte poniente de la capital Chiapaneca.

El presente documento pretende dar a conocer una experiencia innovadora con base a actividades lúdicas para facilitar a personas adultas mayores una nueva forma de aprender y de igual forma combatir el analfabetismo, con un nuevo tipo de estrategia, con esto se pretende disminuir el analfabetismo en el club los “Tulipanes” perteneciente a INAPAM. La idea surgió de una conversación con dos compañeros más, algo que empezó para un proyecto se propuso como idea principal de estudio para plasmarlo en forma de una tesis. La importancia fue creciendo y la investigación empezó a tomar forma.

Con las cifras de este problema en los adultos mayores se pretende disminuir esta problemática social, se espera que las personas adultas mayores aumenten el grado de autonomía y de independencia de una forma placentera o amena sin caer en el estereotipo de “los adultos mayores son como niños” jamás se debe de comparar las edades de las personas, ya que algunos lo toman a malas interpretaciones, se trabajara con un nuevo tipo de sistema para que se les facilite el aprendizaje. La importancia de esta investigación es tener pruebas necesarias para que se demuestre que se puede alfabetizar a través de métodos lúdicos para el mejoramiento cognoscitivo y ver que tanto se puede explotar para el beneficio de adultos mayores.

DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO

Desde este punto empezaré a ingresar conceptos de autores con temas relacionados a esta investigación, que sirvieron de referencia para comprender más este asunto, en forma de tablas comparativas en algunos puntos, junto con mi definición de cada tema.

1.-Conceptualización de personas adultas mayores.

Antes de entrar de lleno con la definición de Persona Adulta Mayor (PAM) es necesario mencionar que también existe el concepto de Adulto mayor este es un término que ha sido utilizado por la sociedad y por profesionales de la salud de manera reciente, se dice que un adulto mayor es aquella persona que tiene más de 65 años, esta persona también llega a ser llamada persona de la tercera edad, dentro de este concepto se menciona que un adulto mayor es aquel que ha alcanzado ciertos rasgos que son vistos desde distintos puntos como lo son los cambios biológicos, los cambios sociales que son los cambios en sus relaciones interpersonales y los cambios psicológicos que estos incluyen experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida.

Autor	Definición
Hernández, 2008	Las personas adultas mayores, al igual que las demás personas, también necesitan gozar de independencia, autorrealización, participación, dignidad y cuidados.
Guerrero y Otros, 1999	Al definir al adulto mayor o la llamada “tercera edad” se indica que la persona adulta mayor es determinada así después de los sesenta años; en esta calificación intervienen factores sociales, biológicos y cronológicos.
Organización Mundial de la Salud, 1989	Señaló que el adulto mayor es toda aquella persona cuya edad este entre los 60-80 años, ya que a partir de los 80 años ya es considerado como anciano (para esa fecha).
Alegría 2019	Las PAMS son un grupo grande a nivel social, donde tienen cambios desde una mira biopsicosocial, ante otras personas menores, los cambios pueden ser físicos hasta los psicológicos, donde influyen factores demográficos, para su cambio, además de su estilo de vida.

Fuente: Elaboración propia (2021)

2.- ¿Qué significa ser una persona analfabeta?

Al llegar a una edad avanzada se idealiza de dos formas , la primera que se llega a una etapa de madurez, en la cual se goza el cariño de sus seres queridos, en

este mismo punto, se desarrolla la ideología del descanso laboral y la diversión con las nuevas generaciones (con nietos, esto si llegan a tener hijos), y en el segundo punto se piensa que al llegar a una edad avanzada es decir a partir de 60 años las personas se empiezan a desgastar física y emocionalmente, llega el menosprecio social, algunas enfermedades.

Autor	Definición
Navarro (2012)	El concepto ha requerido una evolución propia con el fin de hacerlo coherente con las necesidades de las personas así definidas. Digamos que ha requerido desarrollarse para incluir habilidades progresivas que permitan a las personas integrarse de mejor manera a la sociedad.
Robles y Moctezuma (2013)	Dicen que el analfabetismo es un gran déficit que afecta a la sociedad que lo soporta, estos autores exponen que las personas con analfabetismo son limitados al crecimiento personal y que puede llegar a afectar a su núcleo familiar, este mismo problema pone en desventaja a quien lo padece, el saber leer y escribir es un logro personal.
Robles (2012)	Para la población adulta el analfabetismo es la máxima carencia educativa y está asociado a la persistente incapacidad de incorporar a la población al sistema de instrucción formal. Los actuales adultos analfabetos son niños que en su momento fueron excluidos del sistema educativo de su país en su acepción original y más simple.
Alegría 2019	Son aquellas personas de diferentes edades que no tuvieron la oportunidad de aprender a leer y escribir, por la falta de una educación, la cual es corrompida por distintos problemas.

Fuente: Elaboración propia a raíz de la revisión de conceptos (2021)

3. Analfabetismo en personas adultas mayores del Club “Los Tulipanes”

El Club “los Tulipanes”, es un club conformado por personas adultas mayores, es un club perteneciente al Instituto Nacional Para Personas Adultas Mayores (INAPAM); Desde su creación el INAPAM ha impulsado acciones que fomenten el desarrollo para el beneficio de personas adultas mayores y su participación e inclusión en la esfera económica y social de la vida colectiva. Esta institución también

cuenta con Clubes a nivel nacional, los clubes de INAPAM son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines (INAPAM, 2018).

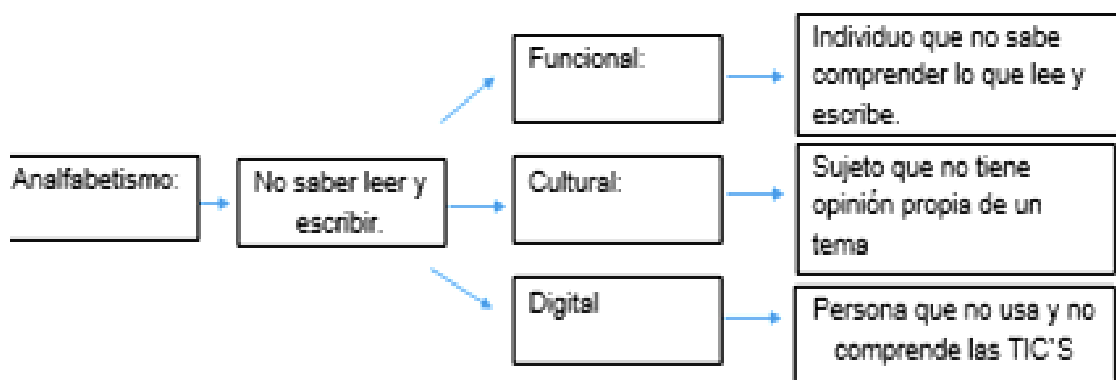
La finalidad de generar estos espacios es promover la participación de las personas adultas mayores, fomentando la organización e intervención en la solución de sus problemas, al tiempo que propicia su permanencia en la comunidad.

Este organismo público es rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2018).

4.-Tipos de Analfabetismo.

En este apartado de la investigación, se abordarán los tipos de analfabetismo que existen, funcionales, culturales y digitales, con esto se pretende entender las diferencias y las similitudes que existen entre estos términos. Navarro y Moctezuma (s.f) mencionan que el analfabetismo es un poderoso factor en la escasez, la marginación y la diferencia social, en la actualidad este problema va en disminuyendo a causa de las políticas públicas que generan los gobiernos.

Martínez en el 2014, mencionaba que había distintos tipos de analfabetas, los que no comprendían lo que leían, los que sabían algunas fechas importantes pero que no sabían la historia de tras, y los analfabetas de la nueva era, refiriéndose a las tecnologías.



Fuente: Elaboración propia a raíz de la revisión de conceptos (2021)

5.- Género:

Cuando hablamos de género nos estamos refiriendo a una relación abstracta que es producto de la evolución histórica, hablamos de lo que sucede con las mujeres comunes (Lagarde, 1996).

Autores	Investigación
Lagarde (1996) Es un conjunto de características asignadas al sexo, menciona también que estas características que tradicionalmente se pensaba que son de origen sexual, en realidad son de origen histórico, por eso se dice que las características son “atribuidas”; existe un mito que proviene de la ideología religiosa (que es la más dominante en México) que dice que todo lo que somos las mujeres y los hombres es “natural” y tiene un origen “sexual”. Este mito tiene un contexto social.	Las mujeres tenían poca oportunidad de estudiar, porque solo debían de dedicarse a sus casas, ayudar a sus hermanos varones, realizar compras, realizar ventas para ingresar dinero a sus hogares.

Machismo Catañeda (2002), Viramontes (2011) El machismo se puede definir como un conjunto de creencias, actitudes y conductas que manifiestan la superioridad del hombre sobre la mujer en áreas consideradas importantes para los hombres.	Los padres no le permitían a las mujeres estudiar, querían que sus hijos se superaran profesionalmente mientras ellas hacían labores domésticas, para que fueran buenas esposas.
--	---

Fuente: Elaboración propia a raíz de la revisión de conceptos (2021)

7.- Beneficios del uso de actividades lúdicas como apoyo en el proceso de alfabetización.

Autores	Investigación
Concepto de actividades lúdicas Einstein, Andreu y Garcia (2000) "Los juegos son la forma más elevada de la investigación"	Los participantes no tenían conocimiento acerca de lo que era la lúdica, ellos sabían que solo se podía aprender mediante un pizarrón, un lápiz y un cuaderno, al principio decían que las actividades parecían más un juego, pero conforme se avanzaba trabajando se dieron cuenta de que era una buena forma de aprender, al final aprendieron a leer y escribir.
Tipos de aprendizaje: el aprendizaje no debe ser monótono Diaz y otros (2010), Keefe y otros (1979), Lomas (2006) El aprendizaje preferencial complementario es un nuevo modelo de estilos necesario para conocer la forma de aprender del alumno, proporcionar una atención individualizada por perfil y, en general, mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.	
Andreu y García (2000) expresan que las actividades lúdicas son un medio atractivo y motivador para las personas que lo practican, estas actividades desarrollan la atención hacia lo que se les está enseñando.	

Fuente: Elaboración propia a raíz de la revisión de conceptos (2021)

Se utilizó la Pedagogía como instrumento de suma importancia en esta investigación. La pedagogía es un conjunto de saberes que buscan tener impacto en el proceso educativo, en cualquiera de las dimensiones que este tenga, así como en la comprensión y organización de la cultura y la construcción del sujeto (Hevia

Bernal, s.f.) Se utilizó la Gerontología como método de acercamiento en esta investigación, ya que la Andragogía es una disciplina que estudia la educación y el aprendizaje de las personas adultas mayores, nuestras muestras fueron hombres y mujeres mayores de 60 años así que fue la opción más viable al tipo de investigación que se realizó.

Actividades realizadas:

Actividad	Objetivo
Ejercicios de Concentración y Atención (Estimulación cognitiva)	Con estos tipos de ejercicios estimulamos el cerebro y tratamos de que partes como el lóbulo frontal y occipital trabajen más, se les pide a las muestras que se paren y que hagan ejercicios de respiración, que jueguen con su lengua , pulgares , cuello y brazo para que tengan una mejor atención a la hora de las practicas.
Imita la letra. (Ejercicio Motriz)	Con letras ya formadas en un cartón, las personas tienen que imitar la forma de las letras y los demás tienen que adivinar las letras.
Gato Letra. (Ejercicio de Razonamiento.)	Se utiliza una hoja y un lápiz, trazan letras básicas (abecedario, vocales y se habla lo más fácil posible del tema relacionado.
Sopa de Palabras (Ejercicio Sensorial.)	Es muy conocido la pasta de Sopa de letras, la cual es comible, pero en este equipo nos servirá de forma cruda para conocer las diferentes letras y formar algunas palabras
Entrevista	Aplicación de entrevista de los participantes en esta investigación.
Hoja de Harina (Ejercicio Sensorial.)	Con un cuarto de harina se coloca sobre alguna superficie plana, con el dedo índice a manera de lápiz se va formando figuras, letras y palabras, con la palma de la mano se borra y se forma una nueva letra.
Letra Regadas	De una forma muy sencilla las personas aprenden las diferentes letras que hay en el

(Ejercicio Sensorial y Motriz)	abecedario y las vocales, con pedazos de cartón y con un plumón se trazan las letras y se colocan en una mesa esperando a que encuentren la letra que se le diga, al finalizar deben de formar una palabra.
Suma de Letras (Ejercicio de Razonamiento.)	Al igual que la actividad anterior con pedazos de cartón y plumón se trazan palabras y los AM tienen que formar una oración coherente
Crucigramas Y Sopa de Letras impresa. (Ejercicio de Razonamiento y Razonamiento)	Se elaborará un crucigrama sencillo de tal manera que las personas adultas mayores se relacionen más con algunas letras y en la segunda actividad se espera que las personas participantes empiecen a relacionarse con algunas palabras,

Fuente: Elaboración propia a raíz de la revisión de conceptos (2021)

RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante esta investigación se dividen en tres apartados que son los siguientes: a) causas que llevaron a las personas adultas mayores a ser analfabetas, nivel de escolaridad; b) consecuencias que trajo consigo el no ir a la escuela, y; c) el proceso de alfabetización con actividades lúdicas.

En el primer apartado, los resultados obtenidos fueron los siguientes; de los 8 participantes 4 de ellos tenían que trabajar para ayudar a la familia con los gastos y por este motivo no asistieron a la escuela y como consecuencia no aprendieron a leer y escribir, de los 4 participantes restantes, 2 no tenían una buena economía familiar y por este motivo no tenían acceso a la educación, de los 2 restantes uno de ellos no acudió a la escuela debido a que el lugar donde vivía habitaban personas con solvencia económica y estas personas le pagaban a los maestros para que impartiera clases, el otro participante no asistió a la escuela debido a que sus papás decían que ya estaba grande como para ir a la escuela y aprender algo.

A continuación, se presentan los resultados relacionados a el nivel de escolaridad de cada participante y las posibles consecuencias que tuvieron al no asistir a la escuela: todos los participantes tienen como escolaridad la primaria incompleta, no asistieron a la escuela por las razones antes expuestas, las

consecuencias que esto les trajo se muestran a continuación se presentan algunos fragmentos tomados de las historias de vida:

“Sí tuvo consecuencias para mí, porque me hubiera gustado aprender a leer y escribir sumar restar, saber bien escribir, pero esto no le trajo consecuencias a mi familia”- (Historia de vida 1)

“No, no trajo consecuencias, tampoco para mi familia tres de mis hijos terminaron la secundaria y otro terminó su carrera estudio administración” (Historia de vida 3)

“Si tuvo consecuencias, pues yo no aprendí nada y me hubiera gustado aprender y para mi familia no trajo consecuencias ya que mis hijos si estudiaron y pues eso les dio una mejor vida” (Historia de vida 6)

“Si nos afecta, porque no nos podemos defender bien, si saben leer se defienden mejor, igual a mi familia le trajo consecuencias, ya que no se pueden defender de muchas cosas por no saber leer ni escribir” (Historia de vida 8)

Después de haber realizado las historias de vida, se realizaron actividades lúdicas con la finalidad de que los participantes aprendieran a leer y escribir, se utilizaron diversas actividades, en donde se trabajó de manera grupal y también de manera personal. En las actividades que se requería de más apoyo y explicación nos acercábamos a los participantes para resolver las dudas que surgían, después de 6 sesiones con actividades lúdicas se aplicó una evaluación en la cual los resultados obtenidos fueron que, ya identificaban las letras y números pero todavía no podían escribir su nombre o una oración; por lo consiguiente se realizaron 6 sesiones más de actividades lúdicas, reforzando lo antes ya visto; así mismo se aplicó una segunda evaluación en donde la mayoría de los participantes ya escribía su nombre, identificaba números y realizaba sumas sencillas, la minoría de los participantes que aún no podía recibió ayuda por parte de aquellos que ya lograba escribir su nombre.

Los ejercicios de concentración ayudaron muchos para la estimulación cognitiva, pues son ejercicios que ayudan a la retención de información y a la memoria, es una amplia estrategia para los gerontólogos para la prevención de pérdida de memoria, lagunas mentales entre otras, es un tratamiento no farmacológico que mejora el rendimiento y la capacidad cerebral.

Se realizaron dos evaluaciones, esta consistía en dictar palabras, letras y números que previamente se habían repasado, en la primera evaluación algunos de los participantes se desarrollaron de buena manera, algunos tenían conocimientos empíricos sobre algunas cosas y se les facilitó la relación con las actividades que se hicieron en el transcurso de las semanas (las vocales , el abecedario, silabas, número, otros no, pero la segunda evaluación 6 de 8 personas de las PAMS respondió de manera excelente, las muestras respondieron bien a las evaluaciones lograron escribir algunas frases, oraciones de sus actividades de la vida diaria pudieron leer pausadamente algunas oraciones que ellos mismo hicieron y que compañeros escribieron para ellos, al final de la investigación el 3 de las 8 muestras lograron reconocer las letras y números⁵.

Con esto podríamos concluir que las actividades lúdicas son una muy buena opción para poder enseñar a leer y escribir, no solamente en personas adultas mayores, sino también para aquellas personas a las cuales el método clásico de enseñanza se les dificulte un poco, las actividades lúdicas son la opción más viable para una persona analfabeta que no lee y no escribe. La estimulación cognitiva ayuda a que las personas tengan una mejoría en la atención, la concentración y a la memoria, la actividad física fomenta al mejoramiento de la salud.

CONCLUSIONES

Según la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América (EEUU), Gerontología es el estudio científico de los procesos y problemas del envejecimiento desde todos los aspectos: biológicos, clínicos, psicológicos, sociológicos, legales, económicos y políticos.

Relacionarme con las personas adultas mayores resultó un poco complicado, ya que las personas de la tercera edad no se sentían con la confianza de expresar su sentir. Los resultados de la experiencia social fueron exitosos. Se logró tocar los

⁵Cuando una persona tiene más conocimientos empíricos de algún tema tiene cierta ventaja en las actividades, esto pasó con nosotros porque algunas de nuestras muestras conocían algunas letras, pero no sabían combinarlas con otras para hacerlas letras, otras personas tenían más conocimientos del tipo matemático que les ayudo desde sus infancia porque algunos debían de vender algunas cosas y necesitaban saber de números para cobrar de lo contrario sus padres los castigan.

puntos más vulnerables, aunque para algunos fue difícil, puesto que se negaban rotundamente a la participación social y grupal, alguna tenía pena de cierta forma.

Las actividades resultaron cómodas, fáciles y llamativas para los adultos mayores, se cumplió con los propósitos de cada una de ellas, se rompieron las expectativas de negatividad, se logró involucrarlos a todos para poder realizarlas. Uno de los principales aprendizajes fue la importancia de la responsabilidad y creatividad ya que se observaba cuál era la actividad que más les gustaba o la que más necesitaban, se trataron de diseñar a la edad y a las condiciones de cada persona. La intención para que las personas adultas mayores comenzaran a expresarse grupalmente fue bastante satisfactoria, ver que cada semana llegaban con más ganas a realizar las actividades que les presentamos, la idea de verlos crecer como grupo se cumplió. Los objetivos primordiales de este trabajo se llevaron a cabo, hubo integración y participación de los miembros del grupo.

Es muy importante el saber que actividades se pueden realizar, ya que el tiempo y espacio no son los mismos, también es importante realizar actividades que sean de interés del grupo que sean de carácter benéfico para los adultos mayores. Se espera que después de dar a conocer este trabajo, muchas personas adultas mayores o no, tengan una alternativa innovadora para aprender nuevas cosas, como lo fueron las actividades lúdicas y saber que al hacerla trae consigo grandes beneficios para tener una buena calidad de vida.

Al realizar esta investigación aprendimos muchas cosas que se refiere a esta área de la gerontología, lo principal fue obtener valor para estar frente a un grupo, mejoramos los conocimientos, aprendimos a ser responsables, amables, puntuales, a tener paciencia, a saber, escuchar, aprendimos a observar y sobre todo a buscar estrategias para que a las personas adultas mayores les permitan desarrollar y lograr los aprendizajes deseados

BIBLIOGRAFÍA

- Andreu, D. & García (2000). *Actividades lúdicas en la enseñanza de LFE: el juego didáctico*. En la Conferencia Internacional de Español para fines específicos. Valencia, España. Recuperado el día 10 de Octubre de 2019, en: https://cvc.cervantes.es/ENSENANZA/biblioteca_ele/ciefe/pdf/01/cvc_ciefe_01_0016.pdf
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. Grijalbo. México.
- Díaz Roca, M., Gil Cordeiro, F. J., & Alonso Morales, J. (2010). *Un nuevo modelo de estilos de aprendizaje: el aprendizaje preferencial complementario*. En jornadas de enseñanza universitaria de la informática. . Universidades de Santiago de Compostela. Escola Técnica Superior d'Enxeñaría. España. pp. 283-290
- Gil, D. (1998). *El papel de la educación ante las transformaciones científico-tecnológicas*. Revista iberoamericana de educación, 18, pp. 69 – 90.
- Hernández, M. R. (2008). *La percepción de la persona adulta mayor*. Costa Rica.
- Hevia Bernal, D. (s.f). *Arte y Pedagogía*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/arte_y_pedagogia.pdf
- INAPAM (2018). *Mejores leyes para adultos mayores*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/mejores-leyes-para-adultos-mayores?idiom=es>
- INEGI. (2015). Encuesta intercensal 2015. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Keefe, J. W. Learning Style: An Overview, in Keefe, J. W. (1979), *Student learning styles: diagnosing and prescribing program.*, Reston, Va: National Association of Secondary School Principals, Phoenix, Arizona.
- Lagarde, M. (1996). *La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. Metodología para los estudios de género*. México: Instituto de investigaciones económicas, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 48-71.
- Lomas, C. (2006). *El trabajo pedagógico con la palabra en la educación lingüística y literaria*. Revista Magisterio. Educación y Pedagogía, vol. 23, pp. 32 – 35.

Navarro Robles, J., & Martuscelli Quintana, J. y. (s.f). *El analfabetismo. Plan de diez años para desarrollar el Sistema Educativo Nacional*. (UNAM, Ed.) Recuperado el 13 de octubre de 2019, de <http://www.planeducativonacional.unam.mx/>

Navarro, J. (2012). *Analfabetismo en México: una deuda social*. Revista internacional de estadística y geografía

Organización Mundial de la Salud (1989). La salud de las personas de edad. Informe del comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 779. Ginebra, Suiza.

Robles y Moctezuma (2013) *Analfabetismo en México: una deuda social*. Int Estad Geogr. Recuperado el 11 de 10 de 2019, de https://www.inegi.org.mx/RDE/RDE_07/doctos/RDE_07_Art1.pdf.

Martínez, D. T. (2014). *El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe panorama y principales desafíos de política*. Santiago, Chile.

ANEXOS



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 1
Club los "Tulipanes"



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 2
Actividad "Gato letra"



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 3
Actividad "Sopa de letras"



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 4
Actividad "Buscando Letras"



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 5 Actividad" Crucigramas y
sopa de letras impreso"



Ilustración SEQ Ilustración * ARABIC 6
"Participantes"

**EL SÍNDROME DE DOWN Y SU RELACIÓN CON EL ALZHEIMER:
Una exigencia para la intervención gerontológica****Rodas Marín, Alejandra Guadalupe y Soto Díaz, Alejandra Kristel**ale3roma@gmail.com y lecy_40@hotmail.com

Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), licenciatura en Gerontología.

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue ver el alcance que podía tener la intervención gerontológica en personas adultas con síndrome de Down ya que, esta condición se encuentra estrechamente relacionada con la enfermedad de Alzheimer. La intervención gerontológica estuvo encauzada para mantener la funcionalidad cognitiva en personas con síndrome de Down. El corte de investigación fue "cualitativo" con un enfoque socio-crítico. El universo poblacional estuvo constituido por 10 personas que forman parte de la A.C "unidos Pro-Down" de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México. Como técnicas se utilizaron la observación participante, así como también los instrumentos fueron el diario de campo y algunas escalas gerontológicas. Se concluyó que la intervención que se realizó puede ser una alternativa factible, oportuna y eficaz para la mejora de las capacidades cognitivas si esta se realiza de manera adecuada, temprana y constante en la persona con síndrome de Down (SD)

Palabras claves: funcionalidad cognitiva, envejecimiento, autonomía, enfoque multidisciplinar, prevención.

**DOWN SYNDROME AND ITS RELATIONSHIP WITH ALZHEIMER:
A requirement for gerontological intervention****ABSTRACT**

The main objective of this research was to see the scope that gerontological intervention could have in adults with Down syndrome since this condition is closely related to Alzheimer's disease. Gerontological intervention was aimed at maintaining cognitive functionality in people with Down syndrome. The research cut was "qualitative" with a socio-critical approach. The population universe was made up of 10 people who are part of the A.C "Unidos Pro-Down" of the city of Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Mexico. Participant observation was used as techniques, as well as the instruments were the field diary and some gerontological scales. It was concluded that the intervention that was carried out can be a feasible, timely and effective

alternative for the improvement of cognitive abilities if it is carried out adequately, early and constantly in the person with Down syndrome (DS).

Key words: cognitive functionality, aging autonomy, multidisciplinary focus, prevention.

INTRODUCCIÓN

En el comienzo del siglo XXI, la esperanza de vida ha incrementado notablemente debido a los múltiples avances educativos, científicos y médicos, el cambio demográfico se ha producido muy rápido, hoy subsiste la necesidad de atender los efectos del crecimiento poblacional, pues existe una elevada proporción de adultos mayores, y esas cifras irán en aumento; nos topamos con un enorme desafío que repercute en toda la humanidad. Este crecimiento es denominado envejecimiento demográfico, según Pérez (1998) “consiste en un cambio en la estructura por edades o, en otras palabras, en el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras en el conjunto de la población” (p. 2).

Hablando en términos estadísticos, esto significa que, la pirámide de población va perdiendo anchura por su base mientras la gana por la cúspide; debido a esto se promueven cambios en la manera de ser y de pensar, ya que las personas deberán adaptarse a los cambios de ritmo de vida y a las nuevas expectativas sociales relacionadas por la edad. De cierta manera es preocupante, pues la tendencia es a envejecer con mala calidad de vida; sin embargo, es importante implementar estrategias que apuesten hacia un envejecimiento saludable.

Existe un interés hacia el estudio del proceso del envejecimiento de las personas con Síndrome de Down (SD) debido al incremento de la esperanza de vida, cada vez es más la necesidad de saber cómo envejecen y qué medidas se tienen para capacitar al individuo o al familiar en este proceso de vida. Y al menos en la sociedad donde vivimos no existen las medidas necesarias para poder ayudar a esta población y principalmente cumplir con sus necesidades. Surge una mayor relevancia en el buen envejecer de la persona que posee una condición adicional, cuya importancia radica en la adecuada intervención ajustada a sus necesidades.

La importancia de este estudio radica en los beneficios que podría tener una adecuada intervención gerontológica para mantener la funcionalidad cognitiva en personas con síndrome de Down, debido a que presentan mayor probabilidad de un envejecimiento prematuro y uno de los riesgos de salud al que están más expuestos es la demencia tipo Alzheimer. La demencia afecta de manera significativa la calidad de vida de la persona, así como su entorno familiar más próximo. A pesar de que las personas con dicho síndrome tienen una esperanza de vida menor a la de una persona sin este, si comparamos esta con años anteriores; gracias a los avances tecnológicos, médicos y asistenciales ha ido aumentando, pero de nada sirve que la esperanza de vida sea mayor si la calidad de vida es precaria, por lo que pretendemos que con la intervención podamos prolongar la calidad de vida, tanto del portador del síndrome como de su entorno familiar, al reducir el riesgo de desarrollar este tipo de demencia.

Es de suma importancia aportar métodos y medidas preventivas que ayuden al adulto mayor a tener una salud cognitiva, fomentar la autonomía personal y que se pueda posponer lo más posible la aparición de la enfermedad o incapacidad; es decir que el vigor y la salud duren el mayor tiempo posible antes de un periodo de declive o enfermedad; lo cual -como ya se ha mencionado repercutirá de una manera positiva en la calidad de vida.

DESARROLLO

En la actualidad debido al aumento desmedido de la población envejecida es de suma importancia que se intervenga de una manera eficaz y oportuna para se pueda lograr un envejecimiento exitoso, lo que conlleva a tener un bienestar biopsicosocial, sin duda alguna la gerontología juega un papel importante para lograr este objetivo.

Según Millán Calenti y Maseda Rodríguez (2011)

La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas de acuerdo a los aspectos que recoge: la gerontología social, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; la gerontología experimental, referida a los aspectos de

investigación que nos permitirían avanzar en el conocimiento del envejecimiento y, por último, la gerontología clínica, que se referiría a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención terapéutica, incluida la rehabilitación y readaptación social (p.2).

La gerontología es una ciencia multidisciplinar debido a que se toman conocimientos de otras ciencias y especialidades; cabe mencionar que existen varios aspectos que influyen o determinan en el proceso de envejecimiento, sin embargo, el envejecimiento se vive de diferentes formas en cada individuo. En la investigación de Berzosa (2013) donde desarrolla la planificación del proceso de envejecimiento menciona que:

Envejecer es un proceso individual, pero envejecer bien incluye un componente social, dado que también implica a la familia con la que [se] convive, a las organizaciones y a la propia sociedad a la que pertenece como ciudadano activo (s/p).

Significa que cada individuo vivirá su proceso de manera diferente y personal, pero el vivir ese proceso de manera exitosa involucra a la sociedad; por eso es de suma importancia reconocer que cada individuo debe responsabilizarse de cómo envejecer, es ahí donde interviene la gerontoprofilaxis⁶, como una medida que disminuye la vulnerabilidad que se va acumulando a través de los riesgos genéticos, el estilo de vida y las enfermedades a lo largo del tiempo. Lamentablemente no se practica mucho en este país; entendiendo que estas herramientas ayudarían de manera significativa a una persona antes y durante el proceso de envejecimiento.

Al enfocarnos en las personas con síndrome de Down, vemos que éstos tienen un proceso de envejecimiento muy particular, pues al envejecer la mayoría tienden a experimentar dificultades como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer (EA); por eso, es importante estudiar con detenimiento estos casos a fin de saber qué acciones se deben tomar al respecto. Como bien se sabe, las personas con SD poseen una tercer copia total o parcial en el cromosoma 21, el cual genera un gen⁷

⁶ Gerontoprofilaxis: Medidas preventivas y de rehabilitación en personas envejecidas.

⁷ Proteína Precursora Amiloide (APP)

que produce una de las principales proteínas⁸ que intervienen en el desarrollo de la EA y debido a la tercer copia del cromosoma 21 que posee el individuo con SD esta proteína se produce en exceso, lo cual afecta al cerebro.

El órgano más afectado en el SD es el cerebro, esto repercute tanto en el desarrollo del individuo en las primeras fases de su vida, como a lo largo de toda su vida, lo cual condiciona su evolución. Esos desenlaces abarcan diversas funciones del cerebro como las sensoriales, motoras, cognitivas y también conductuales. En el síndrome de Down muchas de las funciones cognitivas se desarrollan más rápido que otras, algunas resultan más sencillas que otras, incluso, las deficiencias cognitivas que existen en el individuo se perciben notablemente cuando la tarea a realizar resulta ser muy demandante.

Lemes Vázquez y Madrazo Mejías (2013) en su publicación, titulada Actualización sobre la Enfermedad de Alzheimer, mencionan el SD como un factor de riesgo para desarrollar la EA al decir que:

La enfermedad es multifactorial, entre los factores de riesgo de naturaleza no genética ya demostrados están: la edad avanzada (en todos los estudios el riesgo de demencia se incrementa con la edad), historia de demencia en uno o más familiares de primer grado, género femenino (debido a que las mujeres generalmente viven más que los hombres, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, sobre todo después de los 80 años) y padecer síndrome Down (s/p.)

Las particularidades del cromosoma 21 sitúan al portador del Síndrome de Down adulto, como una persona vulnerable ya que, se encuentra más propenso a desarrollar la EA. De allí que, es importante mencionar que, en otras formas de discapacidad intelectual no se aprecian los mismos riesgos de padecer esta enfermedad, por lo cual podemos argumentar que la condición de SD es un factor de riesgo predisponente para tenerla. A pesar de la elevada probabilidad de que los adultos con SD lleguen a desencadenarla, no podemos generalizar este hecho, porque muchos podrán llegar a la vejez sin desarrollarla. En la guía práctica para cuidadores por la NDSS mencionan que:

⁸ Beta- Amiloide

Las actuales estimaciones sugieren que la enfermedad de Alzheimer afecta a más del 30% de las personas con síndrome de Down en su década de los 50, y al 50% o más en la de los 60, incrementándose en adelante aún más el riesgo conforme avanza la edad (Morán, et al., 2018, p.7)

Con lo anterior, entendemos que no toda la población adulta con SD desarrolla la EA, pero la edad avanzada es un factor de riesgo importante que va aumentando conforme pasan los años. Tomando en cuenta la cita anterior el porcentaje de riesgo en personas con síndrome de Down para adquirir la EA no es tan alarmante, sin embargo al tener ellos una condición como esta de base que trae consigo sus propias dificultades, podría resultar muy problemático, debido a que la calidad de vida del individuo disminuiría de una manera preocupante.

Es primordial que se actúe de manera anticipada a la adultez para que se pueda retrasar e incluso evitar esta enfermedad ya que, en el caso de las personas con síndrome de Down la diversidad es mucho mayor y esto hace que resulte especialmente difícil diagnosticar el inicio de un posible deterioro con solo utilizar los mismos criterios que se utilizan para la población general, sumándose así a la gran dificultad de tener un diagnóstico a tiempo.

En la población con síndrome de Down, dada la condición de base, “es imprescindible establecer la línea base de funcionamiento cognitivo para cada persona en particular y hacer el seguimiento evolutivo para poder determinar el inicio de un posible deterioro” (Devenny et al., 2000 citado en Fernández, s.f, pp.3 y 4).

Ante lo referenciado, los cambios cognitivos en fases iniciales, pueden ser muy difíciles de detectar, evaluar a una persona con síndrome de Down en busca de una posible enfermedad de Alzheimer es más complicado que en la población general, por la carencia de herramientas de evaluación específicas para diagnosticarla y por la poca documentación que suelen aportar sobre sus capacidades previas cuando se desencadena la enfermedad. Es importante conocer

el punto de partida intelectual y el ambiente que les rodea, con esta condición si no hay un nivel de referencia establecido es muy difícil medir el deterioro.

En cuanto a los indicadores que pueden informar de los cambios en el estado emocional puede observar cierta irritabilidad, cambios de humor, labilidad emocional y ciertos trastornos adaptativos y de relación. Los primeros cambios que suelen aparecer y que a veces son difíciles de precisar son los cambios emocionales y conductuales (Ball et al., 2006, 2008 citado en Fernández, s.f., p. 4).

Según lo anterior se muestran indicios de aparición de cambios emocionales y en la conducta como la apatía y la inactividad, disminución en el nivel de atención, interés y motivación por las cosas, disminución en la iniciativa y en la velocidad en el procesamiento de la información.

En cuanto al funcionamiento cognitivo de las personas con síndrome de Down, a pesar de que el perfil de cambios cognitivos durante el proceso de envejecimiento es marcadamente individual, afecta principalmente a la memoria, el lenguaje, las habilidades visuoestructurales, las funciones ejecutivas y las praxias” (Signo. et al, 2016 p.84).

Estos cambios se destacan con la aparición inicial de una mayor lentitud en el tiempo de reacción frente a determinados estímulos, dificultades de aprendizaje, sobre todo en la adquisición de nuevas habilidades e incrementa la dificultad de afrontar trabajos complejos en la capacidad de resolución. La velocidad de aprendizaje es más lenta que en el resto de la población, sin embargo, la edad mental propiamente dicha y la capacidad de aprender siguen funcionando a lo largo de la vida. En el síndrome de Down estos cambios no se suelen advertir al principio e incluso pueden confundirse con un síndrome depresivo; es muy importante conservar el máximo de hábitos cotidianos y potenciar mucho el contacto y las relaciones sociales.

Para hacer posible el correcto desarrollo de la intervención gerontológica, el papel del gerontólogo es fundamental ya que utiliza una serie de instrumentos especializados que le ayudan a obtener datos necesarios para analizar y planear

estas intervenciones personalizadas para la atención multidisciplinar de la persona mayor, dicha intervención se entiende como un análisis del abordaje de los problemas de los ancianos desde el nivel de intervención individual y familiar en trabajo social.

Por esta razón, es elaborado un modelo que plantea a la familia como un eje dentro del cual ocurre la protección y la socialización, la interacción personal y los contactos directos de la vida doméstica. El conocimiento de la interacción familiar y social y de la propia percepción sobre lo que le acontece al anciano ayuda a que las demandas planteadas sean entendidas como la expresión de una necesidad social, a satisfacer a través de la participación del anciano y de su entorno (Cordero, Cabanillas, & Lerchundi, 2003, s/p).

Evidentemente que, es de suma importancia trabajar desde las diferentes perspectivas como una de las estrategias para el desarrollo de diseños, planes, programas y proyectos gerontológicos; al considerar el papel central que tiene un adulto mayor y su relación familiar, social e incluso con las instituciones gubernamentales o no gubernamentales para que de esa forma se amplíe las capacidades de la persona y su participación dentro de la sociedad.

Es por ello que la manera de trabajar en esta investigación fue, desarrollar como intervención gerontológica un taller de memoria titulado “estimulando tu mente”. En donde los sujetos con síndrome de Down se interesan, aprenden y ejecutan diversas actividades adecuadas a su condición de vida. Algunas actividades que se ejecutaron fueron la aplicación de las escalas gerontológicas (inicial y final) estimulación sensorial, terapia cognitiva conductual, terapia ocupacional, estimulación física y de coordinación.

METODOLOGÍA

El corte de investigación es “cualitativo” que según Jiménez-Domínguez, B. (2000) menciona que “los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de signos y símbolos” (Rodríguez, 2015, s/p). Con ello se capta reflexivamente los sucesos y experiencias, para recopilar datos y así tener una comprensión profunda a través de la intervención gerontológica aplicada a los

sujetos con SD. El objetivo es tener un conocimiento más amplio sobre cómo trasciende la gerontología en su aplicación hacia personas que viven con la condición de un cromosoma extra.

Mientras que el tipo de investigación utilizada se encuentra en el enfoque socio-crítico, que, según Arnal (1992) lo describe como la adopción de que “la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa; sus contribuciones, se originan, de los estudios comunitarios y de la investigación participante” (Alvarado y García, 2008, p.190). En dicho enfoque se puede generar un cambio y este nace de un conocimiento que se tiene de las necesidades de cierto grupo específico, al conocer este enfoque se tuvo generar distintas ideas de promover un cambio, y así se utiliza la autorreflexión y el conocimiento personalizado para tomar decisiones mediante un proceso de construcción.

Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante, así como también escalas gerontológicas como: CAM, este instrumento puede ser aplicado aun en poblaciones selectas de pacientes graves y se aplica de una manera serial en la cabecera del enfermo por médicos y enfermeras, debido a que en muchas ocasiones suele confundirse el Delirium con la demencia tipo Alzheimer; y con ello es necesario descartar y distinguir una de la otra.

Para ello, recurrimos a la escala Mini mental de Folstein, el cuál es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Y por último la escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth, sirve para valorar el grado de severidad del deterioro cognitivo, su control evolutivo y la respuesta a nuevos tratamientos. Estas escalas se aplicaron de manera inicial y final en la intervención por cada sujeto de estudio.

El instrumento fue el diario de campo para poder monitorear el proceso de la observación. Y así poder realizar de manera adecuada la intervención gerontológica que fue la implementación de un taller de memoria, el cual tuvo por objetivo detectar y prevenir enfermedades como deterioro cognitivo y demencia tipo Alzheimer en

personas adultas con la condición de SD, mediante diferentes actividades de estimulación cognitiva; aplicándolas según las necesidades de cada persona. Este constó de las siguientes actividades:

Juegos estimulantes cognitivos:

- ✓ Ensalada de frutas en esta actividad a cada participante se le asigna el nombre de una fruta, esta fruta puede repetirse, cuando se menciona el nombre de dicha fruta.
- ✓ Marea arriba, marea abajo: en esta actividad a todos los participantes se le coloca de pie y siguen indicaciones como arriba, abajo, en medio. Y el que no se equivoque es el que gana.
- ✓ El gallito: este juego se realiza con globos colocándolos en los tobillos y tratando de reventarlos, solo hay un ganador.
- ✓ No tires el globo: aquí trabajamos en equipo los participantes forman una sola fila.

Estos juegos, aunque son pocos y fáciles, nos ayudaron a percatarnos si los sujetos de estudio podían retener las indicaciones que se les daba a conocer, a observar cómo cada uno de ellos la ejecutaba. Cabe mencionar que de los 4 sujetos de estudio 2 destacaban en ellas, se relacionaban mejor con el grupo, participaban e incluso al concluir siempre se quedaban con un buen entusiasmo para seguir realizándolas sin una supervisión.

➤ **Actividades estimulantes cognitivas:**

- ✓ Lotería: El juego de la lotería, ampliamente difundido en México, es un juego de azar en el que los participantes colocan semillas de frijol en tablas con ilustraciones en la medida en que las imágenes ahí impresas coinciden con las extraídas.
- ✓ Domino: es un juego de mesa en el que se emplean unas fichas rectangulares, generalmente blancas por la cara y negras por el envés, aunque existen muchas variantes.

- ✓ Jenga: es un juego de habilidad física y mental, en el cual, tienen que retirar los bloques de una torre por turnos y colocarlos en la parte superior, hasta que esta se caiga.
- ✓ Memorama: juego de mesa que ayuda al entendimiento del cerebro, que trata de encontrar cartas parejas en una serie de cartas con diversas figuras en cada una de ellas; las cuales están en par, es decir cada dibujo está repetido en dos cartas.

Durante estos juegos de mesa nos percatamos que no eran de su agrado, les aburría, les molestaba e incluso no lo jugaban. En algunas ocasiones cuando se encontraban de buen humor las realizábamos, pero distinguimos que en muy pocos momentos ellos se olvidaban de las instrucciones es ahí donde ellos pierden el interés y se pierden del juego.

➤ **Actividad física y de coordinación:**

- ✓ Ejercicios de estiramiento: práctica de ejercicios suaves y mantenidos para preparar los músculos para un mayor esfuerzo.
- ✓ Gimnasia cerebral: es un conjunto de ejercicios, problemas y rompecabezas mentales que mejoran el rendimiento del cerebro, aunque es muy pronto para que alguna evidencia científica apoye esta idea.

Estas actividades nos sirvieron para dar ejercicios repetitivos en los cuales ocupamos la memoria y el movimiento corporal, la mayoría se olvidaba fácilmente de los pasos a seguir y observaban al que iba bien para repetir. Dichas actividades fueron planeadas para satisfacer sus necesidades.

Se trabajó con un universo poblacional de 10 personas, y de ellos, seleccionamos 4 adultos con Síndrome de Down (los mayores) uno de 35, de 38, otro de 43 y la mayor de 48 años de edad, que forman parte de la asociación unidos PRO-DOWN de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México.

El estudio se inició en febrero del 2019 y finalizó en enero del 2020, desarrollándose en 4 fases la primera: la selección del tema y del universo poblacional, la segunda: la aplicación de escalas gerontológicas (de manera inicial y final), la intervención gerontológica y de recolección de datos, la tercera: el análisis e interpretación de los resultados y la última fase la presentación de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

RESULTADOS.

1. Resultados de las escalas de valoración (inicial y final) por sujeto de estudio				
Escalas	Adriana (48 Años)	Jessica (43 Años)	Lucía (38 Años)	Viridiana (35 Años)
Mini mental de Folstein	9 Puntos	6 puntos	11 puntos	14 puntos
CAM	2 puntos	2 puntos	2 puntos	2 puntos
Blessed Timlison y Roth	4.5 puntos	4 puntos	5 puntos	4.5 puntos

Fuente: Elaboración propia (datos recabados a partir de la aplicación de la escala final e inicial) (2021)

En la tabla anterior, arrojam los resultados de las escalas gerontológicas que aplicamos a cada uno de nuestros sujetos de estudio de manera inicial y final de nuestra intervención. A continuación, expondremos la interpretación de los resultados según la puntuación que obtuvieron cada uno de ellos.

Adriana: En la primera escala que aplicamos, que fue la de mini mental de Folstein obtuvo 9 puntos, que según ésta nos dice que al tener una puntuación menor a los 14 significa que existe un deterioro cognoscitivo grave, este resultado es arrojado debido a que no es existente una orientación en el tiempo y en el espacio; es decir, no tiene el conocimiento preciso del día, año y mes en el que se encuentra, y tampoco demostró fijación en ciertas palabras y tampoco la concentración, el cálculo y la memoria, pero sí en dónde obtuvo los 9 puntos fue en la última categoría, que es la de lenguaje y construcción, la cual evalúa la capacidad del lenguaje, percepción visoespacial y la capacidad para seguir instrucciones básicas, en caso de

la segunda escala aplicada que fue la de CAM ella obtuvo 2 puntos lo cual dio como resultado negativo al delirium, ya que a partir de los 3 puntos este se toma en cuenta como positivo.

En la tercer escala que aplicamos fue la de Blessedtimlison y Roth en la que obtuvo 4.5, los que representa que existe una sospecha de demencia, en esta se evalúa la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria, y la sintomatología de los sujetos de estudio y por los resultados que obtuvimos evidentemente muchas de estas actividades cotidianas de la vida no son realizadas por ella.

Jessica: En la escala de mini mental de Folstein obtuvo 6 puntos, lo cual arroja como resultado deterioro cognoscitivo grave, nuestro sujeto de estudio de la misma manera que en el sujeto anterior, tuvo mucha dificultad en la categoría de orientación en el tiempo y espacio y también en la categoría de fijación tuvo dificultad, en la siguiente categoría que es la de concentración y cálculo, no obtuvo ningún punto positivo, en la categoría de memoria tampoco, pero en la categoría que si obtuvo puntos (de hecho todos los que obtuvo), fue en la categoría de lenguaje y construcción, en la escala de CAM solamente tuvo 2 puntos lo que significa que no existe delirium, y en la última escala (Blessedtimlison y Roth) obtuvo 4 puntos, lo que arroja como resultado sospecha de demencia, debido a que varias de las actividades de la vida diaria no las puede realizar sin un poco de ayuda.

Lucía: Al aplicarle la escala de mini mental de Folstein resultó con 11 puntos de los cuales significa que existe un deterioro cognoscitivo grave, es curioso, pero comparándolo con los resultados que obtuvieron los sujetos de estudio anteriores, coinciden de manera evidente en las áreas o categorías que se les dificulta más, ya que Lucía también no obtuvo ninguna puntuación en la primer categoría, pero en la segunda ella hace la diferencia, porque obtiene 2/3 puntos, en concentración y cálculo tampoco obtuvo puntuación, pero en memoria obtuvo los 3 puntos y en la última categoría también obtuvo algunos puntos, en la segunda escala (CAM) obtuvo solamente 2 puntos lo cual significa que no existe delirium y la última escala, que fue la de Blessedtimlison y Roth nos arrojó que con los 5 puntos que ella obtuvo existe

una sospecha de demencia, lo cual se debe a la falta de capacidad para realizar de manera independiente ciertas actividades de la vida diaria.

Viridiana: En la escala de mini mental de Folstein obtuvo 14 puntos los cuales se interpretan como deterioro cognoscitivo leve, ella fue la que salió con el mejor resultado de esta escala, aunque la categoría de orientación de tiempo y espacio y la de concentración y cálculo tuvieron resultados negativos, se recuperó en otras categorías como la fijación, memoria (dónde obtuvo la puntuación máxima de ambas 3/3) y en la categoría de lenguaje y construcción obtuvo los puntos restantes, en la escala de CAM obtuvo 2 puntos, y en la escala de Blessedtimlison y Roth obtuvo 4.5 puntos, lo que da como resultado sospecha de demencia.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados anteriores, es evidente que en la aplicación inicial y final de las escalas gerontológicas obtuvimos datos no favorables en nuestros 4 sujetos de estudio, sin embargo, es importante mencionar que dichas escalas no están adaptadas a la población con SD, por lo que, los resultados no se pueden considerar como un diagnóstico razonable.

En cuanto a los aportes que traen consigo esta investigación muestran que el taller de memoria como una intervención gerontológica ayuda a estos sujetos de estudio aprender, reforzar y retener mediante dichas actividades antes mencionadas. Al igual que fortalece su auto dependencia, las redes de apoyo y la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria.

Las personas con Síndrome de Down necesitan una estimulación temprana donde se vean involucrados la familia, los maestros y los profesionales para poder lograr una atención integral con el objetivo de educar, preparar, formar y prevenir algunos de los problemas que son tan peculiares al tener esta condición.

Al ejecutar una estrategia de intervención está deberá ser correctamente adaptada a las necesidades del sujeto para que pueda resultar eficaz, tomando en cuenta de que este es un ser biopsicosocial; la intervención a realizarse debe ser integral, con el objetivo de que todos los ámbitos de la persona puedan ser

fortalecidos y lo más esencial es que ésta pueda efectuarse por alguien que tenga el conocimiento y que esté libre de prejuicios, estereotipos y discriminación.

La educación en las personas con síndrome de Down, es una parte fundamental para su autonomía y para la prevención de la EA, puesto que, eso permite que el sujeto pueda estar en constante aprendizaje, comunicación con el entorno, potencializando y/o desarrollando habilidades, sin embargo, ésta debe ser de calidad, funcional, eficaz y adecuada para atender las necesidades de manera especial el cometido primordial de formar a estos individuos para la vida individual y colectiva.

Desafortunadamente la ausencia de planes de estudio adecuados en algunas instituciones, se debe todavía a la errónea creencia de que las personas con síndrome de Down son discapacitadas, que ellos son personas sedentarias o niños eternos, por lo tanto, aún no llegan a ser una prioridad para estas y se demora su progreso en diversos ámbitos de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, L. y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, (9), 187- 202. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011837011>
- Berzosa Zaballos, G. (2013). Las personas con síndrome de Down y sus familias ante el proceso de envejecimiento. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, (2), 169- 170. Recuperado de https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/160L_las.pdf
- Cordero, L. Cabanillas, S. & Lerchundi, G. (2003). *Trabajo social con adultos mayores: intervención profesional desde una perspectiva clínica*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/31749887_Trabajo_social_con_adulto

s_mayores_intervencion_profesional_desde_una_perspectiva_clinica_L_Cordero_S_Cabanillas_G_Lerchundi_prol_de_Jorge_Paola

Fernández Olaria, R. (s.f). *Detección temprana y prevención del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento en las personas con síndrome de Down. Bases para la estimulación cognitiva por medio de las nuevas tecnologías*. Recuperado de <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/748f1713e4699a211cb6d1df5551da83ac73eec1.pdf>

Lemes Vázquez, E y Madrazo Mejías, A. (2013). Actualización sobre la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 38 (9). Recuperado de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/477>

Morán, J., et al. (2018). *Enfermedad de Alzheimer & Síndrome de Down. Una guía práctica para cuidadores*. Recuperado de https://www.ndss.org/wp-content/uploads/2018/10/NDSS_Guidebook_Final-Spanish-1.pdf

Pérez Díaz, J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. *Enfermería Gerontológica*, (2), 451-463. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Julio_Diaz8/publication/40967855_La_Demografia_y_el_envejecimiento_de_las_poblaciones/links/00b7d52b43e2e2fb8e000000/La-Demografia-y-el-envejecimiento-de-las-poblaciones.pdf

Rodríguez Alzamora, R. (2015). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Recuperado de <http://ricardorodriguezalzamora.blogspot.com/2015/11/investigacioncualitativa-disenos.html>

Signo, S. et al. (2016). El proceso de envejecimiento de las personas con síndrome de Down: estudio multicéntrico para la detección de los cambios neuropsicológicos. *Revista síndrome de down*, (33), 82-93. Recuperado de http://revistadown.downcantabria.com/wp-content/uploads/2016/09/revista130_82-93.pdf

ANEXOS



Fotografía 1. Lucia, Jessica y Adriana ejecutando el juego de dominó, en este evaluamos la atención de cada uno y la comunicación entre ellos.



Fotografía 2. Actividad física y de coordinación (Gimnasia cerebral) el objetivo de esta es que trabajen los dos hemisferios del cerebro al mismo tiempo, así poder estimular y desarrollar habilidades y capacidades cerebrales.

**KOLI⁹ DESARROLLO HUMANO:
Un modelo multidisciplinario de atención gerontológica, en Tuxtla Gutierrez,
Chiapas**

Pérez Zavala Griselda Lizeth¹, Almanza Muñoz José de Jesús²

koli.servicios@gmail.com¹ ismedhu@gmail.com²

Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano. Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velazco Suarez”, Universidad autónoma del estado de Chiapas

RESUMEN

El progresivo envejecimiento poblacional plantea desafíos que rebasan el modelo asistencial convencional. Del análisis de dicha problemática, se derivó el Modelo Koli (abordaje multidisciplinario centrado en la persona, terapia multimodal y resiliencia) como una respuesta integral. El objetivo fue describir la atención gerontológica aplicando el Modelo Koli, proporcionando servicios gerontológicos de excelencia aunados al desarrollo de educación e investigación. Se obtuvo como resultados: atención de 357 adultos mayores (edad de 67.6 años) en fisioterapia, neurocirugía, gerontología y psicogeriatría; y se realizaron acciones de difusión en salud, cursos para cuidadores, orientación familiar y se dio inicio al programa académico convocando a la comunidad gerontológica. Se concluye que, la aplicación del Modelo Koli mostró aceptación por los adultos mayores, fue factible, práctico y eficaz, si bien como un modelo nuevo, debe consolidarse, establecer estándares de medición, prolongarse en el tiempo y replicarse en otras poblaciones.

Palabras clave: Gerontología, Modelo Koli, Terapia Multimodal, Resiliencia, Investigación.

**KOLI DESARROLLO HUMANO:
A multidisciplinary model of gerontological care, in Tuxtla Gutierrez, Chiapas**

ABSTRACT

The progressive aging of the population poses challenges that go beyond the conventional healthcare model. From the analysis of this problem, the Koli Model (multidisciplinary person-centered approach, multimodal therapy and resilience) was derived as a comprehensive response. The objective was to describe gerontological care applying the Koli Model, providing excellent gerontological services coupled with the development of education and research. The results were: care of 357 older

⁹ Koli Desarrollo Humano, es un Centro Gerontológico privado ubicado en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México; que ofrece servicios de atención integral a los adultos mayores, en la esfera biológica, psicológica y espiritual; con un enfoque centrado en las personas mayores, sus familiares y cuidadores.

adults (age 67.6 years) in physiotherapy, neurosurgery, gerontology and psychogeriatrics; and dissemination actions were carried out in health, courses for caregivers, family orientation and the academic program was started by convening the gerontological community. It is concluded that the application of the Koli Model showed acceptance by older adults, was feasible, practical and effective, although as a new model, it must be consolidated, establish measurement standards, extend over time and be replicated in other population groups.

Keywords: Gerontology, Koli Model, Multimodal Therapy, Resilience, Research.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento poblacional es uno de los más grandes desafíos que están enfrentando los gobiernos, la sociedad y la comunidad médica a nivel mundial. La reducción de la natalidad y de la mortalidad, así como el alargamiento de la vida, ha condicionado paulatina, pero dramáticamente el envejecimiento de la población con una transición epidemiológica muy relevante, ya que las Personas Adultas Mayores (PAM) constituyen un grupo poblacional que requiere diversos bienes y servicios, así como una multiplicidad de recursos de atención a la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), lo cual ha tenido ya importantes repercusiones económicas y sociales; empeora la velocidad y ritmo de dicha transición varía; es mayor en países de ingresos bajos o en vías de desarrollo y menor en Europa y Estados Unidos de América por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012).

En efecto, en nuestro país, México, la población de adultos mayores es la que crece más rápidamente desde hace unos 20 años. El tamaño de la población de 60 y más años se ha incrementado de manera sostenida, en 1930 había 0.9 millones de AM; en 1950, 1.4 millones, en 1970, 2.7 millones; en 1990, 5 millones; en el año 2000, 6.9 millones; y en 2010 10.1 millones de PAM (Partida Bush, 2005; INEGI, 2014).

Por lo que respecta al estado de Chiapas, de casi 3.6 millones de habitantes en 1995, aumento en 2020 a 5.5 millones (4.4% de la población nacional). En tanto que su población de más de 60 años se ha incrementado de 345,481 (173,992 mujeres y 171,489 hombres) en 2010 a un total de 427,438 (216,780 mujeres y 210,858

hombres) en 2015 (INEGI, 2014, CEIEG, 2015), lo cual ejemplifica la relevancia de esta transición epidemiológica a nivel estatal.

Estos dramáticos cambios demográficos que afectan a la población mundial en la actualidad requieren del desarrollo de políticas que aseguren un envejecimiento saludable mediante la implementación de programas de salud, reformas en los sistemas de pensiones y formación de capital humano especializado (Partida Bush, 2005; Banco Mundial, 2011), para que sean capaces de dar respuesta a las crecientes necesidades de las personas adultas mayores, pues en México la atención en salud de dicho grupo ha tenido un enfoque curativo y biologicista, generalmente centrado en el servicio al paciente enfermo y no en la persona en su totalidad multidimensional, de modo que los adultos mayores tienen acceso a los servicios de modo similar que el resto de los grupos de población, lo cual plantea de facto una condición de desigualdad e inequidad, formado por las instituciones de seguridad social, los servicios estatales de salud y el sector privado.

Por lo anterior y considerando que los adultos mayores utilizan recursos de salud en promedio una 4 veces más que otros grupos etarios, dichos servicios suelen ser más costosos y requieren de personal especializado, resulta indispensable comenzar la planeación de nuevas estrategias de atención para responder a dicha demanda con un enfoque biopsicosocial que puedan dar atención tanto a personas adultas mayores que están sanas, como a aquellas que presentan cuadros de comorbilidad, enfermedad, discapacidad y/o dependencia.

LOS MODELOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

El incremento en la expectativa de vida, conlleva riesgos de desarrollar múltiples enfermedades crónicas y eleva las necesidades de cuidado complejo en salud para las PAM (OPS, 2009), para lo cual es preciso desarrollar modelos innovadores que cubran dichas demandas propias de la transición demográfica (Partida Bush, 2005; Banco Mundial 2011; OMS, 2012), ya que los modelos convencionales muestra un enfoque biologicista excesivo, atención centrada en la enfermedad y calidad limitada de los servicios.

En este punto, es importante señalar que los modelos de salud actuales fueron diseñados para grupos etarios de adultos, jóvenes y niños, dejando de lado la atención del adulto mayor, lo cual condiciona de inmediato una situación de vulnerabilidad. Por otro lado, el apoyo a las familias para el cuidado de los AM, tanto en términos de orientación, educación y recursos es nulo o limitado, ya que aún existen pocos programas de educación para la salud orientados a la familia y al cuidador primario del AM.

Desde esta experiencia, los modelos innovadores conllevan a esfuerzos o estrategias para optimizar los modelos convencionales mediante enfoques más amplios y holísticos, partiendo de la atención centrada en la persona, que reconoce el papel central del individuo en su atención y su capacidad de autocomprensión (Calenti, 2011; Martínez, 2011).

Tales modelos vigentes de atención gerontológica de adultos mayores, se inscriben en las principales instituciones de salud, bajo distintas modalidades, programas y acciones (Carrillo, 2014) como los que a continuación se refieren:

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM):

Es el organismo de salud referente obligado y rector de la política pública a favor de los adultos mayores, organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión. Cuenta con cinco modelos de atención gerontológica: 1) Albergues: Espacios que proporcionan estancia prolongada con servicios básicos; 2) Residencias de día: Promueven la conservación de la funcionalidad de las personas adultas mayores mediante la convivencia, reactivación y servicios básicos.

También están, 3) *Centros de Atención Integral*: que proporcionan atención y cuidado a la salud con un enfoque integral; 4) *Centros culturales*: Promueven el uso productivo del tiempo libre realizando actividades culturales, ocupacionales, educativas, recreativas y deportivas que favorezcan su bienestar biopsicosocial; y 5)

Clubes Son espacios comunitarios gestionados que promueven actividades que ayudan a su socialización e integración (Carrillo, 2011; INAPAM, 2019).

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

El ISSSTE provee servicio a personas adultas mayores mediante el “Programa Envejecimiento Saludable”, que está Centrado en la Persona y tiene un enfoque biopsicosocial. En la práctica, se proporciona la atención a través de los “Módulos Gerontológicos”, mediante servicios de salud, con un enfoque en mejorar el estilo de vida, la educación en salud y además proporciona apoyo cultural (Carrillo, 2011).

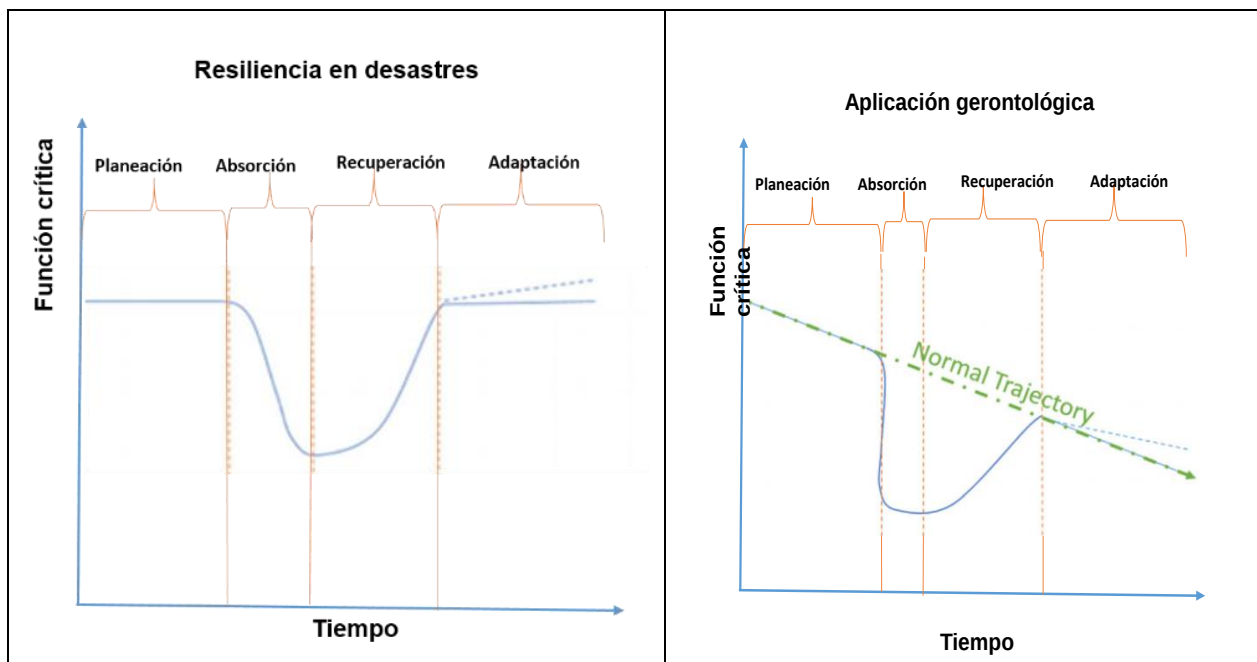
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social:

Proporciona atención a los adultos mayores a través del programa GERIATRIMSS que atiende necesidades de salud y se complementa con el Plan Gerontológico Institucional que integra la participación de la persona, de las familias y las comunidades, con el apoyo de múltiples sectores. Su principal objetivo conservar y desarrollar el bienestar físico, mental y social de la persona adulta mayor, mejorando así su calidad de vida, salud, independencia, dignidad y participación social. Aunado a ello, se consolidaron estas estrategias (geriátricas y gerontológicas), y se creó el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM) (Carrillo, 2011).

Las primeras experiencias hasta aquí plasmadas son referencia de los modelos de atención gerontológica que permite recurrir a KOLI como centro de atención del adulto mayor. Sin dejar de mencionar que, en el sector privado, tal como señala Gómez y otros (2015) las instituciones de atención gerontológicas registradas en el Estado de Nuevo León, son en un 47% de carácter privado lucrativo mientras que el 49% privadas no son lucrativas. Aquí predomina la atención centrada en la persona y un cuidadoso seguimiento de las normas oficiales vigentes y los lineamientos de protección civil con especial énfasis en la generación de evidencias de indicadores de calidad.

Pandemia por covid-19, proceso de envejecimiento y resiliencia

La resiliencia, es definida como “la habilidad de planear y prepararse para absorber los eventos adversos, recuperarse de ellos y adaptarse a la condición generada por los mismos” (Windle, 2011; National Research Council, 2012), la resiliencia es visualizada como el proceso de la declinación y la recuperación de funciones críticas después de la exposición a efectos adversos. Este modelo que nace en los Institutos Nacionales de Salud (INS), inicialmente aplicado al entorno de



los “desastres”, se conforma por las fases de “planeación”, “absorción”, “recuperación” y “adaptación”, empero, puede ser extrapolado y aplicado a la diversidad de efectos adversos que puede enfrentar un adulto mayor (Figura 1) (Linkov, 2014; Klasa, 2020).

Figura No. 1. Traspolación del Modelo de Resiliencia en los Desastres, de la Asociación Nacional de Ciencia a la práctica de la Gerontología. Fuente: Klasa et al (2021)

Se ha referido previamente el significado de la resiliencia como una forma para entender lo que desde diciembre de 2019 ha ocurrido en el mundo entero, pues quedo pasmado ante la emergencia lenta pero avasallante de la pandemia por el

nuevo coronavirus SARS-Cov2, con un impacto social y psicológico que condicione el aislamiento físico y la disminución importante de la movilidad social (Adil y cols., 2021), se constituyó “de facto” como un ejemplo prevalente de un factor disruptivo a nivel global, que ha puesto a prueba la resiliencia natural de los seres humanos de todas las edades y de todas las latitudes.

En este escenario, Wister (2016) y Klasa (2020), plantean la extrapolación de los sistemas de resiliencia en desastres al campo del envejecimiento y a sus diversos disruptores potenciales, particularmente la multimorbilidad (Wister, 2016), Klasa y cols (2021) enfocan su aplicación al análisis del fenómeno de resiliencia observado durante el impacto de la pandemia, consistente en que, los adultos mayores menos resilientes (Población A) fueron menos capaces de recuperarse, que los adultos más resilientes (Población B), quienes se recuperan, retornar a su línea de base o inclusive la superan (ver Figura 2).

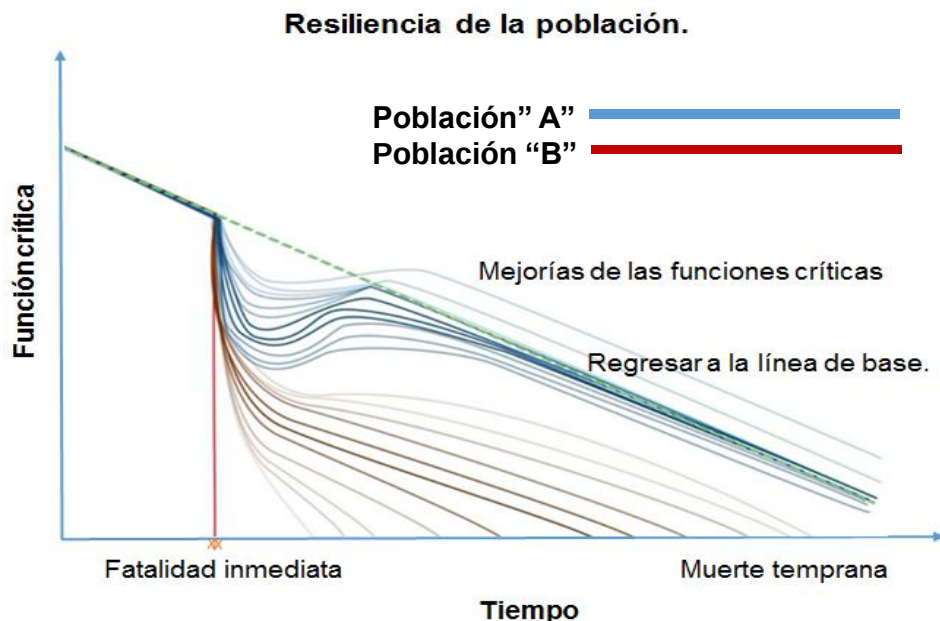


Figura 2. Efecto de un evento crítico en poblaciones resilientes versus no resilientes.
Fuente: Klasa et al (2021)

De ahí, que Klasa y cols. (2020, 2021), concluyen al menos de forma preliminar, que la resiliencia es un factor que puede modelar el proceso de envejecimiento, por

una vía distinta de la perspectiva de prevención de riesgos y vulnerabilidad, de modo que expande la perspectiva del análisis del proceso post-disrupción (Cosco et al., 2018; Pruchno et al, 2017). Dicho de otro modo, aun quitando diversos factores de riesgo los AM SON susceptible de recibir impacto disruptivos como la pandemia por COVID-19, es entonces cuando la resiliencia individual del adulto mayor entra en juego, y quienes mejor se hayan preparado y hayan desarrollado más resiliencia, mejor absorberán el impacto, mejor se recuperaran y alcanzaran la adaptación y quizá logren incluso superar su nivel previo de funcionamiento.

Frente a todo lo planteado, concebir a KOLI Desarrollo Humano como : un modelo multidisciplinario de atención gerontologica, en Tuxtla Gutierrez Chiapas, implica:

Justificación

Con base en las consideraciones ya expuestas del aumento de la proporción de adultos mayores, la necesidad ingente de mayores servicios y la adopción de paradigmas nuevos que permitan influir en el proceso de envejecimiento, más allá de la perspectiva de la prevención, pero sin desestimar su valor, surge la necesidad de reestructurar e innovar un modelo de atención gerontológica centrado en la persona, con una perspectiva integral multidisciplinaria y agregando el factor de resiliencia, para conformar el Modelo Koli a fin de promover e impulsar la autonomía personal y la participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud.

Es por lo descrito que, se describe el Modelo Koli en base a sus orígenes su filosofía organizacional y sus objetivos, ilustrando su productividad en términos de cuidado gerontológico, acciones preventivas, educativas y desarrollo de investigación en un entorno de atención gerontológica con calidad y calidez centrada en la persona, que se suma a los esfuerzos institucionales en la materia.

Orígenes:

El Modelo Koli Desarrollo Humano, es un proyecto gerontológico vital, orientado a la comunidad, que surge de la profundidad de una mirada nueva hacia el complejo

entorno de necesidades y carencias en la atención de los adultos mayores por la limitación existente a nivel de diversas instituciones. Es así, que surge la propuesta de integrar la mirada inclusiva de la Gerontología para enlazar diversas disciplinas que convergen en la atención del adulto mayor y sus compañeros de viaje; la familia y los cuidadores.

Ante la previsible complejidad del enramado burocrático institucional, la primera autora (G.L.P.Z. presentada en la Fotografía 1), creo la estructura y organización del Centro Gerontológico, simbólicamente representado por la voz Nahuatl, “KOLI”, que significa “abuelo o persona mayor”, agregando el concepto “Desarrollo Humano”, para enfatizar que durante el proceso de envejecimiento continua latente el desarrollo de la persona y no es en modo alguno el final de la vida, sino el paso de continuidad a una etapa de mayor visión y sabiduría.



Fotografía 1. Abordaje Gerontológico con el Modelo Koli.

Fuente: Área de Educación (Archivo fotográfico: 23/05/2020).

Misión:

Proporcionar servicios gerontológicos de excelencia para personas adultas mayores con base el Modelo Koli, mediante atención multidisciplinaria centrada en la persona, para mejorar su calidad de vida, su funcionalidad y su autonomía, incluyendo acciones de prevención, educación e investigación conforme a la normatividad y a los más altos estándares de atención.

Visión:

Constituirse como el Centro Gerontológico de excelencia en el Estado de Chiapas, en la atención, cuidado gerontológico de las personas adultas mayores; así como prevención, educación e investigación en Gerontología y disciplinas relacionadas, en un entorno de respeto a sus derechos humanos y mediante el humanismo y calidad de sus profesionales, brindando apoyo a los familiares y guía a los cuidadores, con el fin de preservar su funcionalidad y autonomía, contribuyendo un proceso armónico de envejecimiento resiliente, saludable y exitoso.

Principios rectores y éticos:

Koli Desarrollo Humano, es un modelo de atención gerontológica centrado en la persona, que brindándole atención de calidad con un enfoque integral haciendo hincapié en la promoción y prevención de la salud; la atención oportuna e integral y el desarrollo de resiliencia, por parte de todos los integrantes del equipo de atención, fomentando en todo momento la autonomía, autocuidado e independencia de cada una de las personas adultas mayores.

Los principios rectores incluyen la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la independencia, la inclusión social, la justicia y la atención continua; todo lo cual contribuye a cubrir las dimensiones múltiples que idealmente requiere el trabajo gerontológico.

Valores:

El talento humano del Centro Gerontológico Koli, promueve los siguientes valores de servicio en la atención: Ética, paciencia, responsabilidad, calidez, honestidad, comprensión, respeto y comunicación. En congruencia con dichos valores, el perfil del integrante de Koli corresponde a una persona proactiva, dinámica, propositiva, responsable, compenetrada con la filosofía del Centro, que de manera paciente y comedida transmita respeto y calidez a los usuarios adultos mayores, así como a sus familiares y cuidadores (Figura 2).



Fotografía 2. Talento humano de Koli Desarrollo Humano. Un equipo multidisciplinario que trabaja con valores. Fuente: Área de Educación (Archivo fotográfico: 23/05/2020).

Objetivos:

1. Proporcionar cuidado clínico gerontológico de excelencia con un enfoque multidisciplinario que integre las disciplinas relacionadas con la atención del adulto mayor.

2. Diseñar estrategias y acciones efectivas de difusión de información educativa en todas las áreas, como una medida de fortalecimiento de la vejez.
3. Proporcionar programas eficaces de rehabilitación en diversas modalidades que contribuyan a mantener y desarrollar la capacidad funcional del grupo poblacional de adultos mayores.
4. Incorporar de manera explícita un enfoque de prevención y protección específico de los adultos mayores como grupo vulnerable ante la pandemia por COVID-19.
5. Promover la protección de los derechos humanos de los adultos mayores, así como detectar y manejar el maltrato en la población de personas adultas mayores.
6. Explorar y fortalecer la resiliencia para contribuir al afrontamiento eficaz de los eventos adversos en términos de planear, absorberlos, recuperarse y adaptarse.
7. Formular el “Programa anual de educación continua y capacitación del Centro Koli-Desarrollo Humano”.
8. Formular el Plan Anual de Investigación del Centro Koli-Desarrollo Humano, para generar conocimiento científico gerontológico en PAM del estado de Chiapas.
9. Coordinar y gestionar autorización con autoridades de gobierno y del sector salud para desarrollar actividades de prevención y educación abiertas al público en materia de gerontología y disciplinas relacionadas.

Servicios:

Se materializan mediante las especialidades y disciplinas relacionadas con la atención clínica del AM como sigue:

Gerontología: Coordina el desarrollo de actividades y enlaza las disciplinas al interior y al exterior del centro, desarrolla evaluaciones integrales y diseña planes personalizados e integrales de tratamiento no farmacológico.

Psicogerontología: Aborda los aspectos de salud mental y explora la presencia de psicopatología, así como la evaluación neuropsicológica para determinar el estado mental y las áreas a fortalecer como parte de la rehabilitación integral.

Psicogeriatría: Bajo una visión comprensiva y compasiva aborda los aspectos de salud mental del adulto mayor, su familia y sus cuidadores para prevenir, detectar y tratar los distintos trastornos psicológicos y psiquiátricos.

Neurocirugía: A partir de un cuidadoso abordaje clínico, establece el proceso diagnóstico para derivar al paciente adulto mayor a las distintas disciplinas para su atención integral, efectuando en casos necesarios procedimientos neuroquirúrgicos de vanguardia aunados a un puntual esquema de rehabilitación física y/o cognitiva.

Rehabilitación cognitiva: Aborda específicamente la preservación de la funcionalidad cerebral, mediante la aplicación de diversas técnicas, para estimular la neuro plasticidad cerebral, preservando o recuperando la reserva cognitiva.

Inclusión educativa: El desarrollo de diversas acciones educativas conlleva estimulación cerebral y al mismo tiempo genera un impulso motivacional con el aprendizaje como estímulo central en diversas temáticas.

Medicina Física y Rehabilitación: Aplica los recursos de la medicina física y rehabilitación a la atención integral de los adultos mayores, coadyuva a preservar su funcionalidad.

Enfermería gerontológica: Se basa principalmente en la promoción de la salud y los cuidados críticos, promoviendo el autocuidado y la conservación de la autonomía.

El proceso de atención gerontológica sigue un flujograma sistemático que cubre las diferentes áreas de valoración para garantizar un abordaje integral, a partir de lo cual, se individualiza el proceso diagnóstico y la formulación del plan de tratamiento.

Estructura organizacional

Koli Desarrollo Humano está conformado por la Dirección, tres Subdirecciones; la de Servicios de Salud, la de Enseñanza e Investigación, y la Administrativa. Los servicios de salud incluye las áreas de gerontología, psicología, rehabilitación (rehabilitación cognitiva, rehabilitación funcional y ergoterapia) y medicina especializada (neurocirugía, psicogeriatría, medicina física y rehabilitación) etc.

La subdirección de educación e investigación formula los programas anuales de educación y de investigación; diversas actividades académicas (cursos, talleres, sesiones, seminarios, congresos, etc); así como el Plan de Calidad en la Atención Gerontológica. Por otra parte, el área administrativa incluye aspectos gerenciales, recursos humanos, comunicación, intendencia, mantenimiento y vigilancia (Figura3).

RESULTADOS

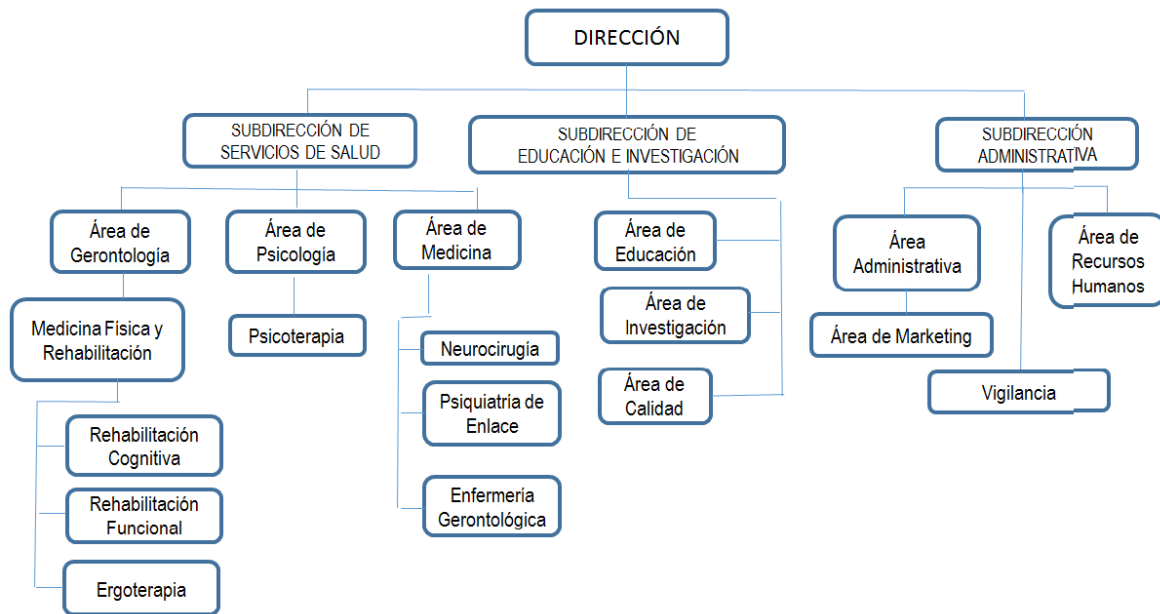


Figura 3. Organigrama del Centro Koli Desarrollo Humano. Fuente: Koli Desarrollo Humano (Área de Calidad), 2020.

Compartiendo la experiencia:

Como un proyecto de inicio reciente, que se gestó parcialmente durante la pandemia por COVID-19, KOLI, a partir del Mes de Marzo del año 2020, iniciando la planeación estratégica y la gestión, así como la formulación de la Filosofía Institucional (Misión, Visión, Valores), Objetivos, áreas de servicios, además de reclutamiento y selección del talento humano.

En virtud del comportamiento de la pandemia que condicionó el confinamiento físico y limitó las actividades de manera importante, las actividades de prevención y difusión dieron inicio a partir del mes de Marzo de 2020, efectuándose conforme a las

posibilidades condicionadas por el entorno de la pandemia; en tanto que las actividades operativas con atención clínica por diversos especialistas, se iniciaron en el mes de Febrero de 2021, cuando el Semáforo Epidemiológico en el Estado de Chiapas comenzó a clasificarse en color verde. Por ello, se reporta únicamente la productividad del periodo de febrero, marzo y abril del presente año (Tabla 1)

Tabla 1		
Pacientes atendidos en el Centro Gerontológico Koli		
Desarrollo Humano en el periodo de febrero a abril de 2021		
Productividad	Trimestral	
Total de pacientes atendidos	357	100%
Edad promedio	67.6 +/- 4 años	
Pacientes valorados por servicio		
	No.	%
Gerontología	30	8.4
Psicogerontología	24	6.7
Psicogeriatría	30	8.4
Neurocirugía	84	23.5
Rehabilitación cognitiva	60	16.8
Inclusión educativa	15	4.2
Medicina Física y Rehabilitación	105	29.4
Enfermería Gerontológica	9	2.5
Pacientes trasladados a una casa de asistencia	2	0.4%
Traslado completo y en seguimiento	1	0.2
Traslado en gestión	1	0.2

Fuente: Koli Desarrollo Humano (Subdirección de Servicios de Salud), 2020.

En dicho periodo se atendió a un total de 357 pacientes con edad promedio de 67.6 +/- 4 años de edad, quienes acudieron principalmente a los servicios de medicina física y rehabilitación (105/29.4%) neurocirugía (84/23.5%), gerontología (30/8.4%) y psicogeriatría (30/8.4%), como se ilustra en la Tabla 1.

1. Actividades de cuidado gerontológico.

Constituyen la principal actividad que se proporciona a pacientes referidos por diversos especialistas médicos o bien que acuden por recomendación de algún

familiar a fin de explorar síntomas leves que afectan su cognición, su desempeño, su memoria o su proceso de dormir, entre otros.

En promedio acuden 29 pacientes nuevos por semana y unos 120 pacientes mensualmente; la mayoría en forma ambulatoria, si bien en algunos casos se opta por recomendar el traslado del adulto mayor en forma parcial o completa a una casa de asistencia u hospitalaria (Tabla 1). A continuación, se describen algunos casos clínicos que ilustran la complejidad de la atención gerontológica

Caso clínico 1. Enfermedad de Alzheimer etapa III.

Dario tiene 78 años de edad es católico y no tiene comorbilidades. Procreó 13 hijos de tres parejas conocidas. Acude por fallas graves de memoria, conducta disruptiva severa, tendencia a salir o escapar de casa, desinhibición sexual que perturba el entorno. Acude inicialmente a psiquiatría de enlace y es referido a Koli para su manejo gerontológico integral. A nivel familiar hay división, mala comunicación, desorganización y se detecta síndrome de burnout en la cuidadora primaria (esposa actual). Se establece el diagnóstico probable de trastorno neurocognitivo severo, probablemente Enfermedad de Alzheimer en etapa III. Por ello, en conjunto con el manejo farmacológico correspondiente, se recomendó optar por la institucionalización temporal en una casa de asistencia, en tanto la familia se reorganiza bajo un nuevo modelo de atención con la participación de la mayoría de sus miembros en distintas formas.

Caso clínico 2. Trastorno de ansiedad específica, fobia al agua en el adulto

G.G.B..Femenina de 71 años de edad, casada, de religión católica, escolaridad primaria completa, originaria de Tuxtla Gutiérrez, Chis. Acude debido por ...ansiedad severa y fobia al agua de unos cinco años de evolución, medicada con polifarmacia. Se efectuó abordaje gerontológico y consulta Psicogeriátrica, estableciéndose el diagnóstico de trastorno de ansiedad, subtipo fobia específica al agua. Se inicio manejo multimodal con terapia de exposición combinada con rehabilitación física y terapia de apoyo con promoción de resiliencia. La evolución inicial es favorable, por

lo que el manejo psicofarmacológico quedara como una opción posterior. Del mismo modo se promoverá la construcción de resiliencia mediante otras estrategias no farmacológicas.

Caso clínico 3. Pseudodemencia y trastorno de personalidad.

PPT. Femenina de 78 años, católica. Antecedente de cirugía por nódulo tiroideo, Artrosis y fractura de cadera izquierda. Ocurren al menos tres intentos de tratamiento de rehabilitación que terminan abruptamente al despedir de manera violenta a sus terapeutas anteriores. Acude solicitando rehabilitación por síndrome de caída y pseudodemencia. Se proporciona atención multimodal; gerontológica, ortopédica, fisioterapéutica y psicogeriatrica. A sus diagnósticos se agrega trastorno depresivo a trastorno de personalidad limítrofe. La interacción entre el equipo de Koli para con la paciente es empática, respetuosa para manejar la adecuadamente la transferencia negativa hacia equipo previos de apoyo.

La evolución es favorable se logró una interacción respetuosa y propositiva para con el equipo gerontológico, lo cual contribuyó a modificar parcialmente el patrón disruptivo establecido con los terapeutas anteriores. Mejoro significativamente su funcionalidad y aumento su calidad de vida con el manejo fisioterapéutico. En este caso, la construcción de resiliencia pasa a una fase futura de la terapia para enfocarse primero en lograr la estabilidad emocional.

Caso clínico 4. Osteoporosis, lumbalgia y estrés postraumático complejo

MSO, es una enfermera jubilada de 99 años, soltera y católica. Cursa con osteoporosis y patología de columna lumbar. Fue víctima de abuso sexual con un embarazo y un hijo, al que acepto en su vida y en su corazón, sin embargo, este chico murió en un accidente a sus 15 años. Acudió a Koli por lumbalgia y dolor en pierna izquierda. Al efectuar el abordaje gerontológico y psicogeriatrico se diagnóstica un trastorno por estrés postraumático complejo ocasionado por el grave abuso descrito en la infancia. Se proporciona fisioterapia y psicoterapia). Hay buena respuesta clínica. Se aprecia la evidente resiliencia a lo largo de una vida con múltiples eventos disruptivos.

2. Actividades de prevención de enfermedad y promoción de salud

Con el objetivo de difundir información útil y confiable de salud dirigida al adulto mayor y a sus familiares, Koli llevo a cabo pláticas informativas, concientización sobre la Enfermedad de Alzheimer, desarrollo de entrevistas radiofónicas y actividades deportivas. Tales acciones se efectuaron a través de la coordinación y gestión de autorizaciones a nivel municipal y comunitario, concurriendo un número importante de participantes y asistentes (Fotografía 1, Tabla. 2).



Fotografía 3. Difusión y educación en salud a través del deporte, una forma de construir resiliencia y fortalecimiento ahora, para el futuro. Fuente: Área de Educación (Archivo fotográfico: 23/05/2020).

3. Actividades de educación:

Se efectúa a partir del “Programa Anual de Educación Continua y Capacitación”, que contempla conferencias, talleres, simposios, cursos y seminarios

Académicos que tiene como eje operativo la Sesión Académica de Koli Desarrollo Humano”. Asimismo, en esta área de desarrollo se inserta el “Programa de Mejora Continua y Cultura Organizacional”, cuyo propósito es garantizar la calidad de la atención y fortalecer la imagen corporativa.

Actividad 1: Curso Básico de Cuidadores Informales.

Objetivo: Revisar y analizar los elementos básicos de la patología de las personas adultas mayores, así como los diversos aspectos psicosociales, familiares y espirituales involucrados en su cuidado, con el fin de desarrollar habilidades y estrategias que coadyuven a un óptimo cuidado gerontológico.

Docentes: Profesora titular: Gerontóloga. GLPZ. Profesores asociados: Diversos especialistas de Koli así como invitados de otras instituciones.

Duración: 6 horas.

Modalidad: En línea

Costos: Sin costo como estrategia de apertura.

Se ha capacitado a un total de doce cuidadores. Dicha implementación ha permitido ajustar el programa y retroalimentar el desarrollo del mismo.

Temas principales: Introducción a la gerontología; Autonomía, independencia, funcionalidad y fragilidad; El ABC de la Enfermedad de Alzheimer y otros padecimientos del A.M.; Aspectos psicosociales y espirituales; Recursos terapéuticos y modalidades de tratamiento; El cuidado del cuidador: Autocuidado y prevención del síndrome de Burnout; Aspectos legales del proceso de envejecimiento; y Cuidados del final de la vida

Actividad 2: Sesión Académica de Gerontología Koli Desarrollo Humano.

Objetivo: Exponer, revisar, analizar y discutir temas de gerontología y disciplinas relacionadas en un foro académico para impulsar el pensamiento crítico y la retroalimentación de las actividades de cuidado al adulto mayor, así como promover la investigación multi, trans e intradisciplinaria.

Coordinador: Gerontóloga GLPZ

Participantes: integrantes de Koli y convocatoria abierta profesionales de la salud.

Limites: Periodicidad mensual; Modalidad presencial o en línea; Duración de una hora con 30 minutos.

Tabla No. 2 Actividades de Prevención y Difusión de la Salud efectuadas por Personal del Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano*					
Actividad	Descripción	Lugar y fecha	Gestión	Formato y duración:	Asistencia
Platicas de “Información para la Salud” Parque Joyyo Mayu	Actividades* de Geronto-gimnasia Juegos de mesa Musicoterapia Terapia ocupacional Sesiones de 4 horas.	Parque Joyyo Mayu, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Dic, 2019 Ene y Feb 2020.	Coordinación y autorización a nivel Municipal.	• Difusión en grupo abierto • Tiempo: Tres meses Una sesión semanal Días domingo	• Por día: 15 AM • Global: 180 Asistentes .
* Todo ello en el entorno de la entonces incipiente pandemia por COVID-19.					
Video informativo: Difusión y promoción de la: “Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)”	Difusión del objetivo de la Década del Envejecimiento o Saludable: Que todas las personas puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un entorno saludable.	Parque de Recreación Pública “Caña Hueca” Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1/o. Octubre 2020	Coordinación y autorización a nivel Municipal.	• Difusión abierta a redes sociales • Tiempo: Una hora • URL: https://web.facebook.com/liz.zavalazavala/videos/4377951345608557	• No cuantificada • Se estima, pero numerosa por la difusión a través de redes sociales.
Concientización sobre la Enfermedad de Alzheimer	Difusión de información preventiva sobre la Enfermedad de Alzheimer.	Parque deportivo “Caña Hueca”, Tuxtla Gutiérrez Chiapas 21-Sep-2020	Coordinación y autorización a nivel Municipal	• Difusión en grupo abierto • Tiempo: Tres meses Una sesión semanal Días domingo	• 18 adultos • 3 niños

		Día Mundial del Alzheimer				
Entrevista de Salud: "Tratamiento farmacológico o y no farmacológico de la enfermedad de Alzheimer"	Difusión de información "Programa de Salud del Adulto y del Adulto Mayor" Secretaría de Salud del Estado de Chiapas".	Consultorio médico Neurológico de Especialista en Trastorno Neurocognitivo 16-Oct-2020.	Invitación por la Coordinadora del Módulo Gerontológico de la Secretaría de Salud.	Entrevista de Salud Participación de especialistas en: • Neurología: Dra. Anke Paula Ingrid Kleiner Altamirano • Psiquiatría: Dra. Marely Bravo • Gerontología: Ger. Lizeth Zavala Duración: 2 horas y media.	• No cuantificada • Se estima, pero numerosa por la difusión a través de redes sociales.	
Concientización sobre aspectos de salud del Adulto Mayor	Difusión radiofónica Prevención de la Enfermedad de Alzheimer abierta al público	Radiodifusora Las Rosas, Chiapas	Coordinación y planeación a nivel de Radiodifusora	Noviembre y diciembre de 2020.	Conferencias radiofónicas de una hora. Duración total: 12 horas de difusión.	80 asistentes por conferencia 960 radioyentes en el periodo referido.
Ciclismo de montaña Basquetbol femenino Atletismo (5 km).	Apoyo al deporte y difusión de información preventiva. Grupo de Koli-Desarrollo Humano.	Diversos escenarios deportivos, Estado de Chiapas.	Coordinación directa.	Diversas de marzo abril 2020 a mayo de 2021.	Diversa, de acuerdo a cada actividad deportiva.	Individual y de grupo de Talento Humano de Koli-Desarrollo Humano.

Fuente: Koli Desarrollo Humano (Área de Educación) (2020)

Actividad 3: Programa de Mejora continua y Cultura organizacional.

A partir de un enfoque basado en el Modelo de Gestión para la Calidad Total hacia la Competitividad, creado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y que forma parte del Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) de la Secretaría de Salud cuyo propósito es garantizar que se brinden servicios asistenciales basados en la evidencia en cuanto a calidad técnica y la seguridad del paciente (Secretaría de Salud, 2011).

Koli, da cumplimiento puntual a los principios de SICALIDAD en términos de enfoque en el usuario; seguridad del paciente; gestión directiva participativa; personal comprometido; mejora continua y atención basada en la evidencia, así como orientación a resultados (Secretaría de Salud, 2012).

Del mismo modo, aun cuando Koli es una institución de reciente creación, cumple con al observancia y aplicación de los criterios de gobierno y liderazgo; planeación; desarrollo del personal; información, conocimiento y tecnología; gestión y reingeniería de procesos; recursos y alianzas, y resultados, que constituyen criterios indispensables para un desempeño exitoso (Secretaría de Salud, 2011).

Análisis FODA.

En esa línea de aseguramiento de la calidad, una de las acciones de retroalimentación ya efectuadas con miras en la mejora continua ha sido el Análisis FODA (Tabla 3), pues permite visualizar mayores fortalezas y oportunidades, en términos de la creciente consolidación de la profesión de la gerontología, la necesidad de proyectos en distintos ámbitos y de contar con habilidades de negocio y gestión necesarias para impulsar el desarrollo del proyecto.

La amenaza identificada con mayor relevancia fue la pandemia porque limitó la movilidad y condicionó diversos grados de ansiedad frente al riesgo de infección. Por otra parte, la adopción cuidadosa y apropiadas medidas de cuidados, transformó dicha amenaza en una fortaleza porque permitió a cierto grupo disminuir sus niveles de ansiedad y distrés.

Tabla 3**Análisis FODA aplicado al Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano**

DEBILIDAD	AMENAZA
El programa se encuentra en etapa temprana del mercado.	Cultura discriminatoria hacia Adultos Mayores
Desconocimiento del proyecto Koli Desarrollo Humano, por parte de la población	Pocas alianzas para la promoción y gestión.
Limitada áreas de especialización gerontológica.	Pandemia COVID-19

FORTALEZA	OPORTUNIDAD
Consolidación creciente de la profesión Gerontología	La ciudad de Tuxtla Gutiérrez concentra el mayor número de población adulta mayor.
Habilidades administrativas, acompañamiento y manejo de grupo.	Tendencia demográfica al envejecimiento.
Necesidad de proyectos gerontológicos en el ámbitos privados y públicos.	Poca atención del Sector Público hacia el Adulto Mayor.
Trabajo en equipo.	Necesidad inmediata de los servicios de salud emocional gerontológicos.
Ser pioneros en la creación de servicios privados de apoyo y acompañamiento para adultos mayores.	Cambios en estilo de vida como adopción de cultura gerontológica

Fuente: Koli Desarrollo Humano (Subdirección de Servicios de Salud), 2020.

4. Actividades de investigación

Se efectúa a partir del “Programa Anual de Investigación de Koli Desarrollo Humano”, que contempla el establecimiento de líneas de investigación, la revisión de aspectos metodológicos para sistematizar el registro de actividades con fines de investigación, así como la conformación de un “Seminario de Investigación” y el establecimiento del Comité Investigación y del Comité de Bioética del Centro Koli Desarrollo Humano. Todo lo anterior con el propósito de contribuir a la generación de conocimiento científico nuevo, que retroalimente el desarrollo de actividades al

interior y permita la difusión mediante la participación en foros académicos y en publicaciones científicas de la especialidad de gerontología y disciplinas relacionadas.

Proyecto de investigación

Titulo: Adaptación y validación de la Escala de Depresión Psico geriátrica de Juan Guadarrama en Adultos Mayores del Estado de Chiapas.

Investigadores: G.L.P.Z. - J.J.A.M. y cols.

Diseño metodológico: Revisión y adaptación semántica de la Escala de Depresión Psicogeriátrica de Juan Guadarrama para su aplicación y determinación de su confiabilidad, validez concurrente y estructura factorial en población de adultos mayores del Estado de Chiapas.

Dicho proyecto de investigación dará apertura al programa de investigación de Koli-Desarrollo Humano.

5. Aspectos administrativos

Planificación y Estudio de mercado.

La concepción y planificación del proyecto Koli se efectuó a través de un estudio de mercado para conocer las demandas y necesidades del público meta, así como de la gestión de estrategias de promoción y publicación para crear conciencia y difundir información a los adultos mayores y familias sobre la existencia de una nueva opción terapéutica, demostrando los beneficios. Se aplicaron encuestas y cuestionarios exploratorios para determinar el perfil de usuarios potenciales, sus características sociodemográficas y sus opiniones sobre los servicios

Partiendo de un modelo de negocio abierto, se analizan competidores (ningún centro gerontológico), aliados (farmacias, insumos, etc.), socios, colaboradores (asociaciones altruistas), proveedores (áreas de referencia privadas y públicas) para el estudio prospectivo de mercado.

Estrategia publicitaria e imagen corporativa:

Consistió en promover visitas al Centro Koli de clientes potenciales y representantes de empresas interesadas en la atención del AM, vistas de familiares de pacientes, asimismo se proporcionó información sobre el proyecto a diversos sitios de concurrencia de adultos mayores.

Se llevaron a cabo diversas acciones de difusión a través de videos informativos en las plataformas de redes sociales, así como algunas infografías digitales y calcomanías, sellos, uso de vestimenta con la imagen corporativa de Koli.

Control administrativo y de seguridad

Conforme a la normatividad de higiene y seguridad, el Centro cuenta con: Alarma de seguridad, señalética, extintores, rampa y pasamanos, así como especificación del punto de reunión en caso de temblor y el correspondiente protocolo de evacuación.

Respecto a prevención e higiene, se cuenta con botiquín de primeros auxilios,

Ubicación: Su ubicación es la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En la Calle Laureles #1432; Calzada Almendros y Libramiento Norte. Colonia Miravalle, CP 29039.

Estructura física:

Cuenta con dos plantas; la planta baja es el área de acceso y recepción, incluye el Consultorio No. 1, el Área de Fisioterapia, jardín, cocina, servicios sanitarios, con acceso para silla de ruedas y un área para terapia ocupacional en mesa; la planta alta incluye el área de usos múltiples, el Consultorio No. 3 y un medio baño.

Transportación pública: Ruta de autobuses y transporte mediano de servicio público.

DISCUSIÓN

La transición demográfica atinadamente enunciada por Partida-Bush (2005) y otros (INEGI, 2010, Banco Mundial, 2011) ha sido una realidad, que en efecto ha incrementado los requerimientos de servicios de salud para la población de adultos

mayores, ante lo cual México como país y Chiapas, como el octavo Estado en densidad poblacional en México tiene ante sí, el reto de proporcionar servicios de calidad a dicho grupo poblacional vulnerable, mediante un abordaje integral en sus diferentes dimensiones, como bien lo apunto Gómez y cols (2013) al enfatizar la necesidad de fortalecer la atención primaria del adulto mayor ante la consabida transición demográfica en México.

La necesidad de atención específica de la población de adultos mayores ha requerido ir más allá de los modelos de atención asistenciales (Gómez, 2013), con la aplicación de Modelo Gerontológico Integral Centrado en la Persona, como respuesta a dicha necesidad, adoptada en distintas formas a nivel institucional por el INAPAM, el IMSS, o el ISSSTE (Carrillo, 2011, INAPAM, 2019). En tal sentido, la experiencia, aún inicial de Koli Desarrollo Humano ha demostrado que el adulto mayor percibe con aceptación el abordaje integral en el que gerontólogos, enfermeras, psicólogas, psicogeriatras, neurocirujanos y otros colaboran atendiendo diversas facetas de su situación y circunstancia, ampliando el apoyo y orientación hacia su familia y sus cuidadores, como han señalado diversos autores e instituciones (Secretaría de Salud, 2014; Razo, 2014).

Es importante observar que los distintos ámbitos institucionales influyen y determinan la forma de adopción del modelo de atención gerontológica, por lo cual pueden existir distintos matices y hasta distinta nomenclatura (“Módulos Gerontológicos”, “Albergues”, “Programa Envejecimiento Saludable” Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores/CASSAAM) (Carrillo, 2011). La adopción y puesta en práctica exige tres constantes: constantes indispensables, mismas que hemos observado en la práctica gerontológica en Koli; El adulto mayor es el centro de atención; La multidisciplinariedad es por ahora el mejor modelo de atención; y debe existir calidad y calidez en el cuidado del adulto mayor. Lo señalado es consistente con los criterios de calidad que señala Gómez (2015).

Destaca la resiliencia como un elemento relativamente reciente que tiene valor como modulador del proceso de envejecimiento que favorece la recuperación frente a eventos disruptores (Klasa y cols., 2021), bajo esa consideración, de nuestra

casuística expuesta encontramos en 4 de 5 casos que nos hablan de resiliencia. Por ello, coincidimos con Manning (2015) cuando señala que la resiliencia es un concepto difícil de definir, que debe confiarse en la autoridad de los individuos sobre su propia experiencia con la Adversidad y el rol indispensable de la conexión humana como un componente para la construcción de la resiliencia. Por lo anterior, se considera útil incorporar el factor de resiliencia en las intervenciones gerontológicas, promoviendo diversas formas y estrategias para formar personas adultas mayores más resilientes.

La perspectiva multidimensional en la atención gerontológica va más allá del centro gerontológico, pues comienza con la difusión de información, por ello Koli, salió a la plaza pública y allí en parques, calles y espacios abiertos hizo difusión abierta para establecer contacto y transmitir información básica, recomendaciones puntuales y convocar de manera abierta a la población hacia el conocimiento y uso de servicios gerontológicos. Este esfuerzo de difusión y educación en salud abierto al público (con todas las medidas de protección personal, sana distancia y uso de cubrebocas de grado médico) es reconocido y señalado por diversos autores (Calenti, Gómez, 2013, INAPAM), y permite al equipo de gerontología acercarse a las personas adultas mayores a su humanidad, a su particularidad y a su idiosincrasia.

La gerontología es un campo de estudio científico joven aún, pero está evolucionando y floreciendo rápidamente desde sus inicios formales, década y media atrás, cuando en 2004 aparecieron los primeros programas de licenciatura a nivel universitario en México un progreso relevante en su diferenciación de la geriatría - reforzando su propia identidad- y en la construcción de su corpus gerontológico, ya con programas de maestría y doctorado (Rivera-Hernández, y cols 2017). Fundamental a ese respecto es el papel institucional de los dos grandes pilares de la gerontología y la Geriatría a nivel nacional; el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y el Instituto Nacional de Geriatría, así como la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, entre otros esfuerzos a nivel societario (Carrillo, 2014).

En este desafío académico, el papel de Centros de reciente inicio como es el caso de Koli Desarrollo Humano, es contribuir con acciones educativas que giran en torno a un esfuerzo clave y básico: la Educación Continua en Gerontología para el talento humano que incluye gerontólogos, neurocirujanos, psiquiatras, enfermeras, terapeutas, y cuidadores (Gómez, 2013), lo cual se efectúa como parte del programa anual que Koli Desarrollo Humano ha desarrollado para ese fin, pues dichos actos son el germen que da impulso a la academia.

Por otra parte y estrechamente ligado con la educación se encuentran los retos que corresponden a la investigación en gerontología, campo en el cual es necesario producir conocimiento que se aplique a las políticas públicas que mejoren la atención del AM, resalta la limitada existencia de programas a nivel universitario destacando únicamente aquellos proyectos que se generan a partir de las convocatorias del CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología), así como los proyectos que ha generado el INGER en su intercambio y enlace con algunas universidades extranjeras (University of Texas Medical Branch y University of Southern California, entre otras). A nivel privado, existen esfuerzos muy limitados al Hospital Español y el Centro Médico ABC en la Ciudad de México, pero se encuentran circunscritos localmente (Rivera y cols 2017).

En este escenario, el papel de Koli es impulsar la investigación en su nivel básico, con actividades de educación en metodología de la investigación, protocolos de investigación asequibles, pero apegados a la normatividad técnica y bioética y establecer vínculos académicos con universidades locales en Chiapas, principalmente la Universidad Autónoma de Chiapas, en donde se encuentra asentado el mayor esfuerzo de formación en gerontología.

CONCLUSIONES Y LINEAS FUTURAS DE TRABAJO

En el campo de la Gerontología, Chiapas destaca dentro del Estado Mexicano por los formidables retos que trae consigo el crecimiento poblacional de los adultos mayores ante las necesidades de prevención, detección, prevalencia de múltiples condiciones crónicas, discapacidad, condiciones de inequidad y vulnerabilidad social,

entre otros. Con base en la revisión y la experiencia aún reciente del Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano, se concluye lo siguiente:

1. Adopción del Modelo Gerontológico de atención centrado en la persona como estándar para proporcionar servicios gerontológicos a la población de adultos mayores, pues responde a sus necesidades multidimensionales y a sus particularidades psicosociales.
2. Promover de manera contundente y decidida acciones de difusión y educación abierta al público en temas relevantes de gerontología y disciplinas relacionadas.
3. Contribuir al desarrollo de la agenda conjunta de educación e investigación que impulsen el desarrollo profesional de la gerontología y estableciendo vínculos académicos con instituciones del sector salud y académicas para construir una plataforma de base que de apertura a investigación de la gerontología y disciplinas relacionadas en el Estado de Chiapas.

Como líneas futuras de trabajo solo cabe añadir que la atención del adulto mayor es un tema que concierne a la sociedad en su conjunto y a la comunidad de salud y académica en general, de modo que la multidisciplinariedad es indispensable para desarrollar los siguientes temas prioritarios en la materia (ver fotografía 4):

1. Dar continuidad al desarrollo del Modelo de Koli Desarrollo Humano.
2. Convocar a la comunidad científica y académica relacionada con la atención del adulto mayor a sumarse a este esfuerzo vital para optimizar la atención de los adultos mayores Chiapanecos.
3. Consolidar el modelo de calidad en la atención gerontológica conservando el sentido de humanismo y calidez que permite confortar y fortalecer al mismo tiempo.
4. Sistematizar el trabajo cotidiano que se realiza en Koli Desarrollo Humano a fin de estar en condiciones de generar información confiable para su difusión en el campo de la prevención y en los distintos foros académicos y científicos.

5. Convocar a la comunidad en general para aumentar la consciencia hacia el futuro que todos deseamos: una vejez resiliente, saludable y exitosa.



Fotografía 4. La difusión de información en salud: Puerta de entrada a la prevención y el camino de acceso a la salud gerontológica. Fuente: Área de Educación (Archivo fotográfico: 23/05/2020).

Por último, nos permitiremos comunicar una vivencia fugaz que da sentido a la vocación de quienes trabajamos con los maravillosos Adultos mayores:

... la alegría y la luz que emergen en los ojos y en los rostros de hombres y mujeres cuya sabiduría vital es rescatada de las garras de la demencia incipiente, de las sombras de la depresión o del horror del maltrato... gracias al pequeño o grande, pero sobre todo: amable y consistente esfuerzo de cada persona, que en conjunto y en silencio se ocupa del cuidado gerontológico (Almanza, 2021)

De ello Koli ha hecho su misión (ver fotografía 5).



Fotografía 5. Sabiduría que emerge gracias a la ciencia y arte de la Gerontología. Fuente: Área de Educación (Archivo fotográfico: 23/05/2020).

BIBLIOGRAFÍA

- Adil MT, Rahman R, Whitelaw. (2021). *SARS-CoV2 and the pandemic of COVID-19*. Postgrad Med J, 97, 110-116.
- Banco Mundial. (2011). *Envejecimiento de la población: ¿Está preparada América Latina?*. Washington D C. Edit. Organización Panamericana de la Salud.
- Calenti JC. (2011). *Gerontología y Geriátrica Valoración e Intervención*. España: Edit. Médica Panamericana.
- Carrillo TRM (2014). *Modelo de Atención Gerontológica Centrado en La Persona para los Servicios de Salud en México*. Proyecto Terminal Profesional para obtener el grado de: Maestro en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. 2014.

- Comité Estatal de Información Estadística de Chiapas (2015): *Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010*. [Consultado 7-May-2021] Disponible en URL: www.ceieg.chiapas.gob.mx
- Consejo Nacional de Población. *Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población, 2004.
- Cosco, T.D., Wister, A., Brayne, C. &Howse K. (2018) *Psychosocial aspects of success ful ageing and resilience: critique, integration and implications / Aspectos psicológicos del envejecimiento exitoso y la resiliencia: crítica, integración e implicaciones*, *Studies in Psychology*, 39:2-3, 248-266.
- Gómez García, S., Vega Pérez, M., Tamez Rodríguez, A. R., & Guzmán Pantoja, J. E. (2013). *Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México* [Strengthening the primary care of the elderly dueto the demographic transition in Mexico]. *Atención primaria*, 45(5), 231–232. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.007>
- Gómez M.A., Rivera R.A.G., Rodríguez G.M., Tapia V.A. (2015). *Un modelo para la recolección de indicadores de calidad en los servicios gerontológicos*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 20(1), 56-58.
- INAPAM (2019): *Programa Anual de Trabajo 2019 del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). *Panorama sociodemográfico de Chiapas: Censo de Población y Vivienda 2020*. México INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014). *Censo de Población y Vivienda 2010. Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. México INEGI.
- Klasa K, Galaitsi S, Trump BD, Linkov I. (2020). *Science and practice of resilience: disaster systems application stoaging resilience*. In: Wister A, Cosco T, editors. *Resilience and Aging: Emerging Science and Future Possibilities*. Cham: Springer International Publishing.

- Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A. et al. (2021). *System models for resilience in gerontology: application to the COVID-19 pandemic*. BMC Geriatr 21, 51 (2021). Disponible en URL: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01965-2>
- Linkov I, Bridges T, Creutzig F, Decker J, Fox-Lent C, Kröger W, et al. (2014). *Changing the resilience paradigm*. Nat Clim Chang. 4(6):407-409.
- Manning L.K.. (2005). *Resilience and aging: from conceptual understand ingsto opportunities for enhancement*. The Gerontologist, 55(4), 703-704.
- Martínez T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. España: Vitoria-Gasteiz.
- National Research Council. (2012). *Disaster Resilience: A National Imperative*. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible en URL: <https://doi.org/10.17226/13457>.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Envejecimiento y ciclo de vida. Anexo Programas y Proyectos* [monografía en internet]. OMS, 2012. Disponible en URL: Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/> [consultado 2012 mayo].
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Basic healt hindicators - Regional indicator dash board* [monografía en internet]. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública* [monografía en internet]. OPS.
- Partida-Bush V. (2005). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*. Papeles de población: 45 (Jul-Sep),9-27.
- Pruchno R, Carr D. (2017). *Success fulaging 2.0: resilience and beyond*. J Gerontol B Psychol SciSoc Sci.72, 201–203.
- Razo A. (2014). *La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos*. Revista CONAMED (México), 19(2):78-85.
- Rivera-Hernández M, Flores-Cerqueda S, Garcia-Ramirez J.C. (2017): *The grow thof gerontology and geriatrics in Mexico: Past presente and future*. Gerontol Geriatr Educ. 38 (1), 76-91.

Secretaria de Salud (2012): *Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas*. México Primera edición.

Windle G. (2011) What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol.* 21,152–69.

Wister A, Coatta K, Schuurman N, Lear S, Rosin M, MacKey D. A (2016). *Life course model of resilience applied to aging with multimorbidity*. *Int J Aging Hum Dev.* 82,290–313.

**ME QUIERO IR, PERO NO SÉ QUÉ HACER.
Jubilación de profesores e investigadores universitarios en México¹⁰**

Jiménez Guillén Raúl¹, Mendoza Ramírez Claudia Berenice² y Montalvo Vargas Ramos³

rauljimenezguillen@yahoo.com¹ cbmendozar_fcdh@uatx.mx²
rmontalvov_fcdh@uatx.mx³

RESUMEN

En México el incremento de la esperanza de vida ha traído modificaciones en la estructura poblacional. Los estudios y perfiles sociodemográficos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportan que al año 2020, el 12% de la población de 60 a + años representan el 32.6% de la población económicamente activa del país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el cuarto trimestre de 2019, el 17% de los académicos que imparten clases en las universidades tienen entre 60 a más años de edad. Reconociendo estos datos surge la pregunta ¿Qué motiva a los académicos universitarios a no jubilarse?. En el presente trabajo se hace un análisis documental que identifica por una parte las políticas públicas nacionales; y por otra, las normativas y programas de jubilación de las instituciones educativas de nivel superior que tienen mayor representación en México, para así determinar los factores que intervienen en la toma de decisión de los académicos universitarios (personas mayores) para continuaren el campo laboral de la docencia e investigación.

Palabras clave: Academia, envejecimiento, políticas públicas, jubilación, pensiones.

**I WANT TO GO, BUT I DON'T KNOW WHAT TO DO.
Retirement of university professors and researchers in Mexico**

ABSTRACT

In Mexico, the increase in life expectancy has brought changes in the population structure. Studies and sociodemographic profiles of the National Population Council (CONAPO) and the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) report that by 2020, 12% of the population aged 60 to + years represent 32.6% of the economically active population from the country. According to the National Occupation and Employment Survey (ENOE), for the fourth quarter of 2019, 17% of

¹⁰El presente análisis contribuye al proyecto 501219 "Prospectivas y escenarios sexenales sobre el envejecimiento demográfico en relación con la seguridad social, el sistema de pensiones, la atención a la salud y cuidados personales como problemas críticos de interés nacional" (adscrito al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – CONACyT- en Convocatoria Ciencias de Frontera 2019) liderado por el Dr. Roberto Ham Chande de El Colegio de la Frontera Norte A.C.

academics who teach at universities are between 60 and over years of age. Recognizing these data, the question arises: What motivates university academics not to retire? In the present work a documentary analysis is made that identifies, on the one hand, national public policies; and on the other, the regulations and retirement programs of higher-level educational institutions that have greater representation in Mexico, in order to determine the factors that intervene in the decision-making of university academics (older people) to continue in the labor field of teaching and research.

Keywords: Academy, aging, public policies, retirement, pensions.

INTRODUCCIÓN

Una característica de la población del mundo y de México es el proceso de envejecimiento que registran, lo que provoca que el Estado lo considere un problema público derivado de la preocupación por el sostenimiento económico, los servicios de salud y los cuidados que debe prestarse a esta población, lo que demanda recursos financieros crecientes. Por lo que, definir una política pública requiere del conocimiento de la población y una particularidad de la vejez es su heterogeneidad. No envejecen de la misma forma los campesinos que los pescadores, los trabajadores de la construcción que los mineros, los policías que los trabajadores de salud, y por lógica consecuencia los trabajadores de la educación.

Situándonos en México, en las Universidades e Instituciones de Educación Superior (UEIS), son muchos los profesores que forman parte de la planta académica que poseen edad de jubilación, sin embargo, éstos no se interesan por hacer tal solicitud por cuando el retiro significa una disminución de los ingresos económicos y un mayor gasto en los servicios de salud y cuidados, esto hace que permanezcan mucho más tiempo del requerido en sus labores académicas. Por eso, para tomar la decisión de jubilarse se requiere tener en cuenta tres factores: el primero se refiere a los ingresos económicos, el segundo al mantenimiento del reconocimiento y/o prestigio individual y tercero a la construcción de un proyecto de vida para después de la jubilación.

El primero porque la disminución del salario es muy grave, ya que las políticas de pago por mérito hacen que entre el 40 y 60 por ciento de los ingresos dependan de estímulos que no son contabilizados para el cálculo de la pensión. El segundo porque el desprendimiento institucional significa la pérdida de prestigio y reconocimiento entre sus pares, y tercero porque es difícil dedicarse a otra cosa a la que se ha dedicado durante 40 o 50 años.

EL ENVEJECIMIENTO DE PROFESORES-DOCENTES Y LOS PROFESORES-INVESTIGADORES

Entre 1970 y 1983, el número de trabajadores académicos en las UIES del país, registraron un crecimiento del 219 por ciento al pasar de 25 mil 56 a 79 mil 934, como parte de una política de expansión de la educación superior con la que se buscaba conciliar la relación entre el gobierno federal y las clases medias.

Los que se incorporaron al mercado de trabajo académico eran recién egresados de la licenciatura y tienen entre 22-24 años de edad, por lo que para 2020 cuentan con 57/59 años los más jóvenes y los mayores entre 72/74 años de edad. El problema es que las UIES nunca han diseñado una estrategia para el retiro - jubilación- y “la entrada de quienes habrán de sustituirlos” (Buendía y Villalobos, 2018).

A propuesta de la Academia de Investigación Científica, el Gobierno Federal crea el Sistema Nacional de Investigadores -S.N.I.- (Acuerdo DOF: 26/07/1984) con lo que se establece formalmente una diferenciación entre los trabajadores académicos de tiempo completo; los profesores (docentes) y los profesores (investigadores). El S.N.I. constituye “el principal instrumento para jerarquizar diferencialmente la productividad y la formación de recursos humanos a nivel individual en la investigación y para corroborar, en sus dos categorías más altas, la reputación de unos cuantos dentro de un universo de por sí seleccionado” (Didou y Gerard, 2010, pág. 9).

En contraste, entre 1989 y 1992 se crean programas de becas al desempeño académico y el de carrera docente del personal académico que en 1994 se fusionan en el programa de Estímulo al Desempeño del Personal Docente (ESDEPED) “con el

propósito de estimular la permanencia, dedicación y la calidad del desempeño del personal docente de tiempo completo” (Cetina, 2004, pág. 77).

Desde este programa, los trabajadores académicos de tiempo completo quedan diferenciados por las funciones sustantivas: docencia o Investigación, pero en ambos se evalúa la productividad como base para la recepción de estímulos económicos no ligados a los salarios. Dichos estímulos dependen del puntaje y nivel alcanzado en la evaluación (ver tabla 1).

**Tabla 1. Puntuación para obtener estímulo por el programa ESDEPED.
Convocatoria 2021-2022.**

Puntuación	Puntaje mínimo en calidad	Nivel	UMAs*
301-400	211-280	I	1
401-500	281-350	II	2
501-600	351-420	III	3
601-700	421-490	IV	4
701-800	491-560	V	5
801-850	561-595	VI	7
851-900	596-630	VII	9
901-950	631-665	VIII	11
951-1000	666-700	IX	14
* Unidades de Medida y Actualización			

Fuente: Convocatoria ESDEPED 2021-2022, tomado de <https://uatx.mx/becas/esdeped/> 17 de septiembre de 2021.

Los sistemas de seguridad social.

Los incrementos de los salarios por la vía del mérito (*merit pay*) no solo son producto de la crisis sino también consecuencia de las luchas de los trabajadores de las UIES por alcanzar la contratación colectiva, lo que deja como resultado que algunos trabajadores queden sujetos al apartado A y otros al B de la Ley Federal del Trabajo.

Esto determina el surgimiento de cuatro modelos de seguridad social en las UIES. Universidades grandes como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) e Instituto Politécnico Nacional (IPN) son reconocidas como trabajadoras al servicio del Estado y por tanto las prestaciones de seguridad social, las proporciona el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Las UIES estatales, autónomas o no, quedan sujetas a tres tipos de instituciones: Algunas de las más grandes y antiguas crean su propio sistema de prestación de seguridad social, es el caso de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y la Universidad Veracruzana (UV). Otras son afiliadas a las Instituciones de Seguridad Social de las entidades federativas. Por ejemplo, Guanajuato y Nayarit y otras subrogan los servicios al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es el caso de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UATx). Esto determina diferencias sustanciales en los montos de las jubilaciones. En la BUAP y UV se hace con un sistema dinámico de jubilación, que significa retirarse con los salarios y prestaciones como si se tratara de trabajadores en activo.

En contraparte los que son jubilados a través del ISSSTE (cuya ley se reforma en 2007) el retiro es posible solo al cumplir los 65 años de edad y 30 años de trabajo; y aunado a estos criterios, la Suprema Corte de Justicia determina que el monto de las pensiones no sea mayor de 10 UMAs (89 pesos 62 centavos diarios) y no en salarios mínimos (123 pesos 22 centavos diarios).

Las reformas estructurales y los programas emergentes de jubilación.

El tema de las jubilaciones y pensiones como problema surge a principios del siglo XXI, por lo que se crea una comisión entre Secretaría de Educación Pública (SEP) y Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) la cual presenta sus conclusiones en la XIX Sesión Ordinaria del Consejo de Universidades Públicas e Instituciones Afines (CUPIA) en la que se señala que:

La edad promedio en la cual se accede a la jubilación es de 52 años... El requisito fundamental para alcanzar la jubilación es cumplir, en general 25 años de servicio sin tener asociado ningún otro criterio como puede ser la edad...[en la mayor parte de las instituciones], las pensiones se pagan utilizando los subsidios anuales federal y estatal [y] Los montos de las pensiones se encuentran enmarcados en un “sistema de jubilación dinámica. (Documento de trabajo consultado el 14 de septiembre de 2021, pág. 1-3).

Ante lo que el gobierno federal demanda a las UIES reformas a los esquemas jubilatorios (Izar, 2010, pág. 33), entre los que destacan: A corto plazo: Establecer una edad mínima de jubilación. Incrementos graduales a los esquemas de pensiones por edad y antigüedad. Un salario regulador de jubilación que tome como base el promedio de la vida laboral del empleado y no el último salario como trabajador activo. Establecer cuotas y aportaciones a los fondos pensionarios, que se incrementen gradualmente cada año, hasta llegar a niveles del 15% de la nómina de las instituciones. A largo plazo: Establecer la jubilación con al menos 65 años de edad y 30 de antigüedad y establecer esquemas de jubilación anticipada a partir de los 60 años de edad.

Para implementarlo, la SEP crea un fondo de apoyo financiero para las reformas estructurales (pensiones) al que dota de 2 mil 606 millones de pesos entre 2003 y 2006. Y provoca que en algunas UIES se creen programas de renovación de la planta académica, ofreciendo a los profesores con 70 años y más su pase al retiro. El Programa de renovación de la planta académica de la UNAM ofrece: “pago único de la gratificación por jubilación al que tienen derecho...; b) Una renta mensual vitalicia... cuyo monto será de \$27,860.00 (veintisiete mil ochocientos sesenta pesos 00/100 M.N.),... y c) Un servicio vitalicio de protección de gastos médicos mayores, en idénticas condiciones a las que gozan las y los académicos en activo” (Acuerdo revisado el 14 de septiembre de 2021, pág. 1).

En el Acuerdo 10/2021 del Rector General la UAM ofrece: “a) Veintiún pagos mensuales, cada uno por la cantidad de \$25,000.00, y b) Una aportación

complementaria por un monto de \$1'250,000.00 netos..." (Acuerdo revisado el 14 de septiembre de 2021, págs. 1-4).

Envejecimiento y productividad entre profesores docentes.

Algunos de los indicadores que se utilizan para evaluar la relación entre la edad y la productividad del personal académico de tiempo completo son los programas para el desarrollo profesional docente y el de estímulos al desempeño, el primero porque otorga un reconocimiento como perfil deseable y el segundo porque entrega una gratificación económica a partir de los resultados de la evaluación.

Lo que determina que quedan fuera la inmensa mayoría de quienes laboran en las UIES, porque son profesores de hora clase o de asignatura. Rodríguez, Urquidí y Mendoza (2009, pág. 608) utilizando como indicadores la pertenencia al S.N.I. y el perfil al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PROMEP), encuentran, para el caso de la Universidad de Sonora (UNISON) que: "Aquéllos entre 36 y 40 años de edad tienen una alta presencia en las becas al desempeño académico (53%) y el SNI (43.9%), en donde ocupan la primera posición en todo el conjunto. Mientras que los profesores con edades entre 41 y 45 años tienen una participación importante en el perfil PROMEP".

Utilizando el programa de estímulos al desempeño académico se encontró en la Universidad Veracruzana que:

Para el período 1999-2001, ... la edad podría tener influencia en la obtención de dichos niveles de productividad, aunque en el primero, a favor de los mayores de 50 años y en el segundo, de los menores de 50 años de edad... Para el período 2001-2003, ...la edad puede ser un factor influyente en la diferencia de dichas proporciones; para los Niveles 0 y I a favor de los mayores de 50 años y para el Nivel IV, a favor de los que no rebasan esa edad...En el ejercicio 2003-2005...existe alguna relación entre la edad y el nivel de productividad alcanzado en el Nivel III a favor de los mayores de 50 años y en el Nivel IV de los menores de 50 años de edad. (Cano, Díaz, García y Oliva, 2004, pág. 256).

Envejecimiento y productividad entre profesores-investigadores.

En la relación entre envejecimiento y productividad de los profesores-investigadores, se observan dos tendencias; aquellos que consideran que la productividad sigue un perfil de U invertida donde se encuentran disminuciones significativas después de los 50 años (Skirbekk, 2004) y quienes consideran que los trabajadores académicos siguen siendo muy productivos y en caso de que produzcan menos lo hacen con mayor calidad que los investigadores jóvenes (Bland y Bergquist, 1999). Estudios realizados muestran que, en el caso particular de los investigadores, estos:

...son productivos, en términos de publicación, entre los 30 y 79 años, alcanzando un pico de 1,76 artículos por año a los 53 años... El declive de la productividad de los investigadores de Ciencias Exactas no se produce hasta los 57 años, ...Los investigadores en Biología y Química alcanzan el mayor número de publicaciones al año entre todas las áreas, alrededor de 2,17; el descenso comienza cuando tienen 54 años... Los investigadores en Ciencias de la Salud ... Alcanzan un máximo de 2,04 publicaciones al año a los 51 años.... Los investigadores en Social y Humanidades tienen la productividad más baja, alcanzando un máximo de 0,95 publicaciones al año a la misma edad que la muestra general, ... Los investigadores en Ciencias Agrarias y Biotecnología alcanzan un máximo de 1,27 publicaciones al año, el descenso comienza a los 54 años... Finalmente, los investigadores en Ingeniería alcanzan un máximo de 1,24 publicaciones al año, el descenso comienza a los 52 años...-traducción propia- (González-Brambila y Veloso, 2007, págs. 20-21).

Esta tesis parece confirmarse en algunos estudios en Universidades mexicanas estatales, por ejemplo, en la UNISON, se observa que: “De acuerdo con los resultados de los programas, esta tarea arranca fuertemente a partir de los 31 años y continúa hasta los 60, con la salvedad de que en el S.N.I. decrece rápidamente después de los 40 años” (Rodríguez, Urquidi y Mendoza, pág., 608)

La decisión de jubilarse. Una paradoja

El envejecimiento de las plantas académicas de la UIES, tanto en el ámbito de la docencia y la investigación está determinada por la diferenciación salarial que significa el retiro, ya que los ingresos se integran por fuentes que no son regularizables pero que se han recibido cuando menos 30 años, a través de los estímulos a la docencia o por la pertenencia al sistema nacional de investigadores.

Con el envejecimiento, se ha comprobado que a pesar de la plasticidad cerebral se registra una disminución y/o pérdida de capacidades a partir de los 40 años, lo que se refleja en los niveles de productividad cuyo cenit se alcanza en general hacia los 50 años, y después disminuye, lo que es manifiesto con las publicaciones que realizan. Esto provoca un choque generacional con los jóvenes que hoy egresan de nivel doctorado, porque no tienen posibilidad alguna de incorporarse como académicos de carrera, al grado de que profesores docentes o profesores investigadores menores de 30 años, son una rara avis en las UIES.

Es así como el envejecimiento de la planta académica se produce como una paradoja, no se puede renovar la planta académica porque no puede irse la planta académica envejecida, lo anterior está determinado por factores de tipo económico, de reconocimiento/prestigio y de proyecto de vida.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La renovación de la planta académica en las UIES de México no se ha consolidado como política nacional, porque la jubilación de los trabajadores universitarios no es una opción atractiva para quienes han dedicado gran parte de su vida a la docencia o la investigación. Entre las razones que impiden el retiro, está la pérdida de estímulos a la productividad que han recibido por décadas de programas como el S.N.I. o el ESDEPED. Este proceso de postergar el retiro, también retarda la apertura de espacios para el ingreso a nuevas generaciones de profesores.

Resulta necesario diseñar esquemas institucionales donde los docentes de las UIES, mantengan estabilidad económica similar a la de su vida laboral, un

mecanismo de inserción para mantener vigente su reconocimiento en la comunidad académica; pero sobre todo, acercar estrategias para construir proyectos de vida en personas mayores de este sector de la población, que les permita un retiro no condicionado por la edad o deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales que limiten la enseñanza o la investigación, sino por la necesidad de disfrutar con júbilo los últimos años de su existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bland, C. y Bergquist, W. (1997). "The vitality of senior faculty members. Snow on the roof fire in the furnace", ASHE-ERIC Higher Education Report, vol. 25, núm. 7. ED415733, disponible en: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/15/29/3a.pdf
- Buendía Espinosa, M., y Villalobos, L. O. (2018). Adiós a los académicos en las universidades públicas mexicanas: ¿qué perdemos?, ¿qué ganamos?, en *Perfiles Educativos*, 40(160), pp. 10-28. <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2018.160.58325>
- Cetina, E. (2004). Estímulos al desempeño del personal docente en las universidades públicas estatales. En M. Rueda (Coord.), *¿Es posible evaluar la docencia en la universidad? Experiencias en México, Canadá, Francia, España y Brasil*. México: ANUIES.
- Cano Flores, M., Díaz Cerón, A. M., García López, T. y Oliva Zárate, M. (2004). La generación "as" (académicos senior) del personal académico de la Universidad Veracruzana: su impacto, mitos, preferencias y valores (tercera parte), IIESCA, Informe de Investigación. Revisado el 17 de Septiembre de 2021, en <https://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/generacion2007-1.pdf>
- Convocatoria ESDEPED 2021-2022. Disponible en URL: <https://uatx.mx/becas/esdeped/> 17 de septiembre de 2021
- Didou Aupetit, S. y Gerard, E. (2010). El Sistema Nacional de Investigadores, veinticinco años después: la comunidad científica entre distinción e internacionalización, ANUIES, México.

- González-Brambila, C. y Veloso, F. (2007). "The determinants of research output and impact: productivity: A study of Mexican researchers", *Research Policy*, vol. 36 núm. 7, pp. 1035-1051. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1002.9287&rep=rep1&type=pdf>[Consulta 14 de septiembre de 2021]
- Izar Landeta, J.M. (2010). Retos del retiro análisis del sistema de pensiones en México, Trillas, México
- Rodríguez J. J., Urquidi, T. L. y Mendoza, G. (2009). Edad, producción académica y jubilación en la Universidad de Sonora, RMIE, Vol. 41, Núm., 41, págs. 593-617
- Skirbekk, V. (2004). Age and Individual Productivity: A Literature Survey. *Vienna Yearbook of Population Research*, 2, 133-153. Disponible en: www.jstor.org/stable/23025440

Documentos

- Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Investigadores. DOF: 26/07/1984. [Consultado el 30 de agosto de 2021].
- Acuerdo 10/2021 del Rector General que modifica al diverso 14/2018 relacionado con el programa temporal para la renovación de la planta académica. Disponible en: https://transparencia.uam.mx/acuerdos/2021/acuerdo_10_2021_del_Rector_General_UAM_A-2021-10.pdf. [Consultado el 3 de septiembre de 2021].
- Comunicado de prensa No. 042/2021 de la Suprema Corte de Justicia de la Nacional. Disponible en: <https://www.internet2.scjn.gob.mx/red2/comunicados/noticia.asp?id=6349>. [Consultado el 30 de agosto de 2021].
- Lineamientos generales para la operación del programa de estímulos al desempeño del personal docente de educación media superior y superior. SHCP. Disponible en URL: <https://www.uv.mx/evaluacionacademica/files/2019/05/SHCPLineamientosEstimulos2002.pdf>. [Consultado el 31 de agosto de 2021].

Programa de renovación de la planta académica de la UNAM. Convocatoria para la novena etapa del Subprograma de Retiro Voluntario por Jubilación del Personal Académico de Carrera de la UNAM. Disponible en: http://www.filos.unam.mx/wp-content/uploads/2021/08/Convocatoria_Programa-de-Renovaci%C3%B3n-de-la-planta-acad%C3%A9mica-de-la-UNAM.pdf.

[Consultado el 2 de septiembre de 2021].

XIX Sesión Ordinaria del Consejo de Universidades Públicas e Instituciones Afines (CUPIA). Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/BAJA%20CALIFORNIA%20SUR/Programas/BCSPROG02.pdf> [Consultado el 1 de septiembre de 2021].

ATENCIÓN INTEGRAL AL ANCIANO UNA EXPERIENCIA EN EL MUNICIPIO MIRANDA DEL ESTADO FALCÓN

García Zaida Josefina

garciazaida08@gmail.com

Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez. Red de Museos Comunitarios, Árboles y Casas de la Memoria, Senderos de Interpretación y Significación del Estado Falcón (RMD, CAM, SISEF) Santa Ana de Coro Estado Falcón Venezuela.

RESUMEN

La Atención Integral al Anciano en su comunidad es una propuesta presentada ante la Cámara Municipal de Miranda en 1994 por Gerontólogas egresadas de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”; cuyo objetivo era brindar atención integral a los adultos mayores del municipio Miranda del estado Falcón y su familia, formándose los denominados Círculos de Ancianos. Este proyecto basado en el Plan Internacional de Viena (1992) exigió de políticas y programas dirigidos a los mayores para la promoción de actividades que los mantengan activos física, mental y espiritualmente. Dicha propuesta incluyó la creación del Departamento Municipal de Atención Gerontológica (DMAG) para dirigir, coordinar, planificar y ejecutar programas de atención al adulto mayor del municipio. El DMAG inició actividades el 03 de abril de 1995 y fue inaugurado el 29 de mayo Día Nacional del Adulto Mayor. La actualidad demanda la oportunidad de retomar esta experiencia en el Municipio por gerontólogos.

Palabras clave: Gerontología, adulto mayor, anciano, demografía, gerontólogo.

COMPREHENSIVE CARE OF THE ELDERLY AN EXPERIENCE IN MIRANDA MUNICIPALITY OF FALCÓN STATE

SUMMARY

Comprehensive Care for the Elderly in their community is a proposal presented to the Municipal Chamber of Miranda in 1994 by Gerontologists graduated from the “Francisco de Miranda” National Experimental University; whose objective was to provide comprehensive care to the elderly in the Miranda municipality of Falcón state and their family, forming the so-called Elderly Circles. This project based on the Vienna International Plan (1992) called for policies and programs aimed at the elderly to promote activities that keep them physically, mentally and spiritually active. Said proposal included the creation of the Municipal Department of Gerontological Care (DMAG) to direct, coordinate, plan and execute care programs for the elderly in the

municipality. The DMAG began activities on April 3, 1995 and was inaugurated on May 29 National Day of the Elderly. Currently, gerontologists demand the opportunity to retake this experience in the Municipality.

Keywords: Gerontology, elderly, elderly, demography, gerontologist

INTRODUCCIÓN

El crecimiento constante de la población adulta mayor demanda la atención de los entes gubernamentales en materia de políticas y programas de atención integral a este grupo etáreo a fin de garantizar su salud y bienestar desde el punto de vista médico, psicológico y gerontológico; sumado a que socialmente estas personas deben ser respetadas, dignificadas siendo reconocidos todos sus derechos individuales y colectivos. Es por eso que Aponte (2015) afirma, que “el aumento de la esperanza de vida, no significa que en esos años ganados se lleve una vida de calidad; es necesario buscar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores” (p.154).

Vales aclarar que, en este trabajo se usa la palabras anciano para referirse al adulto mayor pues, para ese entonces el término usado era este primero y no se había instalado en el vocabulario venezolano la palabra adulto mayor sino hasta posterior al año 2000 cuando la Organización Mundial de la Salud inicia su abordaje del Envejecimiento Activo y Envejecimiento Saludable como una oportunidad de una vida digna para y por el adulto mayor.

Es por lo descrito que, en la actualidad muchos profesionales se dedican a estudiar la nueva cultura de la longevidad, sin embargo esto no es del todo fácil, pues implica realizar un esfuerzo en la búsqueda de ayudar a vivir más y en mejores condiciones a las personas adultas mayores con oportunidades de vida físicas, sociales y mentales; pues el avance social está orientado en un modelo de envejecimiento competente, de modo que hacerlos sentir útiles, productivos participando activamente en diversas actividades comunitarias (Varona, 2015. p.1,2) es asumir la propuesta de “Atención Integral al Anciano en su Comunidad”, porque promueve en los adultos mayores del municipio Miranda su autonomía e independencia y su participación como miembros activos de la comunidad.

Como ya mencioné, este trabajo de refiere una experiencia sistematizada llevada a cabo en el municipio Miranda del estado Falcón; apoyado en la metodología definida por Speranza (2016) como una técnica participativa que logra construir sus espacios de cuestionamiento, reflexionar los puntos críticos, redescubrimiento las experiencias y recrear la realidad vivida.

Esta técnica permite seleccionar y ordenar la información relacionada con los sucesos, también con los actores concretos, en lugares y contextos específicos, en tiempos delimitados. Parafraseando a Speranza, la ejecución de un proyecto de desarrollo permite que existan instancias de reflexión y/o evaluación sobre el mismo pero no siempre, pues pareciera que la información y el conocimiento quedan registrados y tampoco se pueden socializar; señala la autora también que, este tipo de método permite obtener un registro de calidad y el conocimiento de las experiencias enmarcadas en el proceso de desarrollo; así como también alcanzar los objetivos planteados (p.1).

De igual manera es importante aclarar que a cada persona entrevistada se le solicitó el consentimiento informado el cual es característico de estudios de este tipo pues sus aportes son significativos para ser presentados en este artículo.

La Propuesta de Atención Integral al Anciano en su Comunidad; sigue cobrando vigencia; puesto que esta iniciativa se convirtió en el impulso del desarrollo gerontológico de este Estado, proporcionando buenos resultados no solo a la población adulta mayor; sino también a la colectividad en general. Los mismos gerontes (adultos mayores) expresan abiertamente los múltiples beneficios que han tenido participando en los grupos de la tercera edad; también se escuchan opiniones positivas de Gerontólogos y otros profesionales que de una u otra manera han estado muy vinculados con este programa; igualmente los familiares de los gerontes, integrantes de los Consejos Comunales, entre otros..

DESARROLLO

El envejecimiento poblacional es una realidad en muchos países del mundo del cual no escapa Venezuela, de hecho, en el último censo del año 2011 se apreciaron gráficas específicamente en su forma piramidal mostrando una base más estrecha

que los escalones centrales, lo que refleja una baja en la natalidad y la mortalidad; al igual que un aumento de longevidad; ya que la cúspide se ha ido ensanchando no solo por el aumento de la esperanza de vida en ese momento; sino también por una pérdida de población, generada por efecto de la emigración internacional (INE, 2014, p. 18).

En este censo 2011, Venezuela registraba una población de 27.227.930 habitantes, de la cual 2.468.857 eran adultos mayores representando el 9,07% de la población total, (datos INE presentados en 2014, p.12 y 17), de igual forma se registraba una cifra general de 902.847 personas como población del estado Falcón, de los cuales 82.431, son personas de 60 años y más para un 9,13%. (INE Falcón, 2014, p. 9 y 14).

Estas cifras son las oficiales pero se considera que con el elevado éxodo de personas económicamente activas de los últimos años, ha generado en el país en los últimos años, un marcado repunte desde el punto de vista porcentual de adultos mayores en comparación con grupos etáreos de menor edad más que en años anteriores, hecho evidentemente inquietante pues los datos son mucho más de lo que se esperaba, tanto a nivel nacional como en el estado Falcón.

Desde este escenario, es importante resaltar que dicho aumento en proporción de la población adulta mayor, es una realidad demográfica que no se puede obviar; puesto que genera serios cambios a todo nivel que ameritan actuaciones concretas del Estado, como ente organismo responsable de hacer cumplir las políticas que benefician a este grupo de población.

Al respecto Zetina, (1999) expone, que el aumento de la esperanza de vida no repercute directamente sobre la salud y la calidad de vida del individuo; es decir que en ocasiones, en esos años ganados se producen involuciones muy acentuadas que pueden crear dependencia física y/o mental (p.30); entendiendo que el número y proporción de la población adulta mayor va en aumento y su esperanza de vida también, es aquí donde se requiere de la actuación de los entes políticos que a través de diferentes programas pueden inducir a la población adulta mayor a disfrutar de su autonomía e independencia, participando activamente en múltiples actividades

que les proporcionen bienestar físico, psíquico y social; en fin que aumenten y/o mejoren su calidad de vida.

Por esta razón, vale citar el Plan Internacional de Viena porque recomienda que ante el gradual envejecimiento poblacional y el constante aumento de las personas de edad; se requiere de la acción de políticas y medidas que vayan acompañadas de esfuerzos encaminados a conseguir un envejecimiento activo y saludable; que mejore la calidad de vida del senescente y pueda atender sus distintas necesidades; y que a su vez le permita mantenerse con autonomía sobre la base de su participación activa en la sociedad (1982. p.11 y 12).

Evidentemente que la necesidad de ahondar en estas políticas es materia de los entes gubernamentales, por lo que deben existir políticas de apoyo a adultos mayores vulnerables; pero que no solo incluya a aquellos que no tienen las condiciones mínimas para vivir; sino también a los que requieren de mejores condiciones para ejercer su autonomía (CEPAL, 2014, p.66).

En esos acuerdos internacionales, siempre resaltó la preocupación por el eminente crecimiento poblacional, declarando que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad; por lo que se planteaba la necesidad de que los gobiernos comenzaran a establecer políticas y medidas específicas para atender a la población envejeciente. En esta visión, también se contempla otra de las recomendaciones del Plan Internacional de Viena (1982), a decir que, la “importancia de que las políticas y programas destinados a los senescentes promuevan oportunidades de expresión en diversas funciones que resulten estimulantes para su propia personalidad y que supongan a su vez una aportación a la familia y la comunidad” (p. 12).

El mencionado Plan de Viena, exige que los diferentes gobiernos implementen políticas y medidas encaminadas a la Atención Integral de la población de edad avanzada, considerando, que dicho plan refiere, que el envejecimiento poblacional se va dando de manera paulatina en todas las sociedades. (1982, p.12).

Tomando este plan como base, en septiembre de 1994, fue presentado ante la Cámara Municipal de la Alcaldía de Miranda del estado Falcón, la propuesta “Atención Integral al Anciano en su Comunidad”; por parte de tres (3) egresadas del

Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM) como son Dorys Pérez, Maika Bravo y Zaida García; planteándose como objetivo principal brindar atención integral a la población adulta mayor del municipio Miranda.

La propuesta planteaba metas claras y concretas, entre las que se nombra, la formación de grupos de personas de edad avanzada en cada comunidad, denominados Círculos de Ancianos, las que funcionarían en los ambulatorios de cada sector así como otros centros dispensadores de salud, esta estrategia permitía que dicha población de una u otra manera se integrara a diversas actividades de tipo comunitario; y además fuera gestora de su propia salud.

Dicha propuesta también tuvo un apoyo legal a nivel nacional desde la Constitución Nacional de Venezuela (1961, vigente para ese momento) la que en su artículo 25, planteaba que: “Los Municipios constituyen la unidad política primaria y autónoma dentro de la organización nacional. Son personas jurídicas, y su representación la ejercerán los órganos que determine la ley” (p.5).

Regidas por este artículo es que se toma la Cámara Municipal como primera instancia para presentar el proyecto y, en vista de que se trataba de algo innovador, el programa fue sometido a una minuciosa evaluación por los ediles de la comisión de salud del Concejo Municipal, el cual fue aprobado y entró en funcionamiento el 03 de abril de 1995, tomando como centro piloto al Ambulatorio “Eliécer Canelón” de la Urbanización Cruz Verde.

Esta misma Constitución contemplaba en su artículo 30 que la ley podrá atribuir a los municipios competencia exclusiva en determinadas materias, así como imponerles un mínimo obligatorio de servicios (p. 5). Obedeciendo a ello, el programa incluyó la creación de un Departamento como mecanismos para el desarrollo de las directrices a ejecutar en los diferentes grupos organizados; éste, quedó adscrito a la Coordinación de Salud de la Alcaldía el cual funcionó como sede del Departamento Municipal de Atención Gerontológica (DMAG) encargándose de dirigir, coordinar, planificar y ejecutar los programas de atención al anciano del municipio Miranda. Siguiendo estos lineamientos, en ese mismo año, durante la celebración del Día

Nacional del Adulto Mayor el 29 de mayo, se llevó a cabo la inauguración del mencionado departamento, con el grupo piloto y otras personalidades del medio político, cultural, social y religioso.

Posteriormente y a través de un trabajo coordinado entre profesionales de la Gerontología, se fueron organizando a los gerontes de otras comunidades tales como: San Nicolás, Pantano Abajo en la zona urbana; mientras que en el ámbito rural se llevó a cabo un diagnóstico, realizado por estudiantes del Programa de Gerontología, que estaban bajo tutoría de las gerontólogas del DMAG. Entre las comunidades estudiadas se encuentran: La Negrita, La Chapa y Santa María de la Chapa cuyo resultado también permitió entender la necesidad de implementar este programa en esas comunidades.

Con esta experiencia iba fortaleciéndose el programa, pues en la medida que se trabaje con el fin de mejorar la calidad de la vida de las personas de edad; así como también para atender a sus diferentes necesidades de salud, sociales, espirituales, culturales, entre otras; aumenta su participación en la sociedad. En realidad es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, con la intención de que el avance social de estos adultos mayores esté en la búsqueda de un modelo de envejecimiento, que a través de la práctica de diversas actividades fortalezca la calidad de vida de los individuos y por ende de su colectivo (Varona, 2015, p, 1 y 2).

Durante el tiempo de vigencia del DMAG, se desarrollaron innumerables actividades de salud, educación, orientación, recreación, deporte, cultura, religiosas y otras; por ejemplo, entre los sectores o comunidades beneficiadas se menciona la Atención Gerontológica en la Casa Alivio Familiar “Padre Pío” (residencia de adultos mayores con discapacidad ubicado en la sierra del estado Falcón dentro del mismo municipio Miranda); de igual forma se ayudó a gerontes de otras comunidades con orientación gerontológica, donación de medicamentos; gestiones para exámenes de laboratorio, consultas especializadas, entre otras.

Es preciso acotar que, la atención gubernamental dirigida a los adultos mayores también se realizó en instituciones cerradas y semi-abiertas, es decir en centros de atención residenciales, por eso, una de las primeras experiencias dispensadas por

instituciones fue el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología INAGER (denominación para ese entonces), en la Unidad Geriátrica “Dr. José Dolores Beaujón”, también se cuenta la experiencia la Casa Hogar “Dios es Amor” del municipio Zamora en Puerto Cumarebo siendo el apoyo y gestión la iglesia católica del sector, así como la Casa Familiar Alivio “Padre Pío” en el sector el Isiro (ya mencionado). Mientras que en la segunda fase, se contaba con el Club Geriátrico de Mene de Mauroa municipio Mene de Mauroa y la Casa del Abuelo “Víctor Manuel López” de Píritu municipio Píritu.

Un aspecto a resaltar por parte de la Ley de INAGER (1978) en su Título 1, artículos 1 y 2 es que:

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto regular las actividades de protección y asistencia que el estado prestará a los ancianos en el campo social, médico, económico, jurídico y cultural.

Esta obligación que asume el estado no excluye la que por ley corresponde a los familiares.

Art. 2.- Son beneficiarios de la protección señalada en el artículo anterior los venezolanos y extranjeros con residencia permanente en el país, cuya edad sea mayor de sesenta y cinco (65) años...

INAGER se convirtió en el instituto responsable de garantizar la atención al adulto mayor en representación del estado venezolano, claro, sin obviar la responsabilidad de los familiares. Éste prestaba atención cerrada y semi-abierta (de allí las experiencias que se mencionan), pero en el año 2006, cambia su nombre a Instituto Nacional de los Servicios Sociales (hoy conocido como INASS), quien atiende al adulto mayor en materia gerontológica, da continuidad a los programas del INAGER y se legisla a través de la ley de los Servicios Sociales (2005), con la diferencia que aumentó el rango etáreo para sus beneficiarios, actualmente es a partir de los 60 años y se incluye en esta Ley a “otras categorías de persona”, en su reglamento contempla textualmente lo siguiente:

Ampara a todos los venezolanos de sesenta o más años de edad y a los extranjeros de igual edad, siempre que residan legalmente en el país” (p. 1) recibirán “Atención integral, en cuanto a las acciones destinadas a satisfacer las necesidades económicas, físicas, materiales, emocionales, sociales, laborales, culturales, educativas, recreativas, productivas y espirituales de las personas protegidas por esta ley (INASS 2006. p. 2).

Retomando la idea planteada en las normas y acuerdos internacionales en cuanto al crecimiento de los programas de atención gerontológica, se desarrolló la idea de ir ampliando el campo de acción de la propuesta “Atención Integral al Anciano en su Comunidad”, la misma fue expuesta en la Secretaría Regional de Salud y a Desarrollo Social de la Gobernación, Cámara Municipal de Colina y otras instancias, con el propósito de dar a conocer el trabajo a fin de abrir otro campo para otros gerontólogos; pero, debido a problemas presupuestarios, el personal del DMAG laboró hasta el 31 de diciembre de 1998; y el departamento desapareció. Sin embargo, el trabajo realizado ha sido la punta de lanza a la organización que con todas sus deficiencias hay en la actualidad a nivel falconiano y aún se recuerdan sus experiencias y huellas dejadas por estos profesionales de la gerontología en el afán de seguir contribuyendo con el bienestar de los adultos mayores.

Es preciso referir en este momento que, para el desarrollo de este propósito es imprescindible concebir la vejez como un período de desarrollo y crecimiento, rico en experiencias y conocimientos, lo que se revertiría en acciones preventivas que contribuyan a que los ancianos lleven una vida más plena, sintiéndose útiles y satisfechos a pesar de su avanzada edad, con una percepción positiva de esta etapa de la vida (Roig. 2015. p. 348).

En virtud de la labor realizada en las comunidades abordadas por las Gerontólogas, vale referir el trabajo mancomunado desarrollado por las Trabajadoras Sociales de estos ambulatorios durante su integración en el DMAG, por eso, estas profesionales asumían la responsabilidad guiando las reuniones y planificando actividades. De esta idea, el grupo de adultos mayores de Chimpire, ya había iniciado un trabajo con la Gerontóloga Fanny Fernández, adscrita al Hospital I “Dr.

José María Espinoza”, entrando posteriormente otros Gerontólogos como colaboradores a los ambulatorios antes mencionado también de la mano de las Trabajadoras Sociales para organizar a esta población en los otros sectores que se requería.

En este relato es importante resaltar la extraordinaria labor realizada por el equipo de la Unidad de Coordinación Regional de Atención al Anciano de Falcón (UNICRAF, 07/04/1999), presidido inicialmente por la Prof. Anita Camarillo, y poco tiempo después por el Dr. Alirio Navarro Alemán, quien realizó un magnífico trabajo, en materia de atención al adulto mayor falconiano. Entre las importantes gestiones de Navarro Alemán estuvo cambiar la figura jurídica de Unidad Coordinadora para la de Fundación, pasa a llamarse Fundación Regional de Atención Integral al Anciano del Estado Falcón (FRAIANF, noviembre de 2002), En la actualidad la atención gerontológica en las comunidades está siendo coordinada por la Secretaría de Salud, el Sistema Local de Salud (SILOS Coro) y Protección Social del Estado, sobre todo gracias a lo contemplado en la CRBV (1999) al decir en su artículo 80 que:

El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de Seguridad Social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano (1999, p. 16).

En vista de los favorables resultados obtenidos con los grupos de adultos mayores en las comunidades, los cuales diseminados por casi toda la geografía falconiana, se ha buscado la opinión de diferentes adultos que han venido participando en estas organizaciones desde hace varios años, refiriendo que han experimentado cambios positivos en su calidad de vida; señalando que muchos han gozado de un envejecimiento activo y más saludable; por eso Tuesca en Mejía (2017) refiere “Los grupos de socialización del adulto mayor se convierten en un

factor protector frente a diferentes trastornos mentales y del comportamiento que pueden presentarse en esta etapa” (p.24).

A fin de mostrar las vivencias más de cerca, se consultó a la Sra. Ana Teodora Yedra de Arias de 85 años, residenciada en la Urbanización Cruz Verde de Coro, una de las fundadoras del grupo piloto “Salud y Amor” acerca de la experiencia de organización por parte del gerontólogo y opina que “estas organizaciones de la tercera edad son muy importantes; puesto que vienen a ser una recreación para ellos; aparte de que las actividades que allí se desarrollan les ayudan a mejorar la salud” además añade que “Nos dan talleres de manualidades, alfabetización, siembras, conservación de alimentos, vinos, repostería, entre otros que actualmente no recuerdo”.

Sigue la señora entrevistada refiriendo que “nos dan charlas educativas que nos orientan para cuidar la salud, celebraciones de cumpleaños, compartir, paseos, ejercicios, juegos de bolas criollas, dominó”; y continua diciendo “en fin, en el transcurso de todos estos años hemos realizado muchas actividades que nos han ayudado a mantenernos activos y a disfrutar la vida con los amigos de este grupo y de otros; porque hemos conocido y compartido con mucha gente de diferentes sectores”.

Por su parte la Sra. Egleida Soto otra entrevistada y líder comunitario, expresa que su participación en el Club de Adultos Mayores “Estrellas Renacientes” de la Urbanización Cruz Verde, ha sido una bendición; porque es una forma de mantenerse activa; ya que padece muchas dolencias en los huesos y estas actividades son una motivación para ella no dejarse vencer por los dolores. “Tengo mi reposo en casa; pero hago mis oficios, participo en los ejercicios, en la danza, en teatro, en todos los talleres de manualidades y en todos los que se que me ayudan a mantener mi salud física, mental y social, porque también he ganado muchos amigos. Le doy gracias a Dios por esta oportunidad de participación y a mucha gente le cuento mi experiencia e invito para su bienestar”.

Ella también es portadora de la opinión de la Sra. Olga Quiñones de su grupo, quien en varias oportunidades ha manifestado que los ejercicios físicos le ayudan a disminuir los dolores y que ella no deja de asistir; porque es una manera de

distraerse, mantenerse activa, compartir con las compañeras y lo que es más importante, hacer algo por su salud.

En relación a estas opiniones, Durón (2011) considera que es importante recordar que la actividad física también produce beneficios psíquicos invaluable para afrontar esta etapa de la vida, en la cual el individuo tiende a sentir un menoscabo de su valía como persona (p. 63), por ejemplo, en el caso de la Sra. Ilva Irene Gutiérrez de Curiel, quien expresa que uno de los cambios más evidentes que experimentó con su participación en el Club Dulce Plenitud de Vida del sector Chimpire, fue la pérdida del miedo escénico.

“Era muy tímida, por lo que no se atrevía a hablar en público; pero a medida que fue conociendo a los integrantes del grupo y agarrándoles confianza, se sentía más segura para dirigirse a todos en voz alta”; continua diciendo que “mejor aun fue cuando comenzó a contar sus chistes y hasta se ha atrevido a dirigir y actuar en obras de teatro, de mi autoría”: En relación a esta premisa Mejías (2017) sostiene que:

Es interesante conocer un poco las relaciones interpersonales de la población adulta mayor y para ello es importante dejar de lado los estereotipos que poseen quienes no han llegado a esta etapa de la vida tendiendo a instaurar un imaginario cultural de inutilidad en el adulto mayor, sin conocer el verdadero protagonismo, liderazgo y empoderamiento del mismo (p.23)

De la misma forma opina la Sra. Carmen María Villael de Pérez, del sector Bobare miembro del Club “Recordar es Vivir”, al considera que en el grupo ha aprendido a tener mayor seguridad en sí misma; porque en la actualidad se atreve a expresar su opinión en público, sin ningún temor a equivocarse. También dijo que “estos grupos son terapéuticos porque ayudan al adulto mayor en muchos aspectos: seguridad, confianza en sí mismo, mayor y mejor relaciones interpersonales”; ya que ella ha ganado muchas amistades personas que antes conocía; pero no tenía mucha relación con ellas, hoy día son mis amigas.

Sobre lo descrito Mejía (2017) opina que,

Las relaciones interpersonales en este caso de los grupos de adulto mayor juegan un papel importante en las diferentes esferas del ser humano que atraviesa esta edad y hacen parte de una red de apoyo y de socialización para la persona, la cual permite utilizar el tiempo de ocio de manera más adecuada y con mayor aprovechamiento para su calidad de vida (p. 23)

En relación al tema de los grupos de adultos mayores el Sr. José (Cheo) Pachano del Club Dulce Plenitud de Vida de Chimpire, opina que este programa “ha sido buenísimo, porque nos ha ayudado mucho a organizarnos; de manera tal que a través del tiempo hemos perseverado manteniéndonos en actividad grupal; a pesar de la situación país, que ha generado serios cambios en nuestra dinámica de trabajo”. En otro sentido, Pachano expresa un profundo reconocimiento a la labor realizada por las gerontólogas del Hospital Chimpire, considerando que en su grupo ha habido desde el principio una excelente coordinación. Los programas de intervención gerontológica son de gran importancia; puesto ya que través de ellos se hace efectivo el abordaje integral de la persona mayor al reducir y prevenir situaciones de riesgo en su contexto biopsicosocial (Mena. 2012. P.8)

Tomando en consideración la experiencia de la Gerontóloga Liris Cobis, que desde hace 21 años está a cargo de 4 comités de adultos mayores, en Cumarebo – Zamora (“Perlas Doradas”, “Arcoiris de La Cañada”, “Salud y Amor” y “El Cantón de Pueblo Cumarebo”), se ha convertido en portadora de la opinión de los mayores, quienes manifiestan estar organizados como una gran familia y sentirse muy bien dentro del grupo. La Licenciada Cobis en su opinión particular considera, que los mayores participantes de esos grupos han adquirido un gran sentido de pertenencia, responsabilidad y amor a lo que hacen; además ella ha observado otros cambios positivos en sus vidas, como desarrollar habilidades culturales y artísticas, se han convertido en defensores y protectores del medio ambiente y lo más importante que son unos libros vivientes, siempre compartiendo sus conocimientos haciendo uso de sus experiencias.

Por su parte la Gerontóloga Fanny Fernández manifiesta que desde el 21 de septiembre de 1998 cuando realizó la primera reunión con el Comité “Dulce Plenitud

de Vida” de Chimpire, empezó en su vida una maravillosa experiencia en el plano gerontológico. “Hoy puedo decir, que a través de la organización del grupo, he visto cambios positivos en los adultos mayores. Muchos recobraron su autonomía que creían perdida, la autoestima; y muchos descubrieron sus talentos y motivaciones”, continua la gerontóloga refiriendo, “lo que más valoro de este trabajo, es que la formación, educación y orientación que han recibido, los ha mantenido en el tiempo, independientes y con la alegría de vivir que han cultivado”.

La Dra. Zoila Carrasquero (Internista) expresa “en cuanto al programa de atención al anciano del Departamento Municipal de Atención Gerontológica, dirigido por Zaida, Maika y Dorys, pioneras en este tipo de atención, fue un gran apoyo para la consulta de Medicina Interna del Ambulatorio “Eliécer Canelón” de la Urbanización Cruz Verde, debido a la ayuda para los pacientes edad avanzada con diferentes patologías crónicas; puesto que a lo largo de estos años se ha observado cambios significativos en los estilos de vida de estos gerontes; y por ende mejoraron notoriamente su salud; además su estado de ánimo debido a la integración de las diferentes actividades como recreacional y deportivas.

La experiencia de María Zavala, Trabajadora Social del Ambulatorio San Nicolás se expresa de esta manera: el proyecto gerontológico aplicado en ese sector del municipio Miranda – Falcón, en el año 1997, surgió a raíz de que el equipo de salud integrado por la Dra, Rosa de Chirinos y ella, a través del abordaje comunitario detectó la necesidad de agrupar a los adultos mayores, puesto que en su mayoría jubilados y/o pensionados, se encontraban en sus hogares desocupados con tiempo de ocio que no era invertido en actividades productivas que beneficiaran su salud, integridad o a su grupo familiar; es decir, sus actividades diarias se resumían en los quehaceres del hogar, compra de alimentos, medicina.

Con el deseo de dar respuesta a dichas necesidades, se logró la integración de este equipo de especialistas, (Dorys, Maika y Zaida) del Departamento Municipal de Atención Gerontológica, al mencionado centro asistencial afianzando los esfuerzos con la ejecución de distintas actividades recreativas deportivas, lúdicas, médico – asistenciales, las cuales fomentaron la ocupación del tiempo libre, disminución de la

dependencia, recuperación de su autonomía y como consecuencia se ha observado un aumento en la autoestima de la población adulta mayor; reflejando una mejor imagen socialmente; por lo que considera que este proyecto, después de 24 años de permanencia, lucha y constancia, continua siendo el pilar fundamental y de gran relevancia para esta comunidad, promoviendo así una vejez más sana y proactiva..

Desde la experiencia hasta aquí expuesta vale citar al Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Madrid 2002 cuando señala recomienda:

Responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. En el marco de ese Plan de Acción, estamos resueltos a adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez. (p. 3)

Evidentemente que los grupos de adultos mayores son de relevancia para un envejecimiento activo; ya que en ellos se desarrollan diferentes tipos de actividades entre ellas: sociales, deportivas, culturales, recreativas, que producen beneficios tanto individuales como colectivos, por esta razón,

...llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito. La responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida saludable; la de los gobiernos, en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar incluso en la vejez. Tanto por razones humanitarias como económicas es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva y curativa y a la rehabilitación de que gozan otros grupos (Idem, p.30)

En la medida que las personas de edad estén organizadas; adquieren más conocimiento acerca de que mantenerse activos hace ganar salud, empaparse sobre sus derechos como ciudadanos; y en esa medida exigen le sean cumplidos dichos derechos. De la misma manera conocen más sobre muchos aspectos de salud, medio ambiente, entre otros.

CONCLUSIONES

Los cambios socio-demográficos producidos en Venezuela, han traído como consecuencia el aumento en número y proporción de la población adulta mayor, por eso se requiere de la acción de políticas y medidas gubernamentales que atiendan las distintas necesidades de este grupo de población; y además vayan encaminadas a lograr un envejecimiento activo y saludable.

A pesar de que estos programas llevan varios años en ejecución, se requiere de una mayor intervención del estado que garantice una atención integral al adulto mayor; que contribuya al mayor retraso de su dependencia, al aumento de su autonomía y a la participación activa a nivel comunitario.

Esta propuesta basada en diversas recomendaciones del Plan Internacional de Viena; con una visión futurista ha sido el eje de arranque del desarrollo gerontológico de Falcón, que aunque el trabajo ha sido minucioso e interesante; aun falta mucho por hacer.

La técnica metodológica de la Sistematización de Experiencias, es una estrategia muy útil; ya que permite reflexionar y evaluar los proyectos de desarrollo sobre experiencias y conocimientos tácitos acumulados; además de evaluar los proyectos de desarrollo, sobre la práctica generando nuevos conocimientos.

Referencias consultadas

Aponte V (2015). Calidad de Vida en la Tercera Edad. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf> [Consultado 18/02/2021]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Disponible en URL: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/37523/S1421014_es.pdf [Consultado 26/02/2021]

Constitución de la República de Venezuela (1961). Asamblea Nacional de la República de Venezuela. Disponible en URL:

<http://americo.usal.es/oir/legislalata/normasyreglamentos/constituciones/Venezuela1961.pdf> [Consultado 22/04/2021]

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en URL: http://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf [Consultado 22/04/2021]

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Disponible en URL: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf> [Consultado 26/02/2021]

Durón H (2011). La actividad física y el adulto mayor: Un factor de salud y calidad de vida. Disponible en URL: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-1-2011-8.pdf> [Consultado 21/02/2021]

García Z (07 de diciembre de 2005). 10 años de acontecer gerontológico. Diario La Mañana, Columna Envejecer es Vivir, p 4.

INAGER, (1978). Ley del Instituto Nacional de Geriatria y Gerontología. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 2.303. Asamblea Nacional de la República de Venezuela.

INASS (2006).Venezuela. Inass atiende a sectores vulnerables y consolida sistema de inclusión social. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en URL: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=738> [Consultado 26/02/2021]

Instituto Nacional de Estadística (2014). XIV Censo Nacional dePoblación y Vivienda (2011). Resultados Total Nacional de la República Bolivariana de Venezuela Gerencia General de Estadísticas Demográficas Gerencia de Censo de Población y Vivienda. Disponible en URL: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/nacional.pdf> [Consultado 10/02/2021]

Instituto Nacional de Estadística (2014). XIV Censo Nacional dePoblación y Vivienda (2011). Resultados por Entidad Federal y Municipio del Estado Falcón. Disponible en URL:

<http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/falcon.pdf> [Consultado 10/02/2021]

Ley de los Servicios Sociales (2005) (Ley del adulto mayor y otras categorías de personas) Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.

Mejía, K (2017). La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales. Disponible en URL: <https://doi.org/10.21501/16920945.2493> [Consultado 21/04/2021]

Mena, R (2012). Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas. Disponible en URL: http://semanarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/principios_abordaje.pdf [Consultado 21/04/2021]

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, (1982). Disponible en URL: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf [Consultado 26/02/2021]

Roig, (2015). La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Consultado en: Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2015/cmi153i.pdf> [Consultado 10/06/2021]

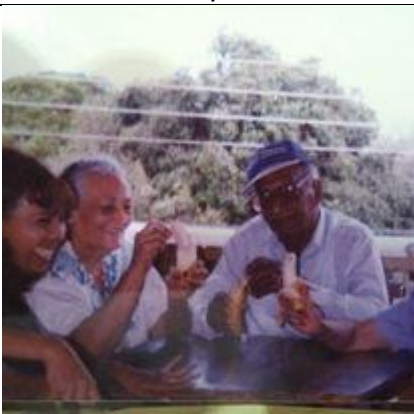
Speranza. M (2016). Sistematización de Experiencias, creando sentido y aprendiendo de la práctica. ProFeder. Disponible en URL: http://www.inta.gob.ar/sites/default/files/sistematización_de_experiencias_-_profeder_1.pdf [Consultado 15/03/2021]

Varona, revista científica metodológica, nº 61, julio – diciembre 2015. Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf> [Consultado 26/02/2021]

Zetina, M (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento Papeles de Población, vol. 5, núm. 19, enero-marzo, 1999, Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf> [Consultado 26/02/2021].

ANEXOS

	
Actividad Deportiva y Recreativa en la Unidad Gerontológica de Coro	Celebración de la navidad
	
Construcción de barbacoas	Sra. Carmen Viyael de Pérez
	
Sra. Egleida Soto	Sra. Ilva de Curiel

	
Lcda. Liris Cobis, Gerontóloga del Municipio Zamora	Sr. José Pachano
	
En la Posada San Pedro, Cumarebo	Dr. Luis G. Suárez en un Taller de Educación Gerontológica
	
Lcda. María Zavala, Trabajadora Social del Amb. San Nicolás	Dra. Zoila Carrasquero, Internista del Ambulatorio Cruz Verde

NORMAS EDITORIALES

La Revista GeroCiencia, constituye un marco referencial para la construcción del conocimiento integral de las ciencias humanas en el ámbito de la Gerontología orientado a las áreas de Educación, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología. Por esta razón a continuación se precisan las normas editoriales de la Revista.

Instrucciones para autores

La Revista GeroCiencia, es una Revista Científica Electrónica de Gerontología, en las áreas de educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología, dicha revista ofrece la publicación de investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, revisiones documentales, experiencias sistematizadas y estudios de investigadores invitados relacionados con los ámbitos de competencia de la Revista (los cuales previa revisión del comité editorial puedan ser arbitrados). Todo artículo o trabajo debe ser enviado con carta de autorización de publicación firmada por el o los autores. Las producciones deben ser originales e inéditas que no hayan sido enviados a otras revistas.

Los artículos que no sean considerados como contribución científica original para su publicación serán notificados por el equipo editorial a él o los autores.

1. Normas generales de la Revista GeroCiencia:

1.1. La Revista publica investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas en las áreas o contextos gerontológicos educativo, demográfico, artístico, biológico, psicológico, sociales-comunitarios, salud, gerenciales, metodológicos, tecnológicos, culturales, antropológicos.

1.2. Las producciones (investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas) deben ser enviados así como comunicaciones relacionadas con asuntos editoriales al Director Editor correo: revistaelectronicagerociencia@gmail.com

1.3. Las producciones deben estar escritos en idioma Español y el resumen en Español e Inglés con un máximo de 150 palabras, también debe incluir palabras clave no mayores de cinco (5) palabras que no estén contenidas en el título.

1.4. Los artículos o trabajos deben ser remitidos en original en formato Word, no debe exceder de 20 cuartillas.

1.5. Para la identificación de los artículos o trabajos, él o los autores deben adjuntar resumen curricular del autor o autores no mayor de 15 líneas por cada uno, que incluya: formación profesional, cargos desempeñados, e-mail, experiencia laboral e información relevante.

1.6. Los artículos o trabajos enviados serán sometidos a evaluación por el equipo editor de la Revista y estará conformado por tres o más árbitros quienes emitirán un veredicto que será inapelable.

1.7. Los artículos o trabajos que sean aceptados pasan a ser propiedad de esta Revista.

1.8. Los artículos o trabajos que no cumplan con los requisitos serán notificados al autores o autores una vez dado el veredicto de los árbitros.

2. Normativas para la Presentación de los artículos o trabajos:

2.1. Los artículos o trabajos deben ser transcritos a computadora, a espacio 1.5, hoja tamaño carta, enumeración arábica superior derecha, en letra Arial 12 color negro. Márgenes: izquierdo 3cm; mientras que el margen superior, derecho e inferior 2,5cm.

2.2. Los artículos o trabajos deben contener la siguiente estructura, centrado en negrilla con mayúscula minúscula: título en español (no mayor de 15 palabras) en mayúscula sostenida, los subtítulos en mayúscula minúscula, los títulos de cada apartado dentro del texto en mayúscula sostenida, año de ejecución del artículo o trabajo (no debe ser mayor de 5 años considerando la fecha actual de publicación), a un espacio del título el autor o autores (primer apellido, primer nombre), dirección institucional (institución donde labora), correo del o los autores, resumen (no debe exceder las 150 palabras con interlineado sencillo), palabras clave (no mayor de 5

palabras clave), el Resumen en inglés debe presentar los mismos criterios que el español. En cuanto al contenido de los artículos o trabajos debe contener: introducción (se plantea la idea o problema de estudio y objetivos), referencia teórica sustentadora, metodología utilizada, resultados, discusión y análisis de los resultados, consideraciones finales y referencias bibliográficas (no menor de 15 referencias). En cuanto a los artículos académicos (entre 10 y 20 páginas), revisiones documentales (entre 5 y 10 páginas), reportes de caso (entre 10 y 20 páginas), experiencias sistematizadas (entre 10 y 20 páginas), cuya naturaleza es expositiva-reflexiva debe por lo menos contener resumen (inglés y español), introducción, desarrollo y conclusiones o reflexiones y referencias bibliográficas.

2.3. En el contenido del artículo o trabajo no deben utilizarse letras mayúsculas intercaladas, excepto para los nombres propios.

2.3.1. Las tablas, figuras, diagramas y fotos, deben ser de alta calidad y deben estar incluidas en el texto, identificadas con números arábigos (sin usar símbolo N°) debe considerar la secuencia de la presentación de las tablas, figuras, diagramas y fotos presentadas en el artículo y trabajos. El título de las tablas, se coloca encima de las mismas, mientras que el título de figuras, gráficos y fotos se coloca debajo. Incluir en el texto con la mención correspondiente, es decir, las tablas, figuras, diagramas y fotos deben estar referidas en el texto.

2.3.2. En los artículos deben emplearse abreviaturas internacionales convencionales, en caso de utilizar abreviaturas particulares debe aclararlas en el texto posterior a la cita. El lenguaje debe ser técnico acorde al nivel y metodología.

2.3.3. Los nombres científicos deben escribirse en letra itálica (cursiva) y debe mencionarse completo la primera vez, luego se menciona usando la inicial del género más la especie.

2.3.3. En cuanto a las Citas que deben presentarse en los artículos o trabajos se deben considerar los siguientes aspectos:

- El texto del artículo o trabajo debe ajustarse a las normas APA (American Psychological Association) 2012.

- Citas textuales mayor de 40 palabras deben tener interlineado sencillo a 5 espacios izquierda y derecha.

-Citas parafraseadas deben ser intercaladas en el texto y encerrada entre comillas (“). La cita no debe ser mayor a 40 palabras.

-Toda cita textual debe llevar autor(es) año entre paréntesis (año y numero de página), no así en las citas parafraseadas.

Libros

Segal, S y Giuliani, D. (2010) *Modelización en el aula: posibilidades y necesidades*. México: Libros del Zorgal.

-Libros con más de seis autores se coloca luego del sexto autor y otros.

Autor corporativo

Departamento de Educación. (1998) *Education Reform in Puerto Rico*. Hato Rey (San Juan de Puerto Rico): Autor.

En caso de reimpresiones

Rorschach, H. (1921/q970). *Psicodiagnóstico (7ma Reimpresión)* Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Tesis de grado u otro similar

Quintero, S (2012) *La gerontología educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Caso UNEFM Coro*. Trabajo de grado presentado para optar al título de magister scientiarum en docencia para educación superior. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt. Núcleo Coro: Estado Falcón Venezuela.

Periódicos y/o Revistas

López, J (01 de diciembre de 2007) *Crea y administra tu propio foro con phpBB*. España: Todo Linux, 83, pp. 12-17.

Internet

Castilla, A (28/07/2007) *Enganchadas a final Feliz repostaje: El éxito de la novela romántica.* Disponible en URL: http://www.elpais.com/articulo/semana/Enganchadas/final/final/feliz/elpepuculbab/20070728elpbabese_1/Tes[consulta 23 de junio de 2008]

Medios audiovisuales

NationalGeographicSociety (Productora) (1987). *In the shadow of Vesuvius.*[Video]. Washington, DC. USA: NationalGeographicSociety.

Importante

Las conversaciones personales, cartas, conversaciones telefónicas, etc (fuentes vivas) no publicadas no deben ser listadas en la referencia debido ya que no pueden ser consultadas por los lectores.

3. Normativas sobre el Arbitraje.

3.1. El artículo o trabajo científico, debe ser enviado al Director Editor, quien enviará al Comité Editor para su revisión y visto bueno, una vez revisado se convocará al Comité de Redacción y Consejo de Asesores de ser necesario para definir los árbitros correspondientes.

-La evaluación de los artículos y trabajos deben responder a los siguientes criterios: coherencia del discurso, claridad en la exposición de ideas, adecuada organización del discurso escrito, pertinencia de las referencias bibliográficas, aportes al conocimiento del objeto, apropiada elaboración del resumen y abstract, pertinencia del título en relación a la relevancia que se presenta, estricto apego a las Normas editoriales.

-Si el artículo o trabajo es aprobado con observaciones por parte de los árbitros, las mismas serán enviadas al (los) autor (es) para su corrección en caso que así lo exija el comité. Después de realizar las correcciones y ajustes sugeridos por los

árbitros, los autores devolverán la versión corregida en formato digital como en su primer envío al correo destinado para tal fin.

-Si el artículo o trabajo no es aprobado, el o los autores recibirán comunicación indicando la no aceptación para publicación.

-Aprobado el artículo o trabajo el o los autores recibirán fecha posible de publicación, así como envío del ejemplar de la revista digitalizado.

-Las opiniones, comentarios u opiniones emitidos en los artículos y trabajos son estrictamente responsabilidad del o los autores.

-El Comité Editor se reserva el derecho de los arreglos de estilo que considere conveniente.

-Lo no previsto en las presentes normas será resuelto por el Director Editor y el Comité Editor.

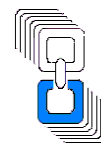
Instrucciones para árbitros de la Revista y colaboradores.

Estimado Arbitro Colaborador, reciba un cordial saludo desde la Revista GeroCiencia (*revista científica electrónica de gerontología, educación, gerencia, salud, ciencia y tecnología*). Agradecemos su valioso apoyo con nuestra revista. En el documento que le fue enviado, agradecemos su atención al estricto apego a las normas de edición de la Revista GeroCiencia, para la revisión del artículo o trabajo enviado. En caso contrario no consideraremos las observaciones realizadas por su persona.

La Revista GeroCiencia, busca el mejoramiento de la calidad investigativa en torno al tema del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento en los distintos ámbitos o áreas planteadas en las normas editoriales, por tanto, resulta importante que cada artículo o trabajo ofrezca un aporte significativo a esta revista.

A continuación, presentamos un instrumento cualitativo para evaluar el artículo o trabajo científico.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
AREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GERONTOLOGÍA
Coro - Venezuela
Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER



UNEFM

Planilla de arbitraje

Criterios	Excelente (2 puntos)	Muy bueno (1,5 puntos)	Bueno (1 punto)	Regular (0,5 puntos)	Deficiente (0 puntos)	Observaciones
1. Pertinencia del título del artículo o trabajo.						
2. Adecuada redacción del resumen.						
3. Claridad, coherencia y originalidad del discurso.						
4. Adecuada organización del artículo o trabajo.						
5. Calidad de las referencias bibliográficas citadas.						
6. Aportes del artículo o trabajo al conocimiento del objeto de estudio.						
7. Estricto apego a las normas editoriales.						
8. Apreciación general del documento.						
9. Lenguaje de acuerdo con el nivel del documento						
10. Correspondencia con la línea de investigación.						

Veredicto:

- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado sin ninguna modificación _____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con ligeras modificaciones _____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con importantes modificaciones _____
- El artículo o trabajo evaluado no puede ser publicado _____
- Observaciones _____

**Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas
UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM**

Área Prioritaria de Desarrollo: Ciencias de la Salud

Área de Investigación	Línea de Investigación	Sublínea de Investigación
Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos	Promoción de salud:	Estilos de vida saludable
		Nutrición en el adulto mayor
	Prevención de enfermedades	Abordaje gerontológico de las patologías neurológicas en adultos mayores
	Rehabilitación y habilitación	Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor
		Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor
		Discapacidad y salud
Salud y envejecimiento	Gestión de salud	Evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud
		Administración gerontológica
	Dinámica psicosocial	Integración familiar del adulto mayor
		Participación del adulto mayor
		Demografía gerontológica
		Recreación y tiempo libre
		Dinámica social de la vejez y envejecimiento
		Educación gerontológica
		Gerontología educativa
		Dinámica sociocultural de la vejez
		El adulto mayor y las tecnologías de información y comunicación

	Derechos humanos	Orientación gerontológica
		Envejecimiento activo
		Derechos humanos, ocupación y diversidad
		Derechos humanos y salud
	Economía política y calidad de vida	Economía en la vejez
		Sistemas de seguridad social
		Políticas públicas y formación social y ciudadana
	Entornos físicos saludables	Entornos físicos saludables para el adulto mayor
	Apoyo social	Sistemas de apoyo en los adultos mayores
	Apoyo social	Asistencia al adulto mayor en etapa terminal
		Cuidadores formales e informales
	Epidemiología de la vejez	Demografía en la vejez

RESUMEN TÉCNICO DE COMITÉ:**DIRECTOR-EDITOR**

Dra. Sandra Quintero (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)
Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (2021) Cursante de la maestría en pedagogía alternativa sub Área Arqueología de Venezuela Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Pedagogía Crítica y Alternativa Universidad Kléber Ramírez. PEII-A2. Directora Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta encargada de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Locutora universitaria. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. - Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. - Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con "Gerontología al Día". Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

COMITÉ EDITOR

Lcda. Belen Cásares (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)
Venezolana. Licenciada en Gerontología. Cursante de la Maestría Gerencia en Recursos Humanos de la Universidad Nacional experimental "Rafael María Baralt". Cursante de licenciatura en Comunicación social UBV. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Organizadora de eventos científicos y comunitarios. Conferencista en eventos científicos. Formada en desarrollo social, multidiversidad, aprovechamiento energético ONCTI entre otros. Facilitadora de talleres de formación laboral en INCESS. Facilitadora curso de inducción para estudiantes de Gerontología. Autora del estudio Educación Ambiental con adulto mayores de Coro estado Falcón. Premio mención al mejor trabajo en las jornadas de investigación UNEFM 2015. Cumlaude grado 2017. Área de conocimiento: envejecimiento activo y educación ambiental.

Rujano Josefingre (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)
Venezolana. Lcda. En Gerontología. Egresada de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM). Conferencista y organizadora de eventos. Participación en diversos foros y encuentros de experiencias gerontológicas. Como envejecemos: una mirada transdisciplinaria. Diciembre 2017. Universidad de Chile. OMS: Atención de salud para las personas mayores. Acreditación- Nivel Básico. Marzo 2018. Área de conocimiento Cuidador del adulto

mayor, Cultura y tradición. Experiencia en valoraciones gerontológicas, aplicación de terapias cognitivas, terapia ocupacional, atención y cuidados personas con Parkinson, ECV y Alzheimer. josefingre@gmail.com

COMITÉ REDACCIÓN

Lcda. Maroly Quevedo MSc (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Lcda. En Gerontología. Magister Scientiarum en Recurso Humanos. Doctorante de Ciencias de la Educación UPEL. Docente Programa de Gerontología de la Universidad nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Miembro Fundación Somos Geroactivo. PEII-A1. Memoria de VIII Jornadas de Investigación de la UNEFM. Conferencista y organizadora de eventos a nivel nacional e internacional. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Área de conocimiento: prácticas gerontológicas integrales, gerencia en gerontología, intervención social, Economía Política en la Vejez.

Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (UNEFM)

Venezolano. Lcdo en Comunicación Social mención Desarrollo Social. Lcdo. Teología. Lcdo. Filosofía. Magister Scientiarum en Gerencia de la Tecnologías de Información y comunicación. Doctorante en Ciencias Sociales UNEFM. Cursante Doctorado en Pedagogía Crítica y Alternativa Universidad Kléber Ramírez Docente Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM, Programa de Medicina y Programa Artes Audiovisuales. Autor de libros como Semillas de Esperanza (2003), Poemas para el Alma (2012), Candelaria Virgen Amada (2017), San Antonio Patrono Bendito (2017), Valorando la profesión del periodista (2017). Reconocimientos: Premio Municipal de Periodismo “Salomón Maduro Ferrer” (2016), Premio Regional de Periodismo “Carlos Martínez Bueno” (2016), Premio Regional de Periodismo mención Interpretativo “Lino Revilla” (2015). Miembro Fundación Somos Geroactivo. Conferencista e Investigador PEII A-1. Locutor Universitario. PEII-A1. Área de conocimiento: medios de comunicación social y adulto mayor. Apropiación social de las tic. Artes audiovisuales.

Dra. Esther Áñez

Venezolana. Maestría en Docencia para la Educación Superior. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Comisión de Evaluación y Apelaciones PEI (Observatorio Nacional de Ciencia y Tecnología) Investigador “B”. Postgrado Especialidad en Gestión en Salud Pública. Licenciada. Educación Integral. Histotecnólogo. T.S.U Electromedicina. Directora de Extensión del Área Ciencias de la Salud.Docente Categoría Agregado. Publicación del Manual para elaborar un Análisis de Situación de Salud. Libro Pensando en las Organizaciones desde las Imágenes de Gareth Morgan con un Artículo Titulado Visión Metafórica de la Calidad de Educación del Programa Medicina UNEFM. Innovación Educativa y las Tics en los Análisis de Situación de Salud. Conferencista Regional y Nacional.

CONSEJO ASESORES**Dr. Jairo Villasmil (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolano. Psicólogo (1990). Lcdo en Comunicación social mención desarrollo social (1999). Maestría en Ciencias mención desarrollo comunal (1995). Doctorado en Educación (2010). Formación en Gerencia social comunitaria, planificación y diseños de sitios web, como escribir y publicar artículos científicos. Experiencias: Miembro asesor de la junta tratamiento postpenitenciario, Tutor y asesor de estudios de postgrado en materia gerencial como educativa. Publicaciones Revistas y artículo científicos en Revista Ciencias sociales y educativas UNEFM, Revista Laurus, Revista Educación UPEL. Conferencista nacional e internacional. Director de currículo de la UNEFM.

Dra. Gioconda Acosta

Venezolana. Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM-Venezuela. Especialista en Desarrollo de la gestión académica universitaria. Actualmente Decana de Ciencias de la Salud de la UNEFM. Ecografista Integral del Centro de Enseñanza e Investigación de Ultrasonido en Medicina (CEIUM). Barquisimeto, Edo. Lara. Estudios: 1) "Determinación de la Valoración Nutricional en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis. 2) "Estudio Epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en la Población de San Juancito, Edo. Falcón. 3) "Programa de Educación Sexual dirigido a los Adolescentes entre 12 y 18 años de la escuela y el Liceo Bolivariano Arenales. Parroquia Guzmán Guillermo, Municipio Miranda-Estado Falcón. Conferencista. Publicaciones: Parasitología: "Estudio Epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en la Población de San Juancito, Edo. Falcón. Experiencia Laboral: Jefe del Departamento de Estudios Morfofuncionales 2016-2019, Directora del Programa de Medicina marzo-julio 2019.

Nota: Varios árbitros y miembros del comité de redacción son asesores en esta edición.

RESUMEN TÉCNICO DE ÁRBITROS**Dra. PhD. Neris Ortega. (Univ. Carabobo Venezuela)**

Venezolana. PhD Enfermería, salud y Cuidado Humano. Enfermera. Universidad de Carabobo. Master en Cuidado Intensivo: Mención Médico quirúrgico, UC /2000. Especialista en Investigación en drogas. USP-Brasil/ 2005. Prof. Titular Universidad de Carabobo/Facultad de Ciencias de la Salud/ Dpto de Enfermería en Salud Integral del Adulto. Publicaciones: Resiliencia a la violencia como fenómeno complejo del cuidado humano año 2015, Aproximación a la persona humana como aspecto esencial para la comprensión del fenómeno de la resiliencia año 2014 entre otras.

Dra. Maribel Thamara Osorio. (Univ. Central de Venezuela. Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias de la Educación. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia en Educación Superior. Especialista en Salud Ocupacional.

Maestría en Docencia en Educación Superior. Maestrante en Bioética. Cursando postdoctorado educación, ambiente y sociedad. Universidad Pedagógica Libertador. Directora de la Escuela de Enfermería de la UCV y Directora del Postgrado de Enfermería Oncológica UCV. Editora de la Revista Venezolana de Enfermería. Miembro de la Asociación de Revistas Médicas de Venezuela. Miembro del equipo editorial de la Revista de la Facultad de Medicina UCV. Miembro del equipo de investigadores Fundación Ciea-Sypal. Publicaciones: Cuidados de enfermería en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama. Revista Venezolana De Enfermería, 2015; Volumen 2, Número 1. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/9381/9189). Investigación y Enfermería. Revista Venezolana De Enfermería, Volumen 1, Numero 1; 2014. [Http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156](http://Saber.Ucv.Ve/Ojs/Index.Php/Rev_Venf/Article/View/8257/8156). Conferencista nacional e internacional.

Dra. Miriam Bazán (Univ. ALAS Peruana Perú)

Peruana. Médico cirujano. Miembro. PhD. en Educación, Msc. en Administración y Diplomado en Docencia Universitaria en la Universidad Alas Peruanas. Fundadora y Presidenta de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Directora de la Escuela Profesional de Gerontología Universidad Alas Peruana. Área de conocimiento: Dinámica Social de la Vejez y el Envejecimiento. Educación Gerontológica, Gerontología Educativa. Conferencista nacional e internacional. Graduada del curso de especialización en servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad en Haifa-Israel. Coautora del libro: "Perfiles de envejecimiento: Gerontología para la vida activa, una propuesta regional".

Dra. Claudia Mendoza (UnivAut Tlaxcala México)

Mexicana. Docencia en Educación Formal, No formal e Informal. Académica Universitaria. Investigación en Gerontagogía. Programación en Áreas de Asistencia, Bienestar y Desarrollo Social. Intervención Socioeducativa y Sociocultural en Grupos Vulnerables. Doctora en Estudios Migratorios, Desarrollo e Intervención (Universidad de Almería; Almería, España, 01 febrero 2017. Maestra en Animación Sociocultural e Intervención Socioeducativa (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España, enero 2009. Licenciada en Educación Social (Universidad Autónoma de Tlaxcala; Tlaxcala, México:2006). Área de conocimiento: Intervención Socioeducativa en Adultos Mayores (LGAC Individual) Inclusión social de personas con discapacidad (LGAC Cuerpo Académico). Coordinadora del programa educativo Licenciatura en Atención Integral al Adulto Mayor Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano (Universidad Autónoma de Tlaxcala; México, vigente. Publicaciones: La educación Inclusiva. Reflexiones desde Latinoamérica. México: Castellanos Editores. Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables: Vol.I.(pp. 149-156) Almería, España: Enfoques Editoriales. Entre otros. Conferencista nacional e internacional.

Magister. Sergio Flores (Univ del Valle de Toluca. México)

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación (Univ. del Valle de México). Licenciado en Gerontología (Univ. Estatal del Valle de Ecatepec). Doctorante en Educación (Univ. Rey Juan Carlos, España). Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Líneas de investigación estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Coordinador de los Libros: "Perfiles sobre envejecimiento, Estrategias gerontológicas en acción" (2014), UNEVT. "Perfiles sobre envejecimiento, "Gerontología para la Vida Activa. Una propuesta Regional" (2017), Fondo editorial UAP, Perú. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A. C. Miembro fundador y Secretario de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Prepara su siguiente coordinación del libro: "La Historiografía de los Modelos Educativos de Gerontología en Iberoamérica".

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Ecuatoriana. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Docencia alumnos de pregrado en la Universidad Metropolitana de Quito Ecuador. Miembro del Capítulo Provincial de Medicina Familiar. Conferencista nacional e internacional. Publicaciones: Cuidados de enfermería y efecto por separación del vínculo familiar en pacientes pediátricos con quemaduras. Revista Cultura de los Cuidados. Aprobada para publicación 2do cuatrimestre 2019/agosto-septiembre/volXXIII/No.54.

Dra. Marisa Silvana Zazzetta (Univ. Fed. São Carlos Brasil)

Brasileña. Doctorado en Servicio Social - Escuela Superior de Sanidad (1990), Licenciatura en Servicio Social Universidad Nacional de Entre Rios (1993), Maestría en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande de Sur (1996). Actualmente docente en Universidad Federal de São Carlos en Curso Licenciatura de Gerontología, y el Programa de Postgrado en Enfermería (Maestría y Doctorado), y el Programa de PostGrado de Gerontologia (Maestría). Árbitro de revistas: Revista Aquichan, Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología, Revista Estudios Interdisciplinarios de Envejecimiento, Revista Interface –Comunicación, Salud, Educación. Publicaciones: Jesús, Isabela Thaís Machado de Orlandi, Ariene Angelini Dos Santos; Zazzetta, Marisa Silvana. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología, v. 21, p. 194-204, 2018. Jesús, I. T. M. ;Orlandi, Fabiana De Souza; Zazzetta, M. S. Frailty and cognitive performance of elderly in the context of social vulnerability. Dementia & Neuropsychologia, v. 12, p. 173-180, 2018. Jesus, Isabela Thaís Machado de Diniz, M. A. A; Lanzotti, R. B.; Orlandi, Fabiana De Souza ;Pavarini, S.C.I.; Zazzetta, M. S. Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto de Vulnerabilidade Social. Texto e Contexto. (UFSC Impresso), v. 27, p. e4300016, 2018. Entre otros.

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno. (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Colombiana. Enfermera, Especialista en prevención del maltrato infantil, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Doctora en Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Secretaria del Capítulo UpsilonNu de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Miembro vitalicio de la International Association for Hospice and Palliative Care. Miembro de la Red Latinoamericana de Investigadores en Cuidado al Paciente Crónico y la Familia. Miembro del Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico clasificado en A en Colciencias. Investigadora reconocida por Colciencias. Autora de 34 artículos publicados en revistas indexadas y dos capítulos de libro.

Master. Laura Inés Salatino. (Univ. Maimonides Argentina)

Argentina. Master en atención integral centrada en la persona AICP Universidad de Vic Barcelona, España. Especialista en Psicogerontología de la Universidad Maimónides; Licenciada en Gerontología de la Universidad Maimónides. Docente a Cargo Curso de Psicogerontología: El Modelo de Atención Integral y Centrado en La Persona, Universidad Maimónides. Universidad Maimónides, Licenciatura en Gerontología, Titular de la Cátedra Gerontología Social III, modalidad a distancia. Conferencista nacional e internacional 2018: V Congreso Latinoamericano de Universidades con Carrera en Gerontología “Construcción del Rol Profesional, de la Teoría a la Práctica”, 2017: VII Congreso Latinoamericano de Psicogerontología: Avanzando en la inclusión, la integración y la interdisciplina, Santiago de Chile, expositor en la mesa redonda “Aislamiento social y perceptivo en el adulto mayor” con la ponencia “Prevención del aislamiento en la vejez” entre otros.

Magister. Yeis Miguel Borré (Univ. Met de Barranquilla-Colombia)

Colombiano. Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud. Magíster en Investigación con énfasis en Docencia. Candidato a Doctor en Investigación y Docencia. Universidad Metropolitana de Barranquilla (Docente Investigador del Programa de Enfermería) Universidad Libre Seccional Barranquilla (Docente Jornada laboral completa – Líder Grupo de Investigación en Salud Pública). Publicaciones Sánchez C, Urbina A, Borré-Ortiz YM. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad de atención de Enfermería y satisfacción del paciente en población de México. Rev. Paraninfo digital, 2017; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/015.php>. Borré-Ortiz YM. Editorial: La Producción Científica en Ciencias de la Salud ¿un asunto de cantidad o calidad? Rev. Biociencias. 2017; 12(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2553> entre otras.

Master. Juleiky García Beracieto. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Cubano. Licenciado en Enfermería. Máster en Urgencias médicas en atención primaria de salud, con experiencia laboral en el área de la docencia, la investigación, la publicación de artículos científicos, el postgrado y la atención primaria de salud en área prehospitalaria en emergencias médicas, cuidados críticos. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura

en Enfermería. Estrategias educativas en la educación superior. Revista de Información científica de Guantánamo. Cuba. 2018.

Katiuska Sangronis (Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. UNEFM-Univ Kléber Ramírez Venezuela)

Venezolana. Médico Veterinario. Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior. Cargo Supervisor Docente II. Labora en la Policía del estado Falcón en la Unidad Curricular y Desarrollo Profesional de la Academia de la Policía. Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES

Díaz Pedroza Araceli Dennise (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicana. Licenciada en Gerontología por la Universidad Autónoma de Chiapas. Diplomada en Tanatología y diplomada en Género y Derechos Humanos de las Mujeres por la misma universidad. Cuento con un curso de especialidad sobre “Cómo envejecemos: una mirada transdisciplinar”, por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Abierta de Chile y actualmente soy estudiante de posgrado en la Universidad Autónoma de Chiapas en convenio con CONACYT. Docente del diplomado en línea “Gerencia Social Gerontológica” por SERENDIPITY. Docente de la licenciatura en Trabajo Social con materias afines al área de envejecimiento. Docente en el Programa de Profesionalización de Mujeres Indígenas por el Instituto de Capacitación Geronto-Geriátrica (ICAGGER) y el Gobierno de Yucatán. Participante en congresos con la línea temática “cuerpo y vejez emergentes”, así como publicaciones en diversos medios. Miembro activa de la Sociedad Mexicana de Geronto-Geriátrica. Co-fundadora de la Asociación Civil de Gerontólogos en Pro del Envejecimiento en Chiapas. dennise_diazpedroza@hotmail.com

Miranda Videgaray Carlos (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

México. Antropólogo, Psicodramatista, formado en Terapia Gestalt Integrativa, Doctorado en Antropología con especialización en representaciones sociales de la vejez, Posgrado en la Temática Gerontológica y la Investigación sobre Ancianidad especialidad en Gerencia Social del Envejecimiento. Profesor en la Universidad Autónoma de Chiapas. Ha participado en diversos foros académicos y de divulgación en México, Estados Unidos, América del Sur y Europa. Es autor de artículos científicos y de divulgación que ha publicado en revistas especializadas de México, Argentina, Perú y Holanda; de diversos capítulos de libros en temas de etnicidad, religiones, migración, feminicidio, género y masculinidades, y coautor de 3 libros en temas de Etnografía de la Vejez Indígena, Sociodemografía Indígena, Migración y Violencia Contra las Mujeres por Razones de Género. Co-Productor de 4 documentales sobre Vejez Urbana; Vejez Indígena; Mujeres Trans; y VIH-sida en Personas Adultas Mayores. Fundador del Boletín Gerontológico de la Universidad Autónoma de Chiapas. carlos.miranda@unach.mx

Alegría Pérez Víctor Manuel (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicano. Licenciado en “Gerontología” por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), aspirante a la Maestría en Defensa de los Derechos Humanos ofertada por la UNACH, Ganador a mención Honorífica en los premios “Carlos Maciel Espinoza en el 2018 a lo mejor del servicio social universitario, ganador del 3º lugar en el primer concurso de fotografía “Por una cultura cívica” ofertado por el IEPC

(Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana del estado de Chiapas) en el 2019, ganador al 3º lugar en el primer concurso de video "Dímelo en Corto" por el IEPC en el 2020, actualmente labora como adscrito en el área de Gerontología en la clínica Universitaria "Dr. Manuel Velasco Suarez", apoya en el área de "Educación Continua" de la licenciatura en Gerontología, apoyo en la Acreditación de la licenciatura, Co- Coordinador en servidores sociales de la clínica universitaria en el área de gerontología, Gerontólogo en la residencia geriátrica "La Cabaña". Servidor social en INAPAM (Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores), asociación civil "Jumaltik Equidad Sur A.C". victor.alegria@unach.mx

Rodas Marín Alejandra Guadalupe (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicana. Licenciada en Gerontología por la "Universidad Autónoma de Chiapas" Facultad de medicina humana Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II. Como parte del servicio social fui integrante del equipo que desarrolló el programa "taller de memoria" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el año 2018. Cofundadora de "estimulando tu mente" un taller donde asistimos a personas adultas y adultas mayores con intervención gerontológica (aplicación de escalas gerontológicas, terapia ocupacional, estimulación cognitiva, etc) para evitar o retrasar el deterioro cognitivo y la dependencia. Docente en la Universidad (SEUAT) Sistema Educativo Universitario Azteca en la licenciatura de Gerontología Social. Miembro del centro gerontológico Ger-Active desempeñando el papel de gerontóloga. al3roma@gmail.com

Soto Díaz Alejandra Kristel (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicana. Egresada en el año 2019 de la "Universidad Autónoma de Chiapas" Facultad de medicina humana Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II, de la carrera de Gerontología. Como parte del servicio social fui integrante del equipo que desarrolló el programa "taller de memoria" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el año 2018. Así mismo he sido asistente de coloquios y congresos de gerontología y también partícipe de la planeación de un coloquio llevado a cabo en mi institución de egreso en el año 2018. Cofundadora de "estimulando tu mente" un taller donde asistimos a personas adultas y adultas mayores con intervención gerontológica (aplicación de escalas gerontológicas, terapia ocupacional, estimulación cognitiva, etc) para evitar o retrasar el deterioro cognitivo y la dependencia. lecy_40@hotmail.com

Pérez Zavala Griselda Lizeth (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicana. Licenciatura en Gerontología por la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez" Universidad Autónoma de Chiapas. Directora del Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Coordinadora Académica periodo de 2016 a 2019. Colegio de Neurociencias del Estado de Chiapas / CONECH Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. koli.servicios@gmail.com

Almanza Muñoz José De Jesús (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicano. Médico Psiquiatra y Psiquiatra de Consulta y Enlace. Escuela Médico Militar, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, N.Y. Massachusetts General Hospital/Harvard, Boston Mass U.S.A. Subdirector de Educación e Investigación del Centro Gerontológico Koli Desarrollo Humano, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad, SEDENA, México. Periodo: 2000 A 2009. Puesto Institucional actual: Coordinador del Centro COVID-19 VII Región Militar, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Presidente de la Asociación Mexicana de Revistas Biomédicas, A.C. 2007-2009. ismedhu@gmail.com

Jiménez Guillén Raúl (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicano. Maestro en Educación Superior, por la Universidad Autónoma de Tlaxcala y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es Profesor de Tiempo Completo, funge como coordinador general de la Universidad para/con Personas Mayores y es integrante del cuerpo académico UATLX-CA-240 Ciencias del Envejecimiento, en la Universidad Autónoma de Tlaxcala; posee el reconocimiento de profesor emérito y Perfil Deseable PRODEP. Desarrolla las líneas de generación y aplicación del conocimiento: a) Políticas públicas para la atención de grupos vulnerables y b) Desarrollo humano y capacidades en personas mayores. rauljimenezguillen@yahoo.com

Mendoza Ramírez Claudia Berenice (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicana. Doctora en Estudios Migratorios, Desarrollo e Intervención Social, por la Universidad de Almería, España, Maestra en Animación Sociocultural e Intervención Socioeducativa por la Universidad Pablo de Olavide, España, y Licenciada en Educación Social por la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Actualmente es Profesora de Tiempo Completo, Coordinadora de la Licenciatura en Pedagogía Gerontológica y líder del cuerpo académico UATLX-CA-240 Ciencias del Envejecimiento; posee el reconocimiento de Perfil Deseable PRODEP. Desarrolla las líneas de generación y aplicación del conocimiento: a) Estudios Migratorios en Personas Mayores, b) Intervención Socioeducativa con Personas Mayores. cbmendozar_fcdh@uatx.mx

Montalvo Vargas Ramos (Universidad Autónoma de Chiapas. México)

Mexicano. Doctor en Desarrollo Regional, por el Colegio de Tlaxcala, actualmente es Profesor de Tiempo Completo, e integrante del cuerpo académico UATLX-CA-240 Ciencias del Envejecimiento en la Universidad Autónoma de Tlaxcala. En el año 2012 fungió como Director General Académico en el Colegio de Tlaxcala A.C.

Actualmente posee el reconocimiento de Nivel 1 en el Sistema Nacional de Investigadores, por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Desarrolla la línea de generación y aplicación del conocimiento: Geografías del Envejecimiento. rmontalvov_fcdh@uatx.mx

García Zaida Josefina (Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela)

Venezolana. Lcda. En Gerontología, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (2008). T.S.U. en Gerontología, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (1994).-Lcda. en Educación, Mención Desarrollo Cultural, Universidad Nacional Experimental “Simón Rodríguez” (2009). Publicaciones: Coautora de la Antología “Envejecer es Vivir” (1993) Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Autora de varios artículos periodísticos: Columna Envejecer es Vivir, Diario La Mañana y de la Columna Temas Gerontológicos, Diario “Nuevo Día”. Autora de los Cuentos Infantiles “El Trencito” (2013) Proyecto Expresiones. Coautora del Artículo “Lydda entre nosotros” (2019) Cruxentiana nº 5. Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez. Red de Museos Comunitarios, Árboles y Casas de la Memoria, Senderos de Interpretación y Significación del Estado Falcón (RMD, CAM, SISEF) Santa Ana de Coro Estado Falcón Venezuela. garciazaida08@gmail.com

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

<i>Título del artículo</i>	<i>Autor(es)</i>	<i>Pág.</i>
Y A MÍ ¿QUIÉN ME CUIDA?: EXPERIENCIAS DE UNA CUIDADORA PRIMARIA	Díaz, A. Dennise	10
“LA PRECARIZACIÓN DE LA VEJEZ”. Como condicionante de la vulnerabilidad de las personas adultas mayores ante el Covid-19	Miranda Videgaray Carlos	31
CONSECUENCIAS DEL ANALFABETISMO EN PAMS DEL CLUB LOS TULIPANES DEL INAPAM DE TUXTLA GTZ. CHIAPAS. El beneficio de las actividades lúdicas como método de alfabetización	Alegría Pérez Víctor Manuel	54
EL SÍNDROME DE DOWN Y SU RELACIÓN CON EL ALZHEIMER: Una exigencia para la intervención gerontológica	Rodas, Alejandra y Soto, Alejandra	75
KOLI DESARROLLO HUMANO: Un modelo multidisciplinario de atención gerontologica, en Tuxtla Gutierrez, Chiapas	Pérez Zavala Griselda Lizeth, Almanza Muñoz José de Jesus	92
ME QUIERO IR, PERO NO SÉ QUÉ HACER. Jubilación de profesores e investigadores universitarios en México	Jiménez Guillén Raúl, Mendoza Ramírez Claudia Berenice y Montalvo Vargas Ramos	126
ATENCIÓN INTEGRAL AL ANCIANO. UNA EXPERIENCIA EN EL MUNICIPIO MIRANDA DEL ESTADO FALCÓN	García Zaida Josefina	138

GEROCIENCIA

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA**

