CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Edad y envejecimiento

2.1.1 Aspectos generales

El envejecimiento se puede definir como un proceso progresivo y adaptativo que se caracteriza por una baja relativa de la respuesta homeostática, consecuencia de las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales causadas por los cambios propios de la edad, y al deterioro acumulado ante los desafíos que enfrenta el organismo en el transcurso de la historia de la persona en un contexto determinado (Mendoza, Martínez, Sánchez, Muñoz, Montes de Oca & Vargas, 2005).

Es un proceso intrínseco (una característica propia de todas las especies), progresivo (aparece y evoluciona a lo largo del tiempo), universal (afecta a todos los organismos) y eventualmente deletéreo (determina la muerte de los individuos),

condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiuniforme y sincrónico, no sigue una ley única que lo explique, y su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas ambientales y sociales. En síntesis, es la consecuencia de dos procesos: la pérdida de funcionalidad y la de adaptabilidad o resistencia frente al estrés (López, Paz & Macías, 2005, p. 15; Bravo, 2004, p. 55).

El envejecer es la meta de todos los seres vivos, está sentado en el programa genético de cada uno (Aréchiga & Cereijido, 1999).

Los distintos ritmos de envejecimiento observados en todo el mundo corresponden básicamente a la forma como han cambiado los patrones de fecundidad, que es el hecho histórico que más ha contribuido para que las poblaciones transiten hacia fases menos jóvenes. Esto sucede debido a que, cuando se mantienen constantemente niveles de fecundidad bajos, los cohortes de nacimientos disminuyen su tamaño y, en correspondencia, las personas de más edad aumentan su número en proporción al de las más jóvenes (Romero, 2004, p. 5).

Actualmente, la población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento que progresa a un ritmo rápido (Schaie & Willis, 2003). Las razones principales del aumento de la esperanza de vida de la población mundial, según la World Health Organization [WHO] (2000) son:

- Las mejoras en la salud, nutrición e innovaciones médicas, incluyendo las nuevas vacunas y el descubrimiento de nuevos antibióticos

- La disminución de la fertilidad debida principalmente al desarrollo de efectivos anticonceptivos y a la mejora en la educación de la mujer

Córdoba (1999) establece tres tipos de cambios determinantes que suceden durante el proceso de envejecimiento, éstos son:

- Cambios físicos

  Trastornos en la apariencia externa del individuo, relacionados con variaciones estructurales más profundas.

  - Apariencia externa

    Se modifica el color, la distribución y el espesor del vello y cabello. Por otro lado, disminuye la estatura y se acentúa la curva de la columna. Además, la piel se vuelve menos flexible, más delgada y seca.

  - Estructura

    Se modifican las células, los sistemas de los tejidos, los huesos y los dientes.

  - Funcionalidad

    Se altera el sistema sensorial, por lo que se pierden parcial o totalmente sentidos como la vista y el oído. Disminuye la movilidad. Se modifica el sistema cardiovascular, razón por la cual aumenta el riesgo de enfermedades relacionadas con el corazón. Cambian los sistemas respiratorio, gastrointestinal y excretor, por lo que problemas de estreñimiento aparecen.

  - Bioquímicos y fisiológicos

    Alteraciones de los genes, cromosomas, sistemas antioxidantes, sueño, flujo arterial, etc.

- Cambios neuropsicológicos-neuropsíquicos
  - Envejecimiento neuropsicológico

    Modifica procesos sensoriales y perceptuales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria.
  - Cambios psíquicos

    Se presenta una mayor tendencia a sufrir de depresión.
- Cambios sociales

  Determinados por el estilo de vida, la situación familiar, la actividad, los ingresos, la vivienda, el ambiente, la asistencia, etc.

2.1.2 Tipos de edad

Hoyer, Rybash & Roodin (1999) establecen cuatro tipos de edades, incluyendo a la cronológica que, a su parecer, no siempre refleja las características, condiciones y habilidades del individuo. A continuación se describe cada una de ellas.

2.1.2.1 Cronológica. Se refiere al número de años que ha transcurrido desde el nacimiento del individuo. Muchos psicólogos han argumentado que la edad cronológica *per se* es irrelevante para determinar y entender el desarrollo psicológico de la persona.

2.1.2.2 Biológica. Estimado de la posición actual del individuo con respecto a su potencial esperanza de vida. Este concepto de edad involucra la medida de las capacidades del organismo. Es un índice de salud.

2.1.2.3 Psicológica. Se refiere a la capacidad adaptativa de la persona, es decir, a la habilidad de adecuación ante el cambio.

2.1.2.4 Social. Se refiere al rol y expectativas que la gente tiene de sí misma, así como la que es impuesta por los demás miembros de la sociedad. Toma en cuenta los papeles asumidos, sin importar la edad cronológica, como el hecho de estar casado(a), o ser madre.

Se necesitan fusionar los tres últimos tipos de edad para poder comprender el concepto de *edad exitosa*, que no es más que la combinación de: la carencia de enfermedades y discapacidades, el mantenimiento de una alta capacidad cognitiva y psicológica y el compromiso continuo con la vida (Hoyer, Rybash & Roodin, 1999).

2.1.3 Clasificación de adultos mayores según su edad

Según el CONAPO (1999), el grupo de personas de edad avanzada no es homogéneo, debido a que integra distintos tipos de edades con características específicas. A continuación se presentan cuatro grupos en los que el Consejo segmenta a la población adulta mayor con sus especificaciones.

2.1.3.1 60-64 años. "Este grupo se encuentra en el inicio de la vejez, y tanto los hombres como las mujeres que lo conforman, se encuentran en buen estado físico y en condiciones productivas al grado de ser un grupo demandante aún de empleo" (CONAPO, 1999, p. 62).

2.1.3.2 65-74 años. "Se conoce como la *tercera edad funcional* y en ella se encuentra todavía población económicamente activa, concretamente 55% de los hombres y 7% de las mujeres" (CONAPO, 1999, p. 63). En este rango, la jefatura

de hogar femenina presenta un incremento debido a que 82% de las mujeres reportan estar dedicadas a actividades hogareñas (CONAPO, 1999).

2.1.3.3 75-84 años. "En este rango de edad se inicia un decrecimiento de las funciones" (CONAPO, 1999, p. 63). Puede iniciarse la pérdida gradual o total de algunos sentidos como la vista, el oído y el gusto. La necesidad y tiempo de sueño menguan (Mishara & Riedel, 2000).

2.1.3.4 Más de 84 años. En esta etapa "se manifiestan cambios en el organismo tales como: disminución de la capacidad de adaptación, menor capacidad inmunológica contra infecciones, menor capacidad defensiva contra los riesgos extraños al organismo vivo y disminución progresiva de la capacidad de recuperación en el caso de una agresión en el entorno" (Aréchiga & Cerejido, 1999, p. 66).

2.1.4 Enfermedades de la vejez

Debido a los trastornos y modificaciones de los sistemas del individuo en proceso de envejecimiento, éste es más propenso a sufrir ciertas enfermedades. A continuación se presentan las más comunes, según Córdoba (1999).

2.1.4.1 Cardiovascular. Consecuencia de las modificaciones relacionadas con el envejecimiento que dificultan la función cardíaca. Se producen trastornos anatómicos, histológicos, bioquímicos, fisiológicos y electrofisiológicos que perturban la función cardiovascular. La cardiopatía isquémica es la lesión más común, que significa el estrechamiento de los vasos coronarios.

2.1.4.2 Hipertensión arterial. Consecuencia de cambios fisiológicos en el individuo como: el aumento progresivo de la rigidez de la aorta y sus ramas, que aumenta la tensión arterial; la retención de sodio, la alteración del sistema nervioso simpático que produce una mayor constricción en las arterias.

2.1.4.3 Demencia y envejecimiento cerebral. Producida por la pérdida neuronal productora de alteraciones en cuatro sistemas de neurotransmisores.

2.1.4.4 Parkinson. Debido a la producción excesiva de peróxido de hidrógeno y otros productos tóxicos, se da la destrucción de las células nigrales, y se produce la enfermedad.

2.1.4.5 Diabetes Mellitus. Según se incrementa la edad, se provoca una disminución gradual y continua de la tolerancia a la glucosa, hecho que, aunado al descenso de la actividad antioxidante, permite que esta enfermedad se desarrolle.

2.1.4.6 Carcinogénesis. A causa de las alteraciones del sistema inmune de la persona, durante el proceso de envejecimiento se impide una correcta eliminación de las células y se incrementan los radicales libres endógenos, hechos que como consecuencia desencadenan la presencia del cáncer.

2.1.4.7 Respiratoria. Se pierde gran parte de la elasticidad pulmonar que provoca un detrimento en el funcionamiento de los pulmones. Aunado a esto, se dilatan los alvéolos y se produce el denominado enfisema senil.

2.1.4.8 Urológica y renal. Aparecen síntomas como la incontinencia, la obstrucción prostática y la retención de orina, debido a que los riñones presentan alteraciones estructurales y funcionales.

2.1.4.9 Osteoarticular. Principalmente se desarrolla la osteoporosis, que se caracteriza por un descenso del mineral en la matriz ósea, dando lugar a fracturas, deformidades y merma de estatura.

2.2 Panorama mundial de la vejez en la actualidad

2.2.1 Demografía

La comunidad internacional establece como el mayor desafío actual, el envejecimiento de la población, resultado del inevitable descenso de la fertilidad, y del incremento de la esperanza de vida (United Nations Population Fund [UNFPA], 2005).

Según las United Nations [UN] (2005), Naciones Unidas en español, algunos de los cambios que se darán para el 2050 son:

- El número de personas de 60 años y más en el mundo se triplicará, incrementándose de 672 millones, en 2005, a cerca de 1.9 billones
- El número de gente de 80 años y más se incrementará de 86 millones, en 2005, a 394 millones
- La proporción de adultos mayores en los países desarrollados del mundo aumentará, del 20%, en 2005, a 33%; y en los países en vías de desarrollo se incrementará del 8%, en 2005, a 20%
- En la mayoría de las sociedades la mujer representa la mayor proporción de la gente mayor

Tabla 2.1

Distribución porcentual de la población por grupos de edad amplios a nivel mundial, por principales grupos de desarrollo y zonas, en 2005 y 2050, según la variante media, 2005-2050

	Distribución en 2005				*Distribución en 2050*			
Zonas principales	*0-14*	*15-59*	*60+*	*80+*	*0-14*	*15-59*	*60+*	*80+*
Mundo	28,3	61,4	10,3	1,3	19,8	58,3	21,8	4,4
Regiones más desarrolladas	17,0	62,9	20,1	3,7	15,2	52,2	32,6	9,4
Regiones menos desarrolladas	30,9	61,0	8,1	0,8	20,6	59,3	20,1	3,6
Países menos adelantados	41,5	53,4	5,1	0,4	28,2	61,5	10,3	1,1
Otros países menos desarrollados	29,1	62,3	8,6	0,9	18,4	58,7	22,9	4,3
África	41,4	53,4	5,2	0,4	28,0	61,7	10,4	1,1
América del Norte	20,5	62,7	16,7	3,5	17,1	55,6	27,3	7,8
América Latina y el Caribe	29,8	61,2	9,0	1,2	18,0	57,8	24,3	5,2
Asia	28,0	62,7	9,2	1,0	18,0	58,3	23,7	4,5
Europa	15,9	63,5	20,6	3,5	14,6	50,9	34,5	9,6
Oceanía	24,9	61,0	14,1	2,6	18,4	56,9	24,8	6,8

De "Previsiones demográficas mundiales. Revisión 2006", por División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, 2007, http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf

Para el 2050, entonces, habrá más gente mayor (de 60 en adelante) que niños (0-14 años) por primera vez en la historia de la humanidad. El hecho de vivir más tiempo, es el fruto de las mejoras en la salud pública y en los estándares de vida (World Health Organization [WHO], 2007).

La rapidez con que envejece una sociedad depende, en gran medida, de la intensidad del desaceleramiento de la fecundidad. Para los países europeos, pasar de 7% -que es el porcentaje de ancianos a nivel mundial- a 15% de personas con 65 años y más

les tomó entre 45 años (como es el caso de España e Inglaterra) y 115 años, como sucedió con Francia. En Japón, que es el cuarto país con población más envejecida, este proceso llevó un cuarto de siglo (de 1970 a 1996) y en México se espera un tiempo similar, pero trasladado casi medio siglo después: de 2018 a 2043 (Romero, 2004, p. 6).

2.2.2 Los mitos acerca del envejecimiento

Existen muchas creencias acerca del envejecimiento y la gente mayor, que la WHO (1999) resume en seis mitos, que son:

2.2.2.1 Mito 1: La mayoría de la gente mayor vive en países desarrollados. Todo lo contrario, la mayoría de la gente mayor, casi el 60%, vive en países en vías de desarrollo.

2.2.2.2 Mito 2: Toda la gente mayor es igual. La gente mayor constituye un grupo muy diverso. La gente envejece de distinta forma, que depende de varios factores, entre los que se encuentran los genes, el género, la raza, el clima, la localización geográfica, la nutrición, el tamaño de la familia, el estilo de vida, etc. Aunado a esto, se tienen las enfermedades sufridas a lo largo de la vida, que determinan el proceso de envejecimiento.

2.2.2.3 Mito 3: Los hombres y las mujeres envejecen de la misma forma. Hombres y mujeres son totalmente diferentes. Primero, las mujeres viven más que los hombres. Parte de la ventaja de las mujeres con respecto a la esperanza de vida es biológica. Aunque esto no sólo tiene un aspecto positivo, puesto que gracias a estas

diferencias, también las mujeres sufren de enfermedades como la osteoporosis, diabetes, hipertensión, incontinencia, artritis, etc., más que los hombres.

2.2.2.4 Mito 4: La gente mayor es débil. Lejos de ser débiles, la gran mayoría de la gente mayor continúa físicamente en forma, se mantiene en una alta capacidad funcional, por lo que son capaces de realizar sus tareas diarias, y así mantenerse libres de enfermedades.

2.2.2.5 Mito 5: La gente mayor nada tiene que contribuir. La verdad es que la gente mayor realiza innumerables contribuciones a su familia, sociedad y economía. El enfoque convencional que desata este mito se enfoca en la participación en la fuerza de trabajo y su disminución con el aumento de la edad. Es asumido que la caída en el número de personas mayores que trabajan va de la mano con la disminución de la capacidad, asociada con el envejecimiento. De hecho, los requerimientos físicos para muchos de los trabajos han sido reducidos gracias a los avances tecnológicos, que le permiten a la gente con capacidades diferentes ser completamente productiva.

2.2.2.6 Mito 6: La gente mayor es una carga para la sociedad. La gente mayor contribuye de innumerables formas al desarrollo económico de sus sociedades.

Según Vega, Bueno & Buz (2005a) son éstas creencias erróneas acerca de la vejez y el envejecimiento, y las expectativas que generan, lo que provoca algunos efectos negativos sobre la salud de la gente mayor.

Vivir en un mundo en proceso de envejecimiento requiere, según la WHO (1999):

- Reconocer a la gente mayor como valiosa, y así combatir la discriminación hacia las personas mayores

- Alentar a los individuos mayores para participar activamente en el proceso de desarrollo
- Proveer cuidados adecuados para la gente mayor
- Promover la solidaridad intergeneracional

2.2.3 Organizaciones internacionales

Existen en el mundo un sinfín de organizaciones que se preocupan por la gente mayor. A continuación se presentan las más importantes a nivel internacional.

2.2.3.1 United Nations [UN]. En español, Naciones Unidas, es la mayor organización internacional que existe. Es una asociación global de gobiernos que facilita la cooperación en asuntos como la paz, seguridad, el desarrollo económico y social, los derechos humanos, asuntos humanitarios y el derecho internacional. Sus propósitos son:

- Mantener la paz y la seguridad internacionales: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar amenazas a la paz, y para suprimir actos de agresión u otros quebrantamientos de la paz; y lograr por medios pacíficos, y de conformidad con los principios de la justicia y del derecho internacional, el ajuste o arreglo de controversias o situaciones internacionales susceptibles de conducir a quebrantamientos de la paz;
- Fomentar entre las naciones relaciones de amistad basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, y tomar otras medidas adecuadas para fortalecer la paz universal;

- Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión; y
- Servir de centro que armonice los esfuerzos de las naciones por alcanzar estos propósitos comunes (UN, 1973, párr. 1)

Los temas de población y desarrollo en el sistema de las Naciones Unidas se encuentran bajo la responsabilidad de diferentes cuerpos intergubernamentales (UN, 2008a), como:

- United Nations Population Division

  Es la responsable del monitoreo y evaluación de los cambios en la población mundial (UN, 2008b).
- United Nations Regional Commissions

  Provee esquemas intergubernamentales para la cooperación regional con el fin de asistir a los países en el establecimiento de asuntos hacia un desarrollo sustentable (UN, 2008c). Las comisiones se presentan a continuación, en las que no se entrará en detalle debido a su falta de relación con el tema principal.
  - Sustainable Development Division [ECA]
  - Sustainable Energy, Industrial Restructuring, Energy and Enterprise Development Division [ECE]
  - Natural Resources and Infrastructure Division [ECLAC]

- Energy Resources Section, Environment and Sustainable Development Division [ESCAP]
- Energy Management Team, Sustainable Development and Productivity Division [ESCWA]

- United Nations Population Fund [UNFPA]

  Es una agencia de desarrollo internacional que promueve los derechos de las mujeres, hombres y niños de disfrutar una vida con salud e igualdad de oportunidades. Colabora con los países gestionando información para la elaboración de políticas y programas que logren disminuir la pobreza y garantizar que cada embarazo sea deseado, cada nacimiento sea seguro, cada persona se encuentre libre de enfermedades y cada niña y mujer sea tratada con respeto y dignidad. Algunas de sus metas para el 2015 son: ofrecer acceso universal a servicios de salud reproductiva, educación primaria universal para cerrar la brecha actual existente, reducir la mortalidad maternal, reducir la mortalidad infantil, incrementar la esperanza de vida, reducir las tasas de infección con el virus del VIH (UNFPA, 2008).

- United Nations Specialized Agencies
  - World Health Organization [WHO]

    Organización Mundial de la Salud [OMS], en español, es la organización perteneciente al sistema de las Naciones Unidas que coordina la acción sanitaria mundial. Es la encargada de gestionar los asuntos sanitarios del mundo, realizar las investigaciones de salud, crear normas y estándares,

establecer opciones de política, proveer asistencia técnica a los países y monitorear las tendencias sanitarias mundiales (WHO, 2008).

- World Bank

  Colabora con el desarrollo de los países y ayuda a su gente a alcanzar sus metas a través del trabajo con el fin de disminuir la pobreza del mundo (The World Bank, 2008).

2.2.3.2 International Social Security Association [ISSA]. Es la principal organización internacional que administra la seguridad social de la mayoría de los países del mundo. Busca promover una seguridad social dinámica como dimensión social en un mundo globalizado, a través de la excelencia en la administración de la seguridad social (ISSA, 2008).

2.2.3.3 HelpAge International. Busca mejorar la vida de las personas mayores, a través de una red global que hoy tiene afiliadas a más de 70 organizaciones en 50 países alrededor del mundo (HelpAge International, 2008).

2.2.3.4 International Labour Organization [ILO]. Se encarga de la promoción de oportunidades de trabajo decente y productivo para hombres y mujeres, en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana. Busca promover derechos laborales, alentar oportunidades de empleo dignas, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo (ILO, 2008).

2.3 El envejecimiento en México

2.3.1 Situación demográfica

La población mexicana, según el CONAPO (1999) atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica, proceso que inició en la década de los 30's con el descenso paulatino de la mortalidad, y posteriormente se acentuó, a mediados de los 60's, con la declinación de la fecundidad.

> Los casi cinco millones de adultos mayores que viven en México representan solamente un 5% de la población total del país, dos puntos porcentuales menos que el promedio global. El nivel de envejecimiento está un poco más acentuado en localidades pequeñas que en las ciudades medias y grandes, sobre todo en lo concerniente a la población masculina, pues la proporción de hombres de edad avanzada alcanza un valor de 7% en comunidades de menos de 100 habitantes (Romero, 2004, p. 4).

El CONAPO (2008) revela algunos indicadores demográficos actuales, y las predicciones de estos mismos para 2050, que se muestran en la tabla 2.2.

Tabla 2.2

Indicadores demográficos de México

INDICADOR	*2008*	*2050*
Población a mitad de año	106 682 518	121 855 703
Hombres	52 466 262	58 520 261
Mujeres	54 216 256	63 335 442
Nacimientos	1 955 284	1 347 882
Defunciones	517 852	1 200 005
Crecimiento natural	1 437 432	147 877
Crecimiento social	- 557 686	- 393 321
Crecimiento total	879 746	- 245 444
Tasa bruta de natalidad*	18.3	11.1
Tasa bruta de mortalidad*	4.9	9.8
Tasa de crecimiento natural**	1.35	0.12
Tasa de crecimiento social**	-0.52	-0.32
Tasa de crecimiento total**	0.82	-0.20
Tasa global de fecundidad	2.10	1.85
Esperanza de vida total	75.1	81.9
Esperanza de vida hombres	72.7	79.9
Esperanza de vida mujeres	77.5	83.9
Tasa de mortalidad infantil*	15.2	3.2

* Por mil
** Por cien
De "Proyecciones de la Población de México 2005-2050", por Consejo Nacional de Población, 2008, http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm

Aunque la población mexicana pueda considerarse joven en el ámbito mundial, la tasa de crecimiento de los ancianos en la última década superó a la del resto de los mexicanos y aumentó a un ritmo promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años y más. Incluso las proyecciones de la población indican que México está ubicado entre los diez países que incrementarán más porcentualmente su número de gente mayor en los próximos 30 años, llegando a sumar para el 2030 más de 15 millones de personas en la vejez. Con esto se estima que el número de ancianos ascenderá más de tres veces en los próximos 30 años. Ahora bien, no obstante este

acelerado crecimiento previsto para el grupo poblacional de 65 años y más, en el año 2030 los mexicanos no conformarán una sociedad tan envejecida como las que tienen en la actualidad los países europeos con 15% de adultos mayores en promedio, pues aunque el número se triplique en México, no representará más del 11% (Romero, 2004, p. 4).

Según Vega, Bueno & Buz (2005a), el envejecimiento general de la población muestra características diferenciales en función de variables sociodemográficas como localidad, estado civil, sexo, nivel educativo, etc.

Algunos datos demográficos, en relación a los adultos mayores, según el CONAPO (2000) se muestran en las tablas 2.3 a 2.10.

Tabla 2.3

Indicadores demográficos de México para los adultos mayores

INDICADOR	*2008*	*2050*
Tasa de crecimiento**	3.77	1.47
Proporción de la población total (%)	8.33	27.95
Incremento absoluto	344 244	532 229
Población media	9 134 884	36 222 237
Índice de envejecimiento (%)	29.81	166.49

** Por cien

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.4

Distribución porcentual de los adultos mayores por tipo de localidad en México

Localidad	*%*
Urbana	54.8
No urbana	45.2
TOTAL	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.5

Distribución porcentual de los adultos mayores por estado civil y sexo en México

Estado civil	*Hombres*	*Mujeres*
Soltero	4.77	6.80
Casado	68.90	41.47
Unión libre	8.01	3.79
Separado	3.05	4.77
Divorciado	0.99	1.62
Viudo	14.27	41.55
TOTAL	100.0	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.6

Distribución porcentual de los adultos mayores por nivel educativo en México

Nivel educativo	*%*
Sin instrucción	35.9
Primaria incompleta	34.8
Primaria completa	17.0
Secundaria incompleta	1.1
Secundaria completa	5.3
Media superior o más	6.0
TOTAL	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.7

Distribución porcentual de los adultos mayores ocupados por sector económico en México

Sector económico	*%*
Primario	37.16
Secundario	17.76
Terciario	45.08
TOTAL	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.8

Distribución porcentual de los adultos mayores que padecen alguna discapacidad por edad en México

Rango de edad	*% con discapacidad*
60 ó más	10.78
60-64	5.30
65-69	7.43
70 ó más	16.48

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.9

Distribución porcentual de los adultos mayores con seguridad social y que reciben transferencias monetarias en México

Beneficios	*%*
Con seguridad social	48.95
Jubilación o pensión	20.26
Remesas de otro país	5.18
Remesas de México	5.18
Procampo	10.91
Rentas o intereses	2.88
TOTAL	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

Tabla 2.10

Distribución porcentual de los adultos mayores según ingreso por trabajo en salarios mínimos en México

Nivel	*%*
No recibe ingresos	26.14
Hasta 50% de un s. m.	10.18
Más de 50% hasta menos de un s. m.	14.94
De 1 hasta 2 s. m.	25.49
Más de 2 hasta menos de 2 s. m.	9.52
De 3 hasta 5 s. m.	6.35
Más de 5 hasta 10 s. m.	4.22
Más de 10 s. m.	3.16
TOTAL	100.0

De "Índices Demográficos para Adultos Mayores", por Consejo Nacional de Población, 2000, http://www.conapo.gob.mx

El incremento en la proporción y el número absoluto de adultos mayores en la población forzará a hacer ciertos cambios estructurales en la sociedad. La gente mayor deberá ser integrada en la estructura social de forma que pueda participar más activamente (Schaie & Willis, 2003).

2.3.2 Perspectiva social

Arquiola (citado por Montañés, 2004) asevera que la vejez en todo momento se ha encontrado rodeada de estereotipos, tanto positivos como negativos. En relación al estereotipo positivo, a las personas mayores se les ha relacionado con cualidades como la experiencia, la sensatez o la sabiduría: se les ha respetado; se les ha pedido consejo; se ha confiado en su capacidad de gobierno y se han escuchado sus opiniones. Pero, a su vez, ha

coexistido un estereotipo negativo de la vejez que la ha relacionado con el deterioro, las pérdidas sensoriales, la falta de memoria, la debilidad, la enfermedad, la improductividad, la dependencia, la carga social que supone para la familia o la sociedad, el infantilismo, las experiencias emocionales negativas, entre otros.

La percepción del envejecimiento únicamente puede entenderse en el marco de una cultura específica, puesto que está muy influida por variables históricas y socioeconómicas. La noción de vejez obedece, entre otras cosas, a las costumbres, los mitos y las representaciones sociales, y también a la percepción que cada uno tiene (García, citado por Agüera, Cervilla & Martín, 2006).

La imagen social de la vejez es la síntesis de normas, creencias y sentimientos que sistematizan las expectativas, actitudes y conductas de los demás grupos hacia el grupo de la gente mayor como clase social, y de los adultos mayores a sí mismos como grupo y como individuos (Rodríguez, citado por Agüera, Cervilla & Martín, 2006).

Esta representación es en general negativa, condicionada, por una parte, por el sistema de valores de la sociedad en cuestión y, por otra, por la angustia propia de cada individuo ante su envejecimiento. En esta sociedad tecnológica, enfocada en la juventud, la imagen, el consumo, la rentabilidad, etc., el papel del adulto mayor como portador de la memoria colectiva, de transmisión cultural, de lazo intergeneracional y de referente simbólico resulta fuera de lugar, lo que favorece la discriminación de los mayores (Denoux, citado por Agüera, Cervilla & Martín, 2006).

Lo peligroso de este escenario, es que ante la valoración negativa de la sociedad de la gente mayor, ésta puede terminar compartiendo los puntos de vista, identificándose con la imagen que se tiene, discriminándose a sí misma (Agüera, Cervilla & Martín, 2006).

Según Vega, Bueno & Buz (2005b), existe una infinidad de prejuicios acerca de las personas mayores que son compartidos por ellas mismas, por las personas que las atienden y por otros grupos. Por esto, se corre el riesgo de que la gente *profesional* que atiende a los adultos mayores haga caso omiso de sus necesidades, considerando que *son cosas de la edad*, aunado a que también muchas veces la gente grande deja de cuidarse y de adoptar conductas constructivas a causa de las erróneas expectativas que provocan los estereotipos sobre sí mismos.

> Los estereotipos de la edad, positivos y negativos, aunque la mayoría negativos, se activan a partir de la interpretación que se hace de los comportamientos de comunicación o interacción con los demás: verborrea, respuestas pasivas, conversaciones dolorosas y sobre problemas personales o sociales…, de forma que la comunicación con los mayores puede cumplir un poderoso rol en el desarrollo de los estereotipos de la edad (Hummert, citado por Montañés, 2004, p. 19).

Generalmente la sociedad ha usado una cierta ambigüedad con las personas mayores, por un lado, las ha aceptado, respetado y venerado, por otro, los ha rechazado, olvidado y ocultado (Valladares, 1995, citado en Montañés, 2004).

2.3.3 Organizaciones y programas

En México, existen algunas organizaciones enfocadas en la gente adulta mayor, preocupadas por su bienestar, para lo que han desarrollado algunos programas que a continuación se indican.

2.3.3.1 Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría [AMGG]. Su objetivo primordial es la capacitación y actualización de las personas interesadas en la atención y bienestar de los adultos mayores (AMGG, 2008).

2.3.3.2 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. "Es el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones" (INAPAM, 2008a, párr. 3). Su objetivo es el incitar el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, ofreciéndoles oportunidades de empleo, ocupación, asistencia, etc. con el fin de alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo así las desigualdades extremas y las inequidades de género (INAPAM, 2008a). Sus servicios: credencial de afiliación, que es la llave para acceder a la oferta de la institución; capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, enfocada en diversas actividades y oficios, para que la gente se mantenga ocupada y, además, pueda obtener un beneficio económico; centros de atención integral, en los que se ofrece atención médica y estudios a costos muy bajos; centros culturales; clubes de la tercera edad, donde se ofrecen distintas alternativas de formación y desarrollo humano; albergues y residencias diurnas, que proporcionan asistencia integral a los adultos que no tienen apoyo familiar o recursos económicos para cubrir sus necesidades y ser independientes; el INAPAM va a tu barrio, se ofrece consulta médica, asesoría jurídica a domicilio en comunidades de muy bajo desarrollo; turismo y recreación, se trata de que los adultos mayores se recreen y conozcan diferentes lugares; abuelos cuenta cuentos, que acuden a las escuelas y bibliotecas de la Ciudad de México con el fin de fomentar en los niños una cultura que favorezca los valores universales del ser

humano; enseñanza y certificación en competencia laboral, para legitimar fuerza laboral de calidad, al proveer de cursos, seminarios y conferencias especializados en gerontología y geriatría; educación para la salud, para prevenir y mejorar las condiciones de vida de la población mayor, dando información acerca de aspectos como autocuidado, nutrición, sexualidad, violencia intrafamiliar, etc.; servicios educativos, que regularicen el proceso formativo del adulto, en áreas como alfabetización, primaria, secundaria, historia, filosofía, lenguas, en fin…; asesoría jurídica, que es la orientación legal que se le da al mayor de 60 años de forma gratuita, con el fin de ayudarle a resolver sus problemas; tercera llamada, otorga créditos a la palabra a los adultos mayores, para que éstos se autoempleen creando sus propio negocio; y bolsa de trabajo, programa que trata de sensibilizar a la sociedad y a los empresarios para que promuevan fuentes exclusivas y enfocadas en las personas mayores (INAPAM, 2008b).

2.3.3.3 Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. Cuenta con un Plan Gerontológico Institucional para atender a la población de la tercera edad en el país, para fortalecer la atención médica, prevenir y rehabilitar a las personas mayores de 60 años (El Universal, 15 de diciembre de 2008). "El IMSS pretende contrarrestar la depresión de este sector mediante la creación de redes sociales de apoyo integradas por los pacientes, grupos donde se realizan actividades como ejercicios físicos, sesiones de lectura, así como juegos que ejercitan la mente (Universo Médico, 2008).

2.3.3.4 Desarrollo Integral de la Familia [DIF]. Ha desarrollado el Programa de Nacional de Atención Gerontológica que propone un sistema de atención multidisciplinario para grupos de adultos mayores que garanticen su estabilidad

física y emocional, su integración social y la satisfacción de sus necesidades individuales. Para esto, se establecen cuatro niveles de atención: 1) preventivo, incluye acciones educativas, de orientación y sensibilización; 2) de detección, para descubrir oportunamente alteraciones en el adulto mayor y brindarle atención; 3) de rehabilitación y reintegración; y 4) de aplicación, en el que se favorezca la calidad de vida de la persona (DIF, 2008).

2.4 Lugares de asistencia geriátrica y gerontológica

2.4.1 Descripción y tipos

En México y en el mundo existen diversas y distintas formas de asistencia brindada y enfocada en las personas adultas mayores, mismas que se definen como geriátrica o gerontológica.

Guillén (2005) proporciona la definición del concepto de geriatría según la British Geriatry Society.

> Rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad. La definición expresa con claridad los fines de la especialidad y ratifica su identidad como rama de la medicina, con competencias de prevención, asistencia y recuperación, y con el

> objetivo de devolución a la comunidad de los pacientes ancianos que han sufrido algún proceso agudo con potencialidad invalidante (p. 107).

Es la asistencia geriátrica entonces, el "conjunto de niveles de atención, en una determinada área geográfica, destinados a proporcionar cuidados a las personas mayores en sus distintas situaciones de necesidad, tanto sanitarias como sociales" (Guillén, 2005, p. 112). En ésta se incluye la atención primaria de salud, atención especializada y servicios sociales comunitarios (Guillén, 2005). Su finalidad principal es el lograr que el adulto mayor persista, o se reincorpore, a su círculo en las mejores circunstancias de seguridad y bienestar (Rodríguez, 2006).

> La organización general de la asistencia geriátrica debe ser integral, es decir, con objetivos preventivos, asistenciales, rehabilitadores y sociales. En cada sector cabe considerar, a efectos expositivos, una atención ambulatoria o extrahospitalaria, una atención hospitalaria y una atención en las residencias asistidas. Todos estos niveles asistenciales deben mantener una coordinación permanente entre sí, especialmente entre aquellos ubicados en un mismo sector (Rodríguez, 2006, p. 85).

Es entonces como Guillén (2005) establece el perfil de un médico geriatra, mismo que consisten en ser: "un organizador de cuidados; un coordinador de recursos; un educador; un poco de epidemiólogo, psicólogo y sociólogo; un mucho de rehabilitador; y, sobre todo, un eminente médico" (p.113).

Por otro lado, la gerontología es la "ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos. Incluye el conjunto de la investigación, esencialmente básica, del envejecimiento fisiológico y, por lo tanto, la prevención de los modos de envejecer patológicos" (Guillén, 2005, p. 107). "Abarca desde investigaciones de

biología molecular hasta estudios sociales, económicos, o sobre las consecuencias de la jubilación" (Rodríguez, 2006, p. 81).

> Es la ciencia que se ocupa y estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos desde todos sus aspectos (evolutivo, biológico, social, psicológico, cultural, etc.). Es una ciencia que comprende conocimientos muy diversos, aportados por la biología, la medicina, la psicología, la sociología, la economía, la demografía, el trabajo social, etc. (Herrera & Montero, 2005, p. 10).

La atención de la gente mayor se clasifica en dos grandes grupos según Ruipérez & Pérez (2004). Por un lado, se tiene al autocuidado y al cuidado informal, provistos por sí mismos y por la gente cercana a los adultos mayores, como familiares, amigos, vecinos, etc., que en conjunto conforman la *atención informal*. Este tipo de atención, se caracteriza por ser la más común entre la gente mayor y por su no profesionalización. "Por otro lado se encuentra la *atención formal*, que incluye la atención profesionalizada, tanto domiciliaria como institucional, imprescindibles para el cuidado de muchos" (Ruipérez & Pérez, 2004, p. 190).

Dependiendo de las características de la asistencia provista se define cada una como geriátrica o gerontológica. A continuación se presentan los dispositivos asistenciales más comunes en cuanto a gente adulta mayor se refiere, clasificados según Rodríguez (2006) y García & Torres (2004).

- Dispositivos de carácter social
  - Dispositivos de estancia diurnos

    Abiertos. Prestan servicios alternativos o intermedios de carácter social para las familias y para el adulto mayor que necesita apoyo para no ser institucionalizado en una residencia. Permiten la convivencia social.

- Hogares y clubes de ancianos

  Lugares para gente mayor independiente, sin algún tipo de incapacidad. Centros de socialización y formación del adulto.

- Centros de día

  Lugares de atención preventiva, rehabilitadora, de apoyo familiar, cuyo objetivo principal es aligerar la sobrecarga de cuidadores de personas parcialmente dependientes que no pueden estar en su casa. La asistencia que se presta es integral y se enfoca en la estimulación y mantenimiento de las capacidades, entre las que se encuentran las cognitivas, motrices y de relación, hecho que se logra a través del recurso humano con el que se cuenta, experto en rehabilitación, animación sociocultural, terapia ocupacional. Existen algunos centros de día que se especializan en la atención de ciertos tipos de enfermedades o trastornos. En general, la gente que acude cumple con características específicas como ser personas mayores con necesidad de ayuda para la realización de las actividades diarias, y el contar con un soporte familiar que determina que el usuario no sea candidato a institucionalizarlo en una residencia. Los centros de día son sitios con un horario limitado que funcionan en la mañana y sólo de lunes a viernes.

- Centros residenciales

  Organizaciones cerradas, enfocadas en la atención de adultos válidos o incapacitados que necesitan de atención que garantice los cuidados del usuario. Pueden ser de carácter público o privado. Ofrecen atención las 24

horas del día durante estancias prolongadas. Los usuarios son atendidos de forma especial e integral con el fin de mejorar y/o mantener habilidades. Se cuenta con servicio médico, de enfermería, psicológico, de rehabilitación, de podología, peluquería, alimentos, etc.

- Dispositivos de apoyo domiciliario
  - Atención dirigida a la vivienda

    Apoya al adulto mayor con la realización de actividades como la limpieza, la preparación de los alimentos, la compra de artículos, etc., mismas que no pueda realizar por sí mismo.
  - Atención dirigida a la persona

    Se enfoca en colaborar con las actividades diarias de la persona, como bañarse, vestirse, alimentarse, etc.

- Dispositivos de carácter sanitario
  - Nivel primario de atención

    Centros de salud, red de atención primaria, equipo de valoración y cuidados geriátricos.
  - Nivel secundario de atención

    Red de hospitales generales, unidades de geriatría, unidades de convalecencia.
  - Nivel terciario de atención

    Hospitalización de cuidados continuados y unidades de convalecencia, consultas externas (dirigidas principalmente a pacientes que han sido dados de alta de un hospital), asistencia sanitaria a domicilio, docencia (enfocada en enfermeras y médicos residentes de geriatría), investigación.

En el pasado, las residencias eran principalmente públicas o de organizaciones de caridad, pero ha habido un cambio drástico hacia la residencia con fines lucrativos. Actualmente, casi el 80% de las residencias son de propiedad privada, mientras que sólo el 4% son públicas y el 17% restante son administradas por instituciones sin ánimo de lucro (Sirocco, citado por Schaie & Willis, 2003).

2.4.2 Los servicios

Los lugares de asistencia a personas mayores ofrecen un sinfín de servicios, que abarcan desde hogares independientes hasta residencias con cuidados de tiempo completo, pasando por lugares de habitación semi-independiente. Cuentan con una gran gama de servicios especializados en aspectos como la salud, la recreación y la alimentación (Schaie & Willis, 2003).

2.4.2.1 Salud. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 2006, párr. 2-3). En la persona mayor, esta cualidad, la salud, es establecida como el poder atenderse por sí sólo para desempeñarse dentro del círculo familiar y social. La atención dentro de esta área, depende, según Ruipérez & Pérez (2004), de tres pilares asistenciales básicos: atención primaria de salud, servicios sociales comunitarios y hospital de zona. Para que estos pilares funcionen, deben conformar un verdadero sistema, coordinado y definido, dando así una atención que funcione de manera adecuada y eficaz. Por otra parte, una dieta

adecuada, el tiempo de sueño preciso, la actividad, el no fumar, el no tomar, realizarse exámenes médico periódicos y el rechazo del estrés favorecen la prevención de enfermedades, para así, garantizar un estado de bienestar (Kalish, 1999).

2.4.2.2 Recreación. Se trata, a través de actividades artísticas, lúdicas, sociales y deportivas, de mejorar las habilidades de las personas en su tiempo libre o de ocio, en lugares y ambientes adaptados para este función (Guzmán, 2005). Estas actividades ayudan a que la gente mayor pueda desempeñar de mejor manera su rutina diaria de vida, haciéndola, como consecuencia, sentirse mejor, emocional y físicamente (Kruger, Thompson, McKenzie & Naccarella, 2007). Muchas adultos mayores, con niveles diferentes de habilidades, pueden mejorar su desempeño general con un entrenamiento regular de ejercicio (Chin A Paw, van Uffelen, Riphagen & van Mechelen, 2008). Un estudio realizado por Árraga & Sánchez (2007) arrojó que la realización de actividades recreativas promueve el trato e interacción con otros individuos, dejando el aislamiento y soledad para adaptarse a la nueva sociedad a la que se pertenece, además de que de esta forma también se abolen algunas enfermedades relacionadas con la inactividad. Se comprueba también que la recreación direcciona a la gente a buscar el disfrute de la vida. "En el adulto mayor ayuda a mantenerlos activos, olvidar preocupaciones, atenuar inquietudes y desarrollar sus potencialidades en convivencia con los otros" (p. 738). Murillo (citado por Árraga & Sánchez, 2007) afirma que "muchas instituciones geriátricas/gerontológicas y la mayor parte de las entidades públicas, carecen de conocimientos, estrategias o personas encargadas de la función o actividad recreativa acordes a la realidad individual o grupal del anciano" (p. 741), y esto es

lo que se debe resolver. Según Fajín, citado por los mismos autores, la recreación es muy importante "porque brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos y necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor organizador de la vida cotidiana, ayudando a atravesar un envejecimiento sano" (p. 754).

2.4.2.3 Alimentación. Según el Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2005), la nutrición es de suma importancia para la salud física y mental de los adultos mayores, por lo que ésta debe estar equilibrada para poder satisfacer las necesidades específicas del individuo. Deben incluirse frutas, verduras, leche, carne, pan, cereal, etc. que aporten los nutrimentos suficientes para el buen funcionamiento del cuerpo y así evitar enfermedades.

2.4.3 La calidad

El rápido crecimiento de la industria de los servicios y la inevitable competencia entre las organizaciones ha desencadenado la creciente necesidad de conocer las brechas existentes con el fin de mejorar el servicio y así asegurar la lealtad de los usuarios (Morrison, 2004).

La calidad ha sido reconocida como una herramienta estratégica para lograr la eficiencia operacional y para mejorar el desempeño del negocio (Jain & Gupta, 2004).

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de una misma especie. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte, la subjetividad de su valoración; de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o

no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad (Varo & Renau, 1992, p. 7).

Los mismos autores establecen que la calidad puede enfocarse en distintos aspectos de una organización, como lo son, el producto o servicio, el proceso, la producción o prestación, etc. que conforman la empresa en su totalidad. Asimismo, aseveran que "el objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque éste es un concepto controvertido" (p. 1).

La calidad del servicio es considerada un antecedente de la satisfacción del usuario, puesto que lo conlleva a ella. La primera es un estado cognoscitivo, mientras que la segunda es un estado afectivo (Carrillat, Jaramillo & Prakash, 2009).

La satisfacción por lo general se observa como un concepto más amplio, mientras que la evaluación de la calidad en el servicio se centra específicamente en las dimensiones del servicio. Desde este punto de vista, la percepción de la calidad en el servicio es un componente de la satisfacción del cliente (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 93).

Con base en distintos estudios Zeithaml & Bitner (2002), descubrieron que los usuarios hacen valoraciones al respecto de la calidad, no en una sola dimensión sino, se fundamenta en la percepción de distintos factores y dimensiones, que muestran la manera en que los clientes organizan la información sobre la calidad del servicio. Éstas son:

- Tangibles. La apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales escritos (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 103)
- Seguridad. "El conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe, voluntad y confianza" (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 103)

- Empatía. “Brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa” (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 103)
- Responsabilidad. “Disponibilidad para ayudar a los clientes y para proveer el servicio con prontitud” (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 103)
- Confiabilidad. Entregar lo que se promete. “Capacidad para desempeñar el servicio prometido de forma segura y precisa” (Zeithaml & Bitner, 2002, p. 103)

La seguridad y empatía comprenden en ellas las siete dimensiones originalmente planteadas, que son: comunicación, credibilidad, seguridad, competencia, cortesía, empatía y acceso (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

“La calidad en el servicio puede estudiarse en función de las brechas que existen entre las expectativas y las percepciones que tienen los administradores, los empleados y los clientes” (Hoffman, 2007, p. 335).

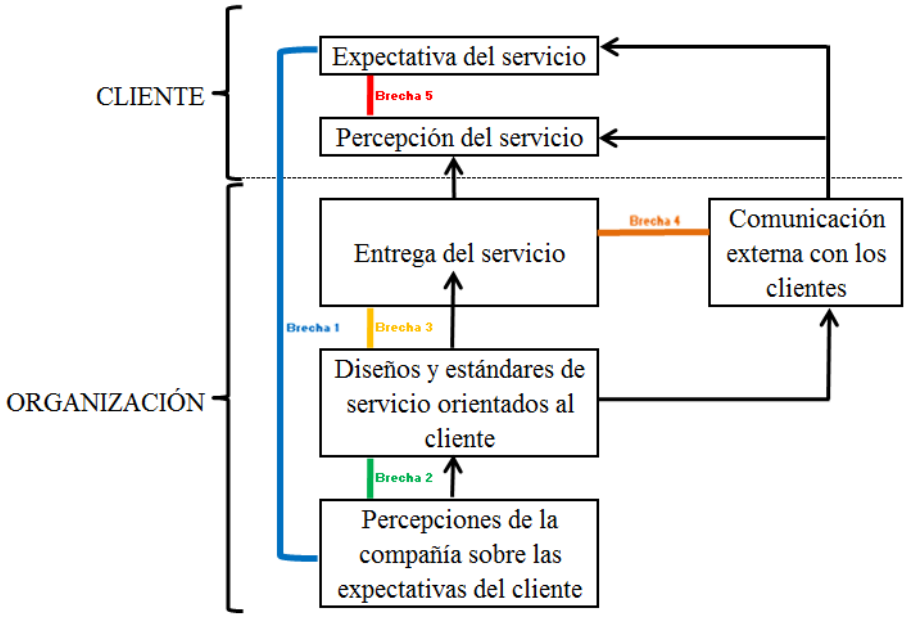

Figura 2.1 Modelo de las brechas sobre la calidad en el servicio

De "Marketing de servicios. Un enfoque de integración del cliente a la empresa", por Zeithaml & Bitner, 2002, p. 587.

Hoffman (2007) explica claramente las cinco brechas. La primera, la del conocimiento, es la diferencia que existe entre lo que el cliente espera y la percepción que la organización tiene acerca de lo que éste espera. La segunda, la de las normas, es en la que no se establecen ni diseñan los estándares correctos con base en lo que los clientes esperan realmente. La tercera, la de la prestación, es la diferencia entre las normas establecidas para brindar el servicio y la calidad real del servicio prestado, no se presta el servicio con base en los estándares. La cuarta brecha, la de las comunicaciones, es la disparidad entre el servicio ofrecido y el servicio real, en ésta no se cumplen las promesas. La quinta, y última, brecha, la del servicio, es la más importante, el foco central del modelo, puesto que se presenta entre las expectativas del usuario acerca del servicio y su percepción

real del servicio prestado en la realidad; esta diferencia depende de las cuatro anteriores, a medida que cada una se haga más pequeña o se agrande, la brecha del servicio reaccionará de la misma forma.

Para entender esto, es necesario definir los términos *percepción* y *expectativa*. Zeithaml & Bitner (2002) establecen estos conceptos de la siguiente forma:

> Las percepciones del cliente son valoraciones subjetivas de experiencias reales de servicio. Por su parte, las expectativas del cliente son los estándares o los puntos de referencia del desempeño contra los cuales se comparan las experiencias del servicio, y a menudo se formulan en términos de lo que el cliente cree que debería suceder o que va a suceder (p. 34).

Uno de los métodos para poder evaluar la calidad de los servicios se fundamenta en el uso del instrumento SERVQUAL, basado en las diferencias o brechas existentes entre lo que los usuarios esperan y reciben. "Al centrarse en subsanar las deficiencias SERVQUAL, una empresa podría beneficiarse al tener una mejor comprensión de los desequilibrios o fallos internos que pudiesen ser responsables de las deficiencias externas" (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992, p. 38).

El instrumento SERVQUAL comprende cinco dimensiones (tangibles, seguridad, empatía, responsabilidad y confiabilidad) que integran y resumen las 10 planteadas originalmente (confiabilidad, responsabilidad, comunicación, credibilidad, seguridad, competencia, cortesía, empatía, acceso y tangibles). Es una escala multi-aspectos con alta credibilidad y validez que las empresas utilizan para entender de una mejor forma las expectativas y percepciones de sus clientes y así mejorar el servicio. Su estructura, cuando es necesario, puede ser adaptada a las características específicas de la organización a evaluar (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

SERVQUAL consta de tres secciones: la primera, relacionada con las expectativas de la calidad del servicio; la segunda, con la percepción del servicio recibido; y, la tercera, diseñada para la recolección de datos demográficos de los entrevistados (Saleh & Ryan, 1991).

A nivel internacional existen normas que califican y gestionan la calidad, aplicables a cualquier organización, llevadas a la práctica por, entre otras, la International Organization of Standarization (ISO), la Asociación Española de Normalización y el Comité Europeo de Noramalización (Varo & Renau, 1992).

En México, la NOM-167-SSA1-1997, Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, precisa algunos lineamientos para ofrecer atención de calidad a las personas adultas mayores (Secretaría de Salud [SSA], 2009).

Según Ruipérez & Pérez (2004), la atención que se les puede brindar a los adultos mayores mejora en calidad cuando se trabaja en equipo, y se resuelven así los problemas. "Dicho equipo consta como mínimo de un médico, una enfermera, y un trabajador social (núcleo del equipo geriátrico) y, con cierta frecuencia se necesita la colaboración del psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, podólogo, etc." (p. 190).

Entrenar al personal que labora con la gente mayor aumenta la capacidad de éste mismo para incrementar el nivel de calidad en la atención que se provee (Kruger, Thompson, McKenzie & Naccarella, 2007).

Según Asili (2004), la *regla de oro* para tratar a las personas mayores en las instituciones es: "Cada persona debe ser vista como única, con historia, personalidad, fortalezas y debilidades físicas y emotivas particulares, con un tiempo distinto al nuestro, que es de tedio y reducido en su movimiento" (p. 219).