



Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad

Víctor Manuel Mendoza-Núñez,^a Marissa Vivaldo-Martínez,^a María de la Luz Martínez-Maldonado^a

Community model of healthy aging framed in resilience and generativity

The Research Unit in Gerontology at the Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, from the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), has developed a comprehensive model aimed at the promotion of healthy aging within the context of community development. The model is centered on the implementation of intensive educational programs addressed towards groups of older persons in what is known as "Gerontological Nuclei". Although it is true that there are satisfactory results, one limitation of the model is the difficulty of its implementation without supervision and university support. For this reason, two components have been included: resilience and generativity, which together could positively impact the model by strengthening contextual and personal components that are linked to healthy behavior. The approach of generativity and resilience are basic elements for the strengthening of human capacities during aging, since they can favor the autonomy, independence and decision-making capacity of people in the personal and community spheres. The article presents a model of healthy aging with possibilities of application at community level.

El envejecimiento de la población representa un gran reto para la sociedad, dado que tiene profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria y repercusiones en las diversas esferas de la existencia humana, incluidos los ámbitos social, económico, político, cultural y sanitario. Las proyecciones demográficas indican que la población mundial de 60 o más años aumentará de 841 millones en 2013 a más de dos mil millones en 2050. Para ese año, el 21.1% de la población mundial tendrá 60 años o más, y el 80% de este sector vivirá en países de ingresos bajos y medios, mientras que en la actualidad estos dos tipos de países representan actualmente dos tercios de la población mundial de ancianos.¹ Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado una esperanza de vida promedio a los 60 años de 20 años para los hombres y 21.5 años para las mujeres.² México envejece en un contexto complejo en el que las desigualdades, inequidades sociales y los problemas económicos son una realidad constante. En el 2017, el 10.5% de nuestra población total (12 973 411 habitantes) tiene 60 años o más y las proyecciones demográficas indican que para 2050, el 27.7% de la población mexicana (33.7 millones) formará parte de este grupo etario. Además, los datos indican que esperanza de vida promedio a los 60 años actualmente es de 22 años.³ Asimismo, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) se informó que la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en personas mayores de 60 años era superior al 50% y al 20%, respectivamente. Del mismo modo, más del 25% de todos los adultos mayores tienen alguna limitación en la funcionalidad física (caminar, bañarse, comer, vestirse, uso del retrete).⁴ Aunque también se debe reconocer que más del 70% de las personas mayores de 60 años son totalmente independientes y pueden participar en programas de envejecimiento activo y saludable a nivel comunitario, por lo que potencialmente este grupo poblacional representa un capital social y, por lo tanto, podría constituir un bono demográfico para el desarrollo económico y social de la población adulta mayor y la sociedad en general.⁵ Un estudio relevante que demuestra dicho impacto, es el realizado por Fernández-Ballesteros *et al.* (2011) en España, quienes estimaron que este grupo poblacional contribuye

Keywords Palabras clave

Aging	Envejecimiento
Psychological resilience	Resiliencia psicológica

La Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha desarrollado un modelo integral dirigido a la promoción del envejecimiento saludable en el contexto del desarrollo comunitario. El modelo se centra en la implementación de programas educativos intensivos que están dirigidos a grupos de personas mayores, en lo que se conoce como "núcleos gerontológicos". Si bien es cierto que existen resultados satisfactorios, una limitante del modelo es la dificultad para su implementación sin la supervisión y el apoyo universitario. Por tal motivo, se han incluido dos componentes: la resilien-

cia y la generatividad, los cuales en conjunto podrían impactar positivamente al modelo al fortalecer componentes contextuales y personales que se encuentran vinculados a un comportamiento saludable. El enfoque de la generatividad y la resiliencia constituyen elementos básicos para el fortalecimiento de las capacidades humanas durante el envejecimiento, ya que pueden favorecer la autonomía, la independencia y la capacidad de toma de decisiones de las personas en los ámbitos personal y comunitario. El artículo presenta un modelo de envejecimiento saludable con posibilidades de aplicación a nivel comunitario.

Resumen

buye anualmente a la economía del país con 106 mil millones de euros, a través de actividades de impacto económico indirecto no reconocido, como (I) el cuidado de los nietos, (II) el cuidado de enfermos, (III) los quehaceres del hogar, (IV) las actividades de mantenimiento en la casa, (V) llevar a cabo las compras del hogar, (VI) la gestión de trámites administrativos, así como (VII) el voluntariado social y comunitario.⁶ En este contexto, uno de los principales objetivos de los gobiernos de todo el mundo es establecer políticas y programas para promover el envejecimiento activo, saludable y productivo.⁷ Por tal motivo, el propósito del presente artículo es presentar una propuesta para la implementación y el desarrollo de un modelo de envejecimiento saludable a nivel comunitario, enmarcado en la resiliencia y la generatividad.

Envejecimiento humano y vejez

El humano es un ser complejo en el que se conjugan y complementan elementos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son interdependientes. Por lo tanto, el envejecimiento humano es diferente del envejecimiento celular, del de un órgano o del de un sistema. Asimismo, no se debe limitar el concepto al solo hecho del paso del tiempo, ya que tal como lo señala Leonard Hayflick (1996) "no es el simple paso del tiempo; sino la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un lapso de tiempo, lo que caracteriza el envejecimiento", de ahí que el investigador señale que "el envejecimiento ocurre *en* el tiempo, pero no *por* el paso del tiempo".⁸ En este sentido, la mayoría de las células que existen en este momento en nuestro cuerpo no existían hace cinco o diez años, incluso dos días atrás, y esto sucede durante todas las etapas de la vida (niñez, adultez y vejez), por lo que el envejecimiento celular no es la característica distintiva del envejecimiento humano. En este contexto definimos *envejecimiento humano* como un

proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y de la respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado.⁹

En nuestra propuesta asumimos con fines de intervención comunitaria que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida, alrededor de los 45 años de edad, ya que en esa etapa se presentan cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales patentes relativos al envejecimiento en la mayoría de la población.⁹

Por otro lado, la vejez es un concepto relativo a una etapa del ciclo vital humano, cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales. Al respecto, cada sociedad establece la edad de inicio de la vejez y esta ha cambiado a lo largo del tiempo; de ahí que en los inicios del siglo pasado se consideraba como viejas a las personas mayores de 40 años. En la actualidad la mayoría de los países asumen los acuerdos de organismos internacionales. En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció como punto de corte para la edad de inicio de la vejez: 65 años para los países desarrollados y 60 años para los países en desarrollo.¹⁰ La diferencia de edades para el establecimiento del inicio de la vejez se sustentó en las diferentes condiciones y en la esperanza de vida de ambos grupos de países.

Envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo (EA) fue propuesto en 1999 por la OMS, que lo definió como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar

la calidad de vida a medida que las personas envejecen".⁷ El término *activo* se refiere a la participación continua de las personas adultas mayores, en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. En el plano operativo, este concepto se refiere al empoderamiento de las personas adultas mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.⁷

Debido a lo anterior se ha propuesto que la *generatividad* puede ser el medio para impulsar programas comunitarios de EA, aunque también el EA constituye una estrategia factible para desarrollar la generatividad en las personas en proceso de envejecimiento.¹¹

Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable (ES) es uno de los objetivos prioritarios de los programas comunitarios de envejecimiento activo; sin embargo, no existe un consenso sobre lo que este concepto podría comprender o cómo se puede definir o medir. Al respecto, el ES se utiliza a menudo para describir un estado positivo libre de enfermedad y distinguir entre individuos sanos y enfermos. Esta definición es problemática en las personas de mayor edad, porque muchas de ellas pueden tener una o más enfermedades crónicas bien controladas, lo cual les permite tener una vida independiente y autónoma. Por esta razón, en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud la OMS define el ES como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez". Así lo establece la OMS (las cursivas son nuestras):

La *capacidad funcional* comprende los atributos relacionados con la salud que [le] permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La *capacidad intrínseca* es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El *entorno* comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona. Incluye —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el ambiente construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan.

El término *bienestar* se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.

Un individuo puede tener *reservas de capacidad funcional* que no está aprovechando. Estas reservas contribuyen a la resiliencia de una persona mayor.

El modelo del envejecimiento saludable concibe la *resiliencia* como la capacidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad (ya sea a través de la resistencia, la recuperación o la adaptación).¹²

En este contexto, desde un punto de vista pragmático, enmarcado en el envejecimiento activo, nuestro grupo de trabajo propone conceptualizar el *envejecimiento saludable* como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan o fortalecen estilos de vida saludables, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, para lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida, a partir de considerar el contexto sociocultural. Los estilos de vida saludables a los que nos referimos son: (I) alimentación adecuada, (II) ejercicio físico moderado y periódico, (III) educación para la salud, (IV) higiene del sueño, (V) autocuidado de enfermedades agudas y crónicas, (VI) participación social en proyectos personales y comunitarios significativos y (VII) educación para el desarrollo personal. Estos estilos de vida podrán ser adoptados y modificados de acuerdo con la edad, el estado de salud y la funcionalidad.

Generatividad

El enfoque del envejecimiento positivo reconoce y resalta las capacidades físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores, con base en la experiencia y los conocimientos adquiridos a lo largo de su ciclo vital, los cuales pueden contribuir potencialmente en la economía y el bienestar personal de otros adultos mayores y de la sociedad en general.⁶ Asimismo, Baltes y Baltes (1990) proponen el enfoque del envejecimiento adaptativo, cuyos procesos básicos de selección, optimización y compensación (SOC) permiten alcanzar y sostener metas a lo largo de la vida, incluyendo las últimas décadas. Los mecanismos de SOC permiten el desarrollo humano durante el ciclo vital, considerando el contexto sociocultural.¹³

Con esta visión se propone el concepto de generatividad, el cual surge de la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, en la que se propone que el

desarrollo del ciclo vital ocurre en ocho etapas, cada una de las cuales implica cierto desafío o crisis evolutiva. La generatividad es el foco de la séptima etapa y cronológicamente aparece vinculada a la mediana edad (entre 30 y 50 años). En este sentido, el *impulso generativo* incluye la capacidad de la *productividad*, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia y la tecnología, y la *creatividad*, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones.¹⁴

La *generatividad* implica contribuir al bien común de los entornos en los que las personas participan, para reforzar y enriquecer las instituciones sociales, y asegurar la continuidad de los proyectos y programas. Se ha establecido que la generatividad se puede expresar a partir de actividades como la crianza de los hijos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios o el compromiso social y la participación cívica y política.¹⁵ Respecto a la generatividad vinculada con la salud, se señala que es preciso que las personas formen parte de una red de relaciones sociales en las que puedan proyectar sus intereses generativos para lograr una vejez saludable.¹⁵ En la actualidad se dispone de algunos instrumentos que permiten medir el tipo y grado de generatividad de las personas en proceso de envejecimiento. Entre las más utilizadas podemos resaltar la Escala de Generatividad Loyola (Loyola Generativity Scale) y la Escala de Comportamiento Generativo (Generative Behavioral Checklist), ambas desarrolladas por McAdams y adaptadas en español por Feliciano Villar (2013).¹⁵

Resiliencia

Cuando se habla de *resiliencia* se asume que la persona desarrolló una competencia para el afrontamiento o la respuesta al estrés y a la adversidad. La resiliencia es considerada como un rasgo de la personalidad que le permite a una persona una mejor adaptación a la vida. Entre los factores que son enfrentados durante la resiliencia destacan la pobreza, el abuso, la discriminación y las limitaciones físicas. La capacidad resiliente es resultado de la conjunción de factores biológicos, familiares, ambientales y sociales. En este sentido, se reconoce que uno de los factores que puede influir positivamente en el desarrollo de la capacidad resiliente es la organización comunitaria, a partir de la solidaridad y la reciprocidad, además del sentido de pertenencia y de mantener los motivos de vida. Se señalan entre los principales componentes de la resiliencia el optimismo, la empatía, el *insight*, la competencia intelectual, la autoestima, la misión y la perseverancia. Se debe diferenciar la resiliencia de la

recuperación, ya que en la primera el individuo tiene la capacidad de mantener un equilibrio ante situaciones adversas, mientras que en la segunda la persona se recupera después de sufrir el efecto.¹⁶⁻²⁰ En este sentido, muchos de los ancianos son “supervivientes a las situaciones adversas”, por lo que es importante resaltar que la resiliencia en la vejez es multidimensional y multideterminada, en cuyo proceso las personas adultas mayores se adaptan a los eventos y riesgos de tipo biológico, psicológico y social a los que se enfrentan. Entre los eventos estresantes a los que se enfrentan los ancianos podemos resaltar la muerte de seres queridos, la pérdida de trabajo, la jubilación, los accidentes, la enfermedad y la discapacidad, la pobreza, el abandono, los conflictos familiares, la violencia doméstica y urbana, y la discriminación social (viejismo). La resiliencia en la vejez depende en gran medida de las reservas afectivas, cognitivas y sociales, las cuales se manifiestan a través de la motivación (plan de vida), la satisfacción con la vida, la autoestima, la iniciativa y la autoeficacia, todo lo cual propicia una adaptación exitosa.²¹ En este sentido, existen instrumentos confiables para medir la resiliencia en el proceso de envejecimiento. Uno de los más aceptados es *The Connor-Davidson Resilience Scale*,²² del cual se han desarrollado versiones para población mexicana.²³

Gerontología comunitaria

La gerontología comunitaria es un campo de estudio emergente que tiene como propósito el desarrollo de estrategias para la implementación de programas que permitan lograr el máximo de funcionalidad, salud, bienestar y calidad de vida de los ancianos en su entorno social y comunitario.

Por otro lado, aunque el envejecimiento es individualizado, multidimensional y multifactorial, las condiciones biológicas, físicas, psicológicas y sociales de las personas cambian, en lo general, de manera similar conforme avanza el proceso. Por tal motivo, es de gran utilidad para la intervención gerontológica a nivel comunitario clasificar a los grupos de población en proceso de envejecimiento, tomar como criterio los intervalos de edad y reconocer el capital social que potencialmente representan (figura 1). Si los individuos entran en contacto con sus vecinos, y ellos con otros vecinos, habrá una acumulación de capital social, el cual puede satisfacer inmediatamente sus necesidades sociales y puede producir un potencial social suficiente para realizar una mejora sustancial de las condiciones de vida en la comunidad. De allí que, a través de los recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen, podrán potenciar sus capacidades y obtener acceso a diferentes recursos ya

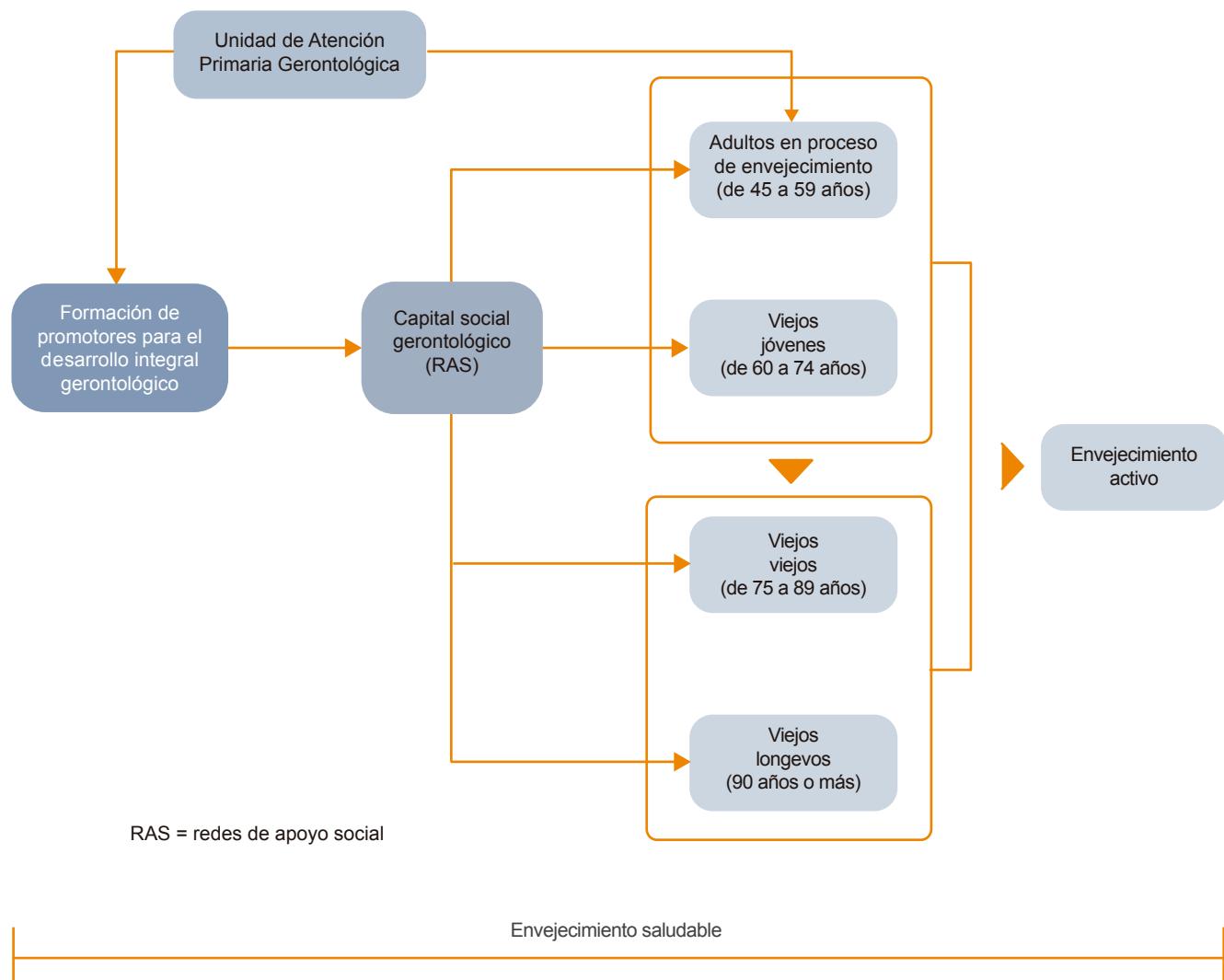


Figura 1 Capital social gerontológico. La unidad de atención primaria gerontológica (de salud, educativa, seguridad social o asociación civil) es la responsable de formar promotores para el desarrollo integral gerontológico, con lo cual se conforma un capital social diferenciado. Los adultos en proceso de envejecimiento y los viejos jóvenes podrán apoyar a los grupos de viejos viejos y de viejos longevos. Todos los grupos pueden ser incluidos en programas de envejecimiento activo, con una participación diferenciada acorde con su funcionalidad física, mental y social, con el propósito de lograr un envejecimiento saludable en consonancia con su estado de salud

sean económicos, materiales, informativos y afectivos (figura 2). Por tal motivo, la población en proceso de envejecimiento y envejecida debe ser considerada como un bono demográfico si se toma en cuenta el capital humano y social que representa, sobre todo para el desarrollo humano durante el envejecimiento. En este sentido, se ha resaltado la importancia del empoderamiento para la detección y el control de las enfermedades crónicas de acuerdo con el modelo biopsicosocial y el cuidado centrado en la persona, lo cual ha demostrado que la participación activa del individuo es fundamental para lograr el máximo de bienestar y calidad de vida en diferentes edades y contextos.²⁴

Las principales estrategias implementadas a nivel comunitario para lograr el empoderamiento son: (I) el entrenamiento para el empoderamiento y el desarrollo de liderazgo; el apoyo para el establecimiento de políticas y programas asistenciales; (II) la educación pública y la opinión para las fuentes de apoyo; la organización de asociaciones, cooperativas y uniones para la creación de colectivos de empoderamiento; (III) el entrenamiento para el trabajo y el de microemprendedores para lograr la autonomía y el control de su situación; (IV) el proporcionar servicios y asistencia para las oportunidades y recursos esenciales; y la protección a los derechos y acciones

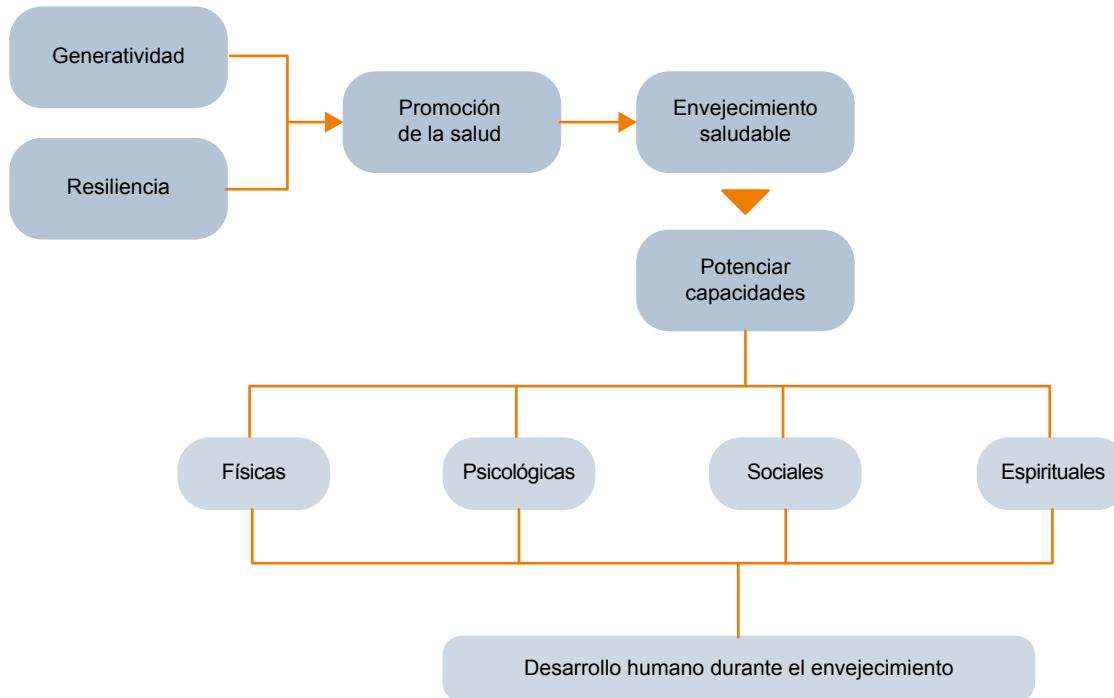


Figura 2 Generatividad, resiliencia y capacidades humanas. El fortalecimiento de la generatividad y la resiliencia favorecerán la participación activa de las personas en proceso de envejecimiento y envejecidas en acciones de promoción de la salud encaminadas al envejecimiento saludable, con lo cual se pueden potenciar las capacidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, componentes fundamentales del desarrollo humano durante el envejecimiento

sociales para legislar en beneficio de grupos específicos.²⁵

Modelo comunitario de envejecimiento saludable

Recientemente se ha demostrado la viabilidad y eficacia de la implementación de modelos de autocuidado a nivel comunitario para adultos mayores en nuestro país.²⁶⁻²⁸

Por tal motivo, sería deseable que los programas gubernamentales de salud pública orientados a promover el envejecimiento saludable consideraran el desarrollo de modelos de envejecimiento activo como una estrategia prioritaria.

En este contexto nuestro grupo de trabajo ha desarrollado un modelo denominado *núcleos gerontológicos*, cuyo fin es promover el envejecimiento saludable a nivel comunitario. Este modelo está enmarcado en el envejecimiento activo, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión; en él se establecen como acciones nucleares el ejercicio físico, la alimentación adecuada, la higiene del sueño y la autoestima, a fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social a nivel comunitario. Sus resultados hasta el momento han sido relativamente satisfactorios.²⁸

El modelo establece como elemento clave la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG) de entre los mismos adultos y adultas mayores, quienes fungen como coordinadores de grupos de ayuda mutua (núcleos gerontológicos) e implementan acciones de autocuidado y autogestión para su bienestar y desarrollo social. Los PDIG son coordinados por una Unidad de Atención Primaria Gerontológica (UAPG), la cual puede conformarse en el marco de los programas de atención a personas adultas mayores de las instituciones de salud (de primer nivel de atención), de desarrollo o asistencia social, institutos de atención a las personas adultas mayores, universidades que ofrecen atención gerontológica u organizaciones civiles (figura 3).²⁸

El autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión constituyen los elementos estratégicos fundamentales para los programas comunitarios gerontológicos, los cuales están estrechamente vinculados. De ahí que no podemos proponerlos aisladamente, por lo que cualquier programa comunitario gerontológico encaminado a mejorar el estado de salud y la calidad de vida debe establecer los mecanismos que permitan su ejecución armónica y complementaria.

Si bien es cierto que hemos logrado un avance importante en el desarrollo del modelo y se ha demostrado un efecto positivo de este en el estado de salud, el bienestar y la calidad de vida en la población de

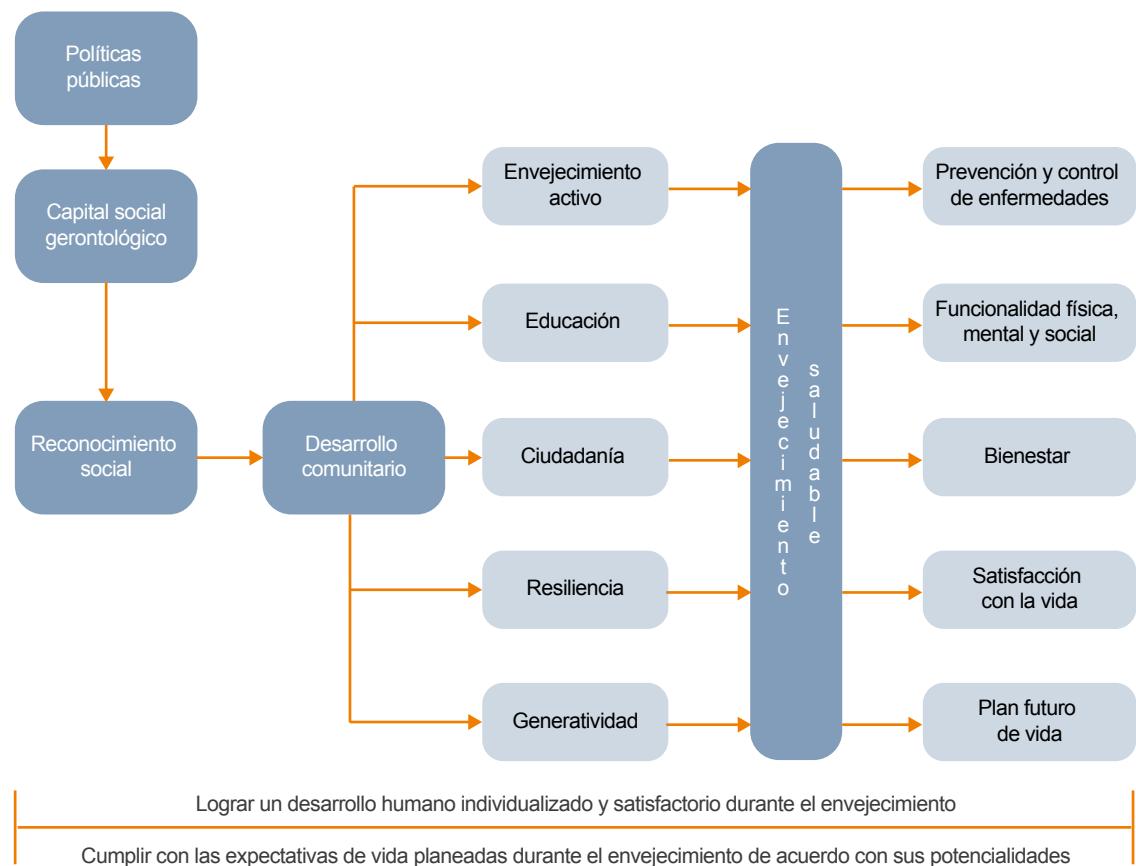


Figura 3 Modelo comunitario de envejecimiento saludable. El elemento fundamental para la implementación del modelo es la modificación de las políticas públicas que reconozcan a las personas en proceso de envejecimiento y envejecidas como un capital social gerontológico (bono demográfico), cuyo reconocimiento favorecerá el desarrollo comunitario. Los pilares del modelo son el envejecimiento activo, la educación, el ejercicio de la ciudadanía, la resiliencia y la generatividad, con lo cual se logrará un empoderamiento para que de manera activa y coparticipativa se involucren y desarrollen el programa de envejecimiento saludable, que se traducirá en cambios en estilos de vida y comportamientos para la prevención y control de enfermedades, el mantenimiento, la prolongación y la recuperación de la funcionalidad física, mental y social, la consecución de un bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida y la obtención de la capacidad para desarrollar un plan futuro de vida

edad avanzada,²⁸⁻³⁰ una de las grandes limitantes es la dificultad que se tiene para su implementación sin la supervisión y el apoyo universitario, lo cual es contradictorio al enfoque del envejecimiento activo, en el que se tiene como propósito la emancipación e independencia de los grupos de adultos mayores utilizando de manera óptima las redes de apoyo social. Por tal motivo, consideramos pertinente agregar dos componentes al modelo que podrían fortalecerlo: la resiliencia y la generatividad, además del envejecimiento activo, la educación y el ejercicio de ciudadanía.

Los pilares establecidos en el modelo son:

- El *envejecimiento activo*: los principios que permiten delinear los componentes del EA son los siguientes: (I) toda actividad debe contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social, y no limitar su enfoque al trabajo remunerado; (II)

el EA debe tener un enfoque preventivo, en el que se incluyan, en lo posible, todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la enfermedad, de la discapacidad, de la dependencia y de la pérdida de habilidades; (III) el EA debe abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles y dependientes. En este sentido, el grado de participación será acorde con las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo; (IV) una característica fundamental del EA deberá ser el mantenimiento y el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional; (V) el EA debe considerar derechos y obligaciones. Por tal motivo, el derecho a la protección social, la educación y la capacitación a lo largo de la vida deberá ir acompañado por la obligación de tomar ventaja de la educación y la capacitación para ampliar o ejercer de manera más

eficiente el EA en sus diferentes vertientes; (VI) el EA debe ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento es indispensable para poder asumir la responsabilidad del rol social de “viejo activo”; (VII) en la aplicación del concepto de EA debemos considerar los elementos nacionales, locales y la diversidad cultural. De ahí que se debe evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos al de nuestra población.³¹

- La *educación*: a lo largo de toda la vida, la educación constituye una categoría orientadora de las políticas públicas para la reorganización de los sistemas de enseñanza y la construcción de la sociedad del conocimiento. Se entiende así el aprendizaje como un resultado de la educación y se reconocen esencialmente dos hechos interrelacionados: en primer lugar, que el aprendizaje se adquiere a lo largo de la vida y no en un periodo determinado de la vida de una persona; en segundo lugar, que el aprendizaje se realiza a lo ancho de la vida y no únicamente en el sistema escolar.³² El conocimiento es fundamental a lo largo del ciclo de vida, por lo que durante el envejecimiento y la vejez, las personas deben tener acceso a educación formal y no formal de acuerdo con sus necesidades, intereses y expectativas.
- La *ciudadanía* debe ser entendida desde una perspectiva integral, tanto en términos de exigibilidad de derechos como de participación, pues el modelo promueve en primer lugar una ciudadanía civil a través del reconocimiento de la autonomía de las personas que envejecen. Además, debe ser también una ciudadanía política que parta del fomento de la participación en la toma de decisiones en los ámbitos individual, familiar y comunitario y, por último, que difunda la existencia de un marco jurídico para el envejecimiento, así como información que fortalezca y posibilite el pleno ejercicio de los derechos y el reconocimiento de las obligaciones ciudadanas.³³
- *Resiliencia*: en general se reconoce que la resiliencia es un proceso dinámico de adaptación positiva ante una adversidad significativa, por lo que esta capacidad tiene un gran potencial para la adopción y el fortalecimiento de estilos de vida saludables en la vejez. En este sentido, esta capacidad permite prevenir, minimizar o sobreponerse a los efectos dañinos de la adversidad, o anticipar adversidades inevitables a personas, familias, grupos o comunidades.¹⁸ La resiliencia posibilita tener una vida sana como consecuencia de la interacción dinámica entre el individuo, la familia y la comunidad en un contexto sociocultural específico, pues a partir de

ella se responde positivamente ante las situaciones amenazantes y adversas.¹⁹

- La *generatividad*: de esta se distinguen dos tipos: la comunitaria, que implica la solidaridad, la reciprocidad y el apoyo mutuo del grupo o grupos; asimismo, en el ámbito personal se refiere al desarrollo humano, al fortalecimiento del liderazgo y a la creatividad. En ambos casos existe un deseo de contribuir al bien común y a la mejora de la sociedad, fortaleciendo la cohesión y la continuidad. Por tal motivo, la generatividad es considerada como un mecanismo adaptativo que persiste en las etapas avanzadas de la vida.¹⁵

El modelo establece lineamientos generales flexibles y enmarcados en el envejecimiento activo, los cuales podrán ser adaptados para la población rural y urbana, así como para grupos de adultos mayores de condiciones socioculturales y económicas diversas. Asimismo, se promueve el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones de las personas que envejecen en los ámbitos individual, familiar y comunitario y el ejercicio de la toma de decisiones y el control sobre cualquier apoyo, ayuda o asistencia que el adulto mayor necesite para conseguir los objetivos que se han planteado. Se promueve una visión de la autonomía que va más allá de la vinculación con las limitaciones y las capacidades físicas y se centra en el fortalecimiento de las relaciones sociales y las condiciones de vida que permiten alcanzarla.³⁴

El objetivo central del modelo es lograr un empoderamiento de los adultos mayores para que de manera activa y coparticipativa se involucren y desarrollen un programa de envejecimiento saludable, para lo cual el envejecimiento activo, la educación, el ejercicio de la ciudadanía, la resiliencia y la generatividad permitirán la adopción de estilos de vida saludables y comportamientos que favorezcan el compromiso (adherencia) para la prevención y el control de enfermedades crónicas; se trata de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y la capacidad para proponer y desarrollar planes de vida para el futuro.

El modelo también tiene como propósito la emancipación, la independencia y la autonomía de los grupos de personas mayores para que puedan tomar decisiones y utilizar de manera adecuada sus redes de apoyo social. Asimismo, considera la optimización de los recursos físicos y financieros, y sobre todo el potencial de las personas en proceso de envejecimiento. En este sentido, la participación de adultos mayores es fundamental para su propio desarrollo y la incorporación de la educación formal y no formal es clave para lograr un envejecimiento saludable.

Uno de los elementos clave para lograr la participación de las personas mayores en programas de envejecimiento saludable es el reconocimiento social de su experiencia, conocimiento y capacidades. Con este componente se busca superar injusticias culturales enraizadas en representaciones sociales, interpretaciones y comunicaciones sustentadas en falsas creencias sobre el envejecimiento. Además, se busca visibilizar la realidad de las distintas formas de envejecer con el aporte de la construcción de relaciones de respeto y equidad, y se intenta reevaluar las identidades de las personas que envejecen en la búsqueda de acceder a una posición social enmarcada en la justicia mediante la deconstrucción de los términos en los que actualmente se elaboran las diferencias.³⁵

Finalmente, se debe resaltar la importancia de un cambio en las políticas públicas, ya que si se continúan privilegiando los programas de índole curativo sin considerar el potencial de las capacidades de las personas en proceso de envejecimiento y envejecidas para par-

ticipar de manera activa, colectiva y organizada en el autocuidado para la salud, el impacto económico para el país será insostenible, además de que habrá repercusiones en la calidad de vida para dicha población.

Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM. Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME). Proyecto PE305516

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563-75.
- Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MJ. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):540-8.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (28 de septiembre [de 2018]). México: INEGI; 2017. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (28 de septiembre [de 2016]). México: INEGI; 2016. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Díez-Nicollás J, López-Bravo MD, Molina MA, Schettini R. Productivity in old age. *Res Aging*. 2011; 33(2):205-26.
- World Health Organization. Active aging: a policy framework. Geneva: WHO; 2002. Disponible en http://www.who.int/ageing/publications/active_aging/en/
- Hayflick L. How and why we age. New York: Ballantine Books; 1996. pp. 49-57.
- Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Vivaldo-Martínez M. What Is the onset age of human aging and old age? *Int J Gerontol*. 2016;10:56.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). Reunión sobre envejecimiento. Kiev, URSS: ONU; 1979.
- Kruse A, Schmitt E. Generativity as a route to active ageing. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012;2012: 647650. doi: 10.1155/2012/647650.
- World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
- Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes MM (eds.) Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. pp.1-34.
- Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005;2(2):50-63.
- Villar F, López O, Celdrán M. La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*. 2013;29(3):897-906.
- Becerra E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006;11(3):125-46.
- Kalawski JP, Haz AM. Y ¿dónde está la resiliencia?. Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*. 2003;37(2):365-72.
- Villalba-Quesada C. El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*. 2003;12(3):283-99.
- Kotliarenko MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado de arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1997. pp: 5-10.
- Cárdenas-Jiménez A, López-Díaz AL. Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*. 2011;13(3): 528-40.
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Cien Saude Colet*. 2015;20(5):1475-95.

22. Cosco TD, Kaushal A, Richards M, Kuh D, Stafford M. Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:16. doi: 10.1186/s12955-016-0418-6.
23. Palomar Lever J, Gómez Valdez NE. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria.* 2010;27(1):7-22.
24. Salmon P, Hall GM. Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Soc Sci Med.* 2003;57:1969-80.
25. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Bazaldúa-Merino LA, Reyes-Morales H, Martínez KD, Karam R, et al. A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing Soc.* 2015;35:1457-80.
26. Mendoza-Ruvalcaba NM, Fernández-Ballesteros R. Effectiveness of the Vital Aging program to promote active aging in Mexican older adults. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1631-44.
27. Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML. Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez-Robledo LM, Kershnenobich-Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para la acción. México: Academia Nacional de Medicina/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatría/Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. pp. 261-278.
28. Sánchez-Rodríguez MA, Arronte-Rosales A, Mendoza-Núñez VM. Effect of a self-care program on oxidative stress and cognitive function in an older Mexican urban-dwelling population. *J Nutr Health Aging.* 2009;13:791-6.
29. Mendoza-Núñez VM, Flores-Bello C, Correa-Muñoz E, Retana-Ugalde R, Ruiz-Ramos M. Relationship between social support networks and diabetes control and its impact on the quality of life in older community-dwelling Mexicans. *Nutr Hosp.* 2016;33(6):1312-6. doi: 10.20960/nh.776.
30. Walter A. Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pac Rev.* 2006;13:78-93.
31. Ortiz-Colón AM. Los programas universitarios de personas mayores y el envejecimiento activo. *Formación Universitaria.* 2015;8(4):55-62. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3735/373544191004.pdf>
32. Vivaldo-Martínez M, Martínez-Maldonado ML. La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En: Gutiérrez-Robledo LM, Kershnenobich-Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para la acción. México: Academia Nacional de Medicina/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatría/Universidad Nacional Autónoma de México; 2012. p. 27-41.
33. Fine M, Glendinning C. Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing Soc.* 2005;25(4): 601-21.
34. Cerri C. Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital.* 2015;15(2):111-40.