

# Aportes científicos en la década del envejecimiento saludable 2021-2030



**Tirso Duran Badillo  
Josué Arturo Medina Fernández  
María de Jesús Jiménez González  
(Coordinadores)**



**LA BIBLIOTECA**

## **Aportes científicos en la década del envejecimiento saludable 2021-2030**



# **Aportes científicos en la década del envejecimiento saludable 2021-2030**

*Tirso Duran Badillo*

*Josué Arturo Medina Fernández*

*María de Jesús Jiménez-González*

*(Coordinadores)*



LA BIBLIOTECA

**Aportes científicos en la década del envejecimiento  
saludable 2021-2030**

*Tirso Duran Badillo*

*Josué Arturo Medina Fernández*

*María de Jesús Jiménez-González*

*(Coordinadores)*

Primera edición: 2025

D.R. © Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.

Manantiales 29, Colonia Chapultepec

C.P. 62450, Cuernavaca, Morelos.

Tel. 55-6235-0157 y 55-3233-6910

Email: [contacto@labiblioteca.com.mx](mailto:contacto@labiblioteca.com.mx)

**ISBN: 978-607-5927-58-9**

Diseño: Fernando Bouzas Suárez

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal de Derechos de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

Impreso y encuadernado en México

*Printed and bound in México*

# Índice

---

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Prólogo . . . . .                                                                                                                          | 9  |
| Capítulo 1. Grupos de ayuda mutua: Una estrategia eficaz para el envejecimiento activo y el apoyo comunitario en adultos mayores . . . . . | 11 |
| <i>Julia Alejandra Candila Celis</i>                                                                                                       |    |
| Capítulo 2. Trabajo y voluntariado: integración de personas mayores en la sociedad activa . . . . .                                        | 21 |
| <i>Najia Mobamed Farah Carrillo</i>                                                                                                        |    |
| Capítulo 3. Valoración de la enfermera gerontológica en la práctica avanzada de enfermería y el trabajo colaborativo . . . . .             | 27 |
| <i>Virginia Reyes-Audiffred</i>                                                                                                            |    |
| <i>Zoila Esperanza Leitón-Espinoza</i>                                                                                                     |    |
| <i>María del Pilar Gómez-Luján</i>                                                                                                         |    |
| <i>Rosa María Ostiguín-Meléndez</i>                                                                                                        |    |
| Capítulo 4. Caracterización del Riesgo para Pie Diabético en adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II . . . . .                       | 37 |
| <i>Ma. Isabel Méndez Domínguez</i>                                                                                                         |    |
| <i>Ma. Verónica De Los Ángeles Pacheco Chan</i>                                                                                            |    |
| <i>Débora Cante Hernández</i>                                                                                                              |    |
| <i>Edwin Guillermo Montero Canul</i>                                                                                                       |    |
| Capítulo 5. Efecto de la catastrofización sobre la autoeficacia al dolor en adultos mayores con dolor crónico . . . . .                    | 47 |
| <i>Blanca Selene Muñoz Zacarias</i>                                                                                                        |    |
| <i>Isaí Arturo Medina Fernández</i>                                                                                                        |    |
| <i>Josué Arturo Medina Fernández</i>                                                                                                       |    |
| <i>María Magdalena Delabra Salinas</i>                                                                                                     |    |

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 6. Aislamiento social y su relación con síntomas depresivos en personas mayores con enfermedades crónicas . . . . . | 55 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Karla Iris Cuevas Martínez*

*Naomy Montserrat Facundo Solís*

*Yesica Guadalupe Marín Hernández*

*Brayan Rafael Ochoa González*

*Carolina Benavides Guerrero*

*Luis Antonio Rendon Torres*

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 7. Influencia del comer emocional sobre la calidad de la alimentación en adultos mayores. . . . . | 65 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Lizeth Alejandra Ordoñez Rosales*

*Isaí Arturo Medina Fernández*

*Ana Laura Carrillo Cervantes*

*Pedro Enrique Trujillo Hernández*

*Dafne Astrid Gómez Melasio*

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 8. Estilo de vida y climaterio en mujeres adultas y adultas mayores de parroquias hidalguenses . . . . . | 73 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Nelida Cayllabua Itusaca*

*Ariana Maya Sánchez*

*Benjamín López Nolasco*

*Karina Isabel Casco Gallardo*

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 9. Estilos de vida saludables en adultos mayores que asisten al Gimnasio Multidisciplinario Mante . . . . . | 83 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

*Ximena De León Pérez*

*Xóchitl Marisol García Casas*

*María Angélica Téllez González*

*Miriam Hernández Rodríguez*

*Joel Chávez Rodríguez*

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capítulo 10. Funcionalidad física y apoyo social en el adulto mayor. . . . . | 93 |
|------------------------------------------------------------------------------|----|

*José Luis Nuncio Domínguez*

*Aneth Irabú Ruiz*

*Diana Berenice Cortes Montelongo*

*Luis Carlos Cortez González*

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 11. Miedo a morir y el autocuidado en personas adultas mayores con enfermedades crónicas . . . . . | 107 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Rosa María Martínez Amaya*

*Juana María Ruiz Cerino*

*Xochitl Pérez Zúñiga*

*Adriana Yaneth Pérez Martínez*

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 12. Duelo complicado en personas adultas mayores posterior a la pandemia por COVID-19 . . . . . | 115 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Raúl Alejandro Hernández Hernández*

*Carolina Elizabeth Macias Del Monte*

*Karla Iris Cuevas Martínez*

*Yolanda Botello Moreno*

*Verónica Guajardo Balderas*

*Jessica Valeria Lira Botello*

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 13. Miedo a la muerte en personas adultas mayores sin pareja marital. . . . . | 123 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Rosa María Martínez Amaya*

*Juana María Ruiz Cerino*

*Tirso Duran Badillo*

*Xóchitl Pérez Zúñiga*

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 14. Estereotipos hacia la sexualidad en adultos mayores de Saltillo, Coahuila . . . . . | 133 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Edeny Adriana Perez Vazquez*

*Reyna Torres-Obregon*

*Marily Daniela Amaro Hinojosa*

*Cecilia Ixel Mazatan Ochoa*

|                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 15. Papel del género en la percepción del envejecimiento y salud, emociones, espiritualidad y factores socioeconómicos: Una revisión de alcance . . . . . | 141 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Rodríguez Mejía Luz Elena*

*Morales Jinez Alejandro*

*Quiroz Guerra Alma Rosa*

*Paz Navarro Sonia Guadalupe*

|                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo 16. Percepción de la calidad de vida de cuidadores<br>primarios adultos mayores . . . . . | 153 |
| <i>Nissa Yaing Torres-Soto</i>                                                                     |     |
| <i>Beatriz Martínez-Ramírez</i>                                                                    |     |
| <i>Carlos Gabriel Hoil-Sosa</i>                                                                    |     |
| <i>Isaí Arturo Medina Fernández</i>                                                                |     |
| Coordinadores . . . . .                                                                            | 167 |
| Autores . . . . .                                                                                  | 169 |

# PRÓLOGO

---

Frente a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población, no solo en términos de aumento en las tasas poblacionales, sino también en la búsqueda de condiciones de vida más saludables, es fundamental garantizar los derechos básicos de las personas adultas mayores. Esto es precisamente lo que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030.

En México, la Red de Enfermería en el Adulto Mayor (Red ESAM) y los Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento (GREFEES) han desarrollado diversas estrategias para abordar esta realidad. Entre ellas, destacan el acercamiento y trabajo conjunto con la población adulta mayor, la organización de eventos científicos y de difusión, así como la realización de investigaciones que aportan conocimiento y soluciones.

Este libro “Aportes científicos en la década del envejecimiento saludable 2021-2030” es el resultado del esfuerzo conjunto de ambos grupos y con él, nos sumamos a las iniciativas planteadas para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, enfocándonos en dos áreas principales: primero, cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar respecto a la edad y el envejecimiento; y segundo, promover que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.

En sus páginas, se recogen las experiencias y los resultados de diversas investigaciones, con el objetivo de contribuir a la generación y difusión del conocimiento que permita mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.



## Capítulo 1.

# Grupos de ayuda mutua: Una estrategia eficaz para el envejecimiento activo y el apoyo comunitario en adultos mayores

---

JULIA ALEJANDRA CANDILA CELIS

## El Contexto del envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024a) proyecta entre los años 2015 y 2050 que el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones); el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones, considerando de igual forma el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado debido a que las personas viven más tiempo que antes —lo que se conoce como envejecimiento de la población—, siendo uno de los retos importantes para garantizar que los sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico a nivel global.

El comprender el envejecimiento lo más notable es lo biológico, hay daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte, pero más allá de los cambios biológicos, las afecciones más comunes el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y pareja, así como la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, los dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, las neumopatías obstructivas crónicas, la diabetes, la depresión y la demencia, por consiguiente, los síndromes geriátricos por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024a).

## Las acciones para el envejecimiento exitoso

Considerando el panorama descrito anteriormente y con una visión optimista, las oportunidades de un envejecimiento exitoso de personas mayores, sus familias y las sociedades, implica que en esos años de vida adicionales se pueden planear nuevas actividades, como lo señalan los adultos mayores “ahora que hay tiempo disponible” para emprender en acciones productivas y gratificantes que pueden contribuir de muchos modos a sus familias y comunidades. No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor primordial, la salud (OMS, 2024a).

La propuesta hacia el cuidado de un envejecimiento exitoso en el entorno de los adultos mayores en relación a las variaciones en la salud, los cuales algunos se deben a la genética y factores más influyentes como el entorno físico y social, en particular la vivienda, el vecindario y la comunidad, así como características personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico, la propuesta en la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró en el periodo 2021-2030 la Década del Envejecimiento Saludable, como un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables con el objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas:

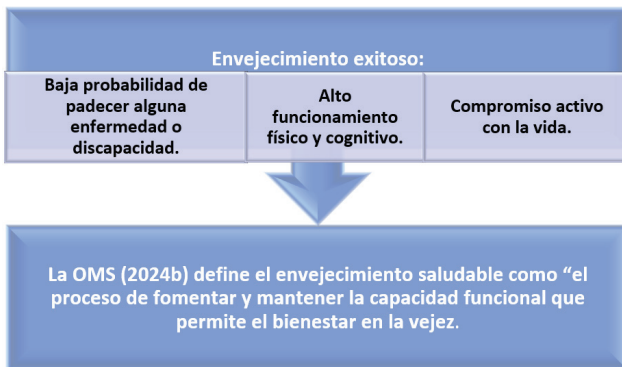
1. Cambiar la forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad, y el edadismo.
2. Desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores.
3. Prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores.
4. Proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten (OMS, 2024b).

## Una estrategia eficaz los grupos de ayuda mutua

Una estrategia eficaz para el envejecimiento activo y el apoyo comunitario en adultos mayores son los grupos de ayuda mutua, ya que promueve la colaboración entre individuos, instituciones y organizaciones para cumplir algunos objetivos y metas, hacia el bienestar de sus integrantes; con solidaridad y colaboración, contribuyen a llevar adelante un trabajo en equipo que permite un beneficio mutuo y se generen efectos positivos como comunidad (OMS, 2024a).

La característica principal de estos grupos de ayuda mutua es la colaboración compartida, esta hace referencia a una interacción que da lugar a un intercambio de recursos y un intercambio de habilidades, lo que crea grupos de apoyo donde hay responsabilidad compartida. En la siguiente figura 1 se esquematiza el envejecimiento exitoso:

**Figura 1. El envejecimiento exitoso**



Para un envejecimiento exitoso los grupos de autoayuda con la filantropía, las redes de solidaridad, los proyectos comunitarios, suponen esfuerzos colectivos donde la ayuda a quien está más desfavorecido es el soporte de cada acción en la solidaridad, cooperación, reciprocidad para sus integrantes, en la dinámica del grupo se comparte experiencias y vivencias, cobijo y refugio; el sentirse identificados con la experiencia que se vive, el descubrir estrategias nuevas, sentir que tienen redes de apoyo en su comunidad, genera un bienestar comunitario en los adultos mayores (Gaviria et al., 2018).

## Las experiencias en los grupos de ayuda mutua

Los beneficios recibidos en los espacios de convivencia en donde se brinda ayuda en salud mental, para contribuir con el bienestar de las personas, que viven o han vivido experiencias similares, el sentir que hay redes y soporte, son un espacio clave para superar o aprender a vivir con una condición, es de gran apoyo (Fernández, 2023).

En el 2021, Pleyers señaló, los movimientos sociales y ayuda mutua frente a la pandemia fue procurar que sus miembros mejoren su situación de manera acompañada y recíproca, para recibir de manera voluntaria asistir a los encuentros y formar parte del grupo, por lo general, grupos pequeños y sin jerarquías, en donde se reconozcan las necesidades propias y ajenas con la suficiente confianza y complicidad, con la finalidad de participar en un grupo de ayuda mutua o de solidaridad en un barrio, cuyo proceso de aprendizaje será individual y colectivo. En estos los vecinos aprenden a organizarse en grupos autónomos, a menudo de forma horizontal, y se familiarizan con los nuevos usos de las redes sociodigitales. También, constituyen redes para producir y difundir información de salud, los lugares donde obtener ayuda y la manera de organizarse a nivel barrial.

Los grupos de ayuda mutua pueden ayudar a reducir el malestar físico y psicológico de los cuidadores, para fortalecer así el sistema familiar. Además, la asistencia de los cuidadores al grupo proporciona beneficio para las personas dependientes, con una disminución de recaídas, considerando entre las características se fundamentan en el apoyo entre sus miembros. Por otra parte, se han encontrado de manera virtual en online, que ofrecen otras ventajas, como la accesibilidad (Bernabéu-Álvarez, 2020).

Las experiencias sobre el desarrollo del autocuidado en la cronicidad en personas que viven con Diabetes Tipo 2 (DT2), que asisten a un grupo de ayuda mutua y son atendidos por un equipo interdisciplinario, se identifican diversas barreras y facilitadores de carácter individual relacionados con la adopción de conductas de autocuidado, así como la operación de programas especializados interdisciplinarios en la atención de pacientes con DT2, juega un papel crucial en este campo. El ser integrante de un grupo de ayuda mutua otorga valiosos beneficios adicionales, el de vigilar los factores clínicos y sociales individuales relacionados con el autocuidado para el manejo de la DT2, evidencia el mantener y fortalecer los programas con enfoque especializado en la atención de estos pacientes en servicios de salud públicos (Díaz de León Castañeda, 2023).

*La experiencia en el grupo de ayuda mutua en la Unidad Universitaria de Inserción Social “San José Tecoh” de la Universidad Autónoma de Yucatán*

En el caso de la experiencia adquirida por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) en el grupo de ayuda mutua en la Unidad Universitaria de Inserción Social (UUIS) ubicada en la Colonia San José Tecoh del sur de la ciudad de Mérida, Yucatán, en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, apoya las diferentes acciones de salud comunitaria desde 1998, a través de un abordaje integral de siete licenciaturas participantes de las ciencias de la salud y sociales; medicina, enfermería, odontología, nutrición, rehabilitación, psicología y trabajo social, para promover acciones de promoción y educación para la salud en un primer nivel de atención, proporcionados a la población abierta, con proyectos de todos los ciclos de vida, mediante el fomento del trabajo interdisciplinario de los profesionales de las siete licenciaturas que ponen en práctica acciones tendientes a apoyar a la modificación de los estilos de vida.

Basados en las líneas de responsabilidad social universitaria y contar con una cobertura de los proyectos sociales, se asegura la contribución en el desarrollo de comunidades marginadas al sur de la ciudad de Mérida. Así mismo, el establecer una metodología para evaluar sus impactos, fortalecer los programas formativos en las Unidades Universitarias de Inserción Social, incrementar la participación de los estudiantes en proyectos de investigación, para fortalecer su formación profesional, y a la vez generar en ellos interés por el desarrollo de esta actividad, al ser un espacio de aprendizaje para los integrantes del grupo de ayuda mutua, estudiantes de las diferentes áreas y profesionales que desarrollan acciones para apoyar la formación de redes de apoyo solidarias y la adquisición de nuevas conductas, favorecen en las personas los estilos de vida saludables o refuerzan las que ya poseen y que son benéficas para el mantenimiento de una vida digna y de calidad y, no menos importante, se logra además la inclusión de los participantes con alguna discapacidad.

El grupo de ayuda mutua se crea en el 2001, como alternativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, integrado por personas que comparten un problema o situación y que se reúnen para realizar acciones y actividades para aprender cómo superarlos y conseguir cambios sociales, personales y de salud. En un inicio se contó con 18 participantes de los cuales 15 son mujeres y 3 son hombres, la mayoría son de la tercera edad y un 40% tiene alguna discapacidad ya sea motora, auditiva o de lenguaje; por consenso, la asistencia de dos veces por semana de 2 horas por sesión y en

el horario de la mañana. La coordinación del grupo es liderada por enfermería con un profesionalismo acorde a las necesidades de los participantes, con apoyo de un equipo interdisciplinario y activo en sesiones que incluyen la visión integral y el paralelismo entre todos sus miembros (personas de la comunidad, profesores, profesionales, pasantes y estudiantes de todas las licenciaturas.)

El motivo señalado por los participantes al incorporarse al grupo de ayuda mutua es diverso para cada uno de sus miembros como son, el conocerse mejor a uno mismo, obtener información acerca de cómo cuidar su salud física, mental y social, hallar la comprensión de otras personas que están en la misma situación, hacer amistad con personas que los comprenden, escuchan y aceptan, dar apoyo a los otros miembros del grupo, encontrar soluciones a sus problemas, salir del propio aislamiento o soledad en que se encuentran y encontrar la felicidad; es por todos estos motivos y el tener en la comunidad una gran población de la tercera edad se encuentra una necesidad sentida de crear el grupo como un espacio en el que puedan reunirse para aprender y expresar sus problemas y situaciones de la vida diaria. También, es un espacio real de aprendizaje para los estudiantes, pasantes y profesionales donde tienen la oportunidad de aportar sus conocimientos, adquirir destrezas como son el liderazgo y la capacidad de manejo grupal entre otras.

El objetivo central del grupo de ayuda mutua es desarrollar una red de apoyo para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan el mejorar hábitos y conductas de vida saludables y la preservación del entorno físico y social.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar en acciones de promoción, prevención y seguimiento para contribuir el mantenimiento o mejora de la salud física, mental y social de los participantes a través de actividades, dinámicas y talleres.
- Demostrar la importancia de la salud física para el mantenimiento de la calidad de vida a través de diferentes tipos de ejercicio y rutinas establecidas en el año.
- Proponer conductas que propicien la preservación y el cuidado del medio entorno físico, social emocional.
- Crear espacios de convivencia social, recreativa, de esparcimiento, deportivos y actividad física.

- Crear espacio de convivencia con sus familias y de capacitación para el manejo adecuado de cambios biológicos en el adulto mayor, promoviendo una red de apoyo primaria.
- Generar un espacio de aprendizaje mutuo entre pasantes y estudiantes que genere habilidades y actitudes para el cuidado gerontológico y a la vez adquirir competencias profesionales propias de su profesión.
- Demostrar a través de evaluaciones semestrales del proyecto con todos los participantes de acuerdo con las metas y objetivos planteados, evidenciando los resultados obtenidos.

Los beneficiarios directos, sin duda alguna, son las personas que participan en el grupo de ayuda mutua procedentes de diferentes puntos de la colonia y colonias circunvecinas y los beneficiarios indirectos son familiares de cada una de las personas que acuden a las actividades programadas, y que mediante los conocimientos adquiridos por el familiar que acude al grupo y hace extensivo los saberes adquiridos, inciden en el mejoramiento de su salud y la calidad de vida.

Un aspecto muy importante en el desarrollo del grupo de ayuda mutua es contar con un equipo de profesionales, prestadores de servicio social y estudiantes con competencias profesionales para la realización del trabajo colaborativo que augure el éxito del proyecto y apoyen con su participación activa en el desarrollo de las diferentes actividades programadas para el grupo.

Con ello se garantiza que los facilitadores logren la aplicación de las diferentes herramientas de promoción, prevención y seguimiento del cuidado de la salud física, mental y social en los adultos mayores y adquieran habilidades para la activación física de acuerdo con sus necesidades y a la vez los integrantes del grupo incluyan y apoyen a sus compañeros con alguna discapacidad.

Algunas de las evidencias de seguimiento y resultados para la evaluación del grupo, se consideran entre ellas, listas de asistencia, estudios sociodemográficos, fichas de inscripción, expedientes clínicos en caso de que los participantes vivan con una condición crónica de salud, bitácoras o relatorías, fotografías y videos de las actividades del grupo, cronograma anual de actividades, cartas descriptivas de cada sesión y evaluaciones escritas.

Las diversas actividades tienen lugar en la sala de usos múltiples y el anexo de la unidad de salud, así como también se utilizará diversos espacios

como parques, unidades deportivas, centros recreativos de dependencias gubernamentales como el Balneario Yucalpetén.

La sistematización de la información y la operatividad del grupo se llevan a cabo a través de reuniones con el equipo interdisciplinario para la elaboración del Programa de Trabajo Anual (PTA), una planeación y calendarización de las actividades y la retroalimentación al final de cada sesión.

Durante la ejecución y evaluación de las actividades programadas y que están especificadas en cada una de las cartas descriptivas por área de intervención, se considera las tres áreas:

De la ejecución del proyecto con el grupo de ayuda mutua, se hará de dos tipos, cuantitativa por medio de instrumentos de control y cualitativa mediante las relatorias de cada sesión de trabajo con los participantes.

De forma directa con los participantes, mediante los diferentes formatos diseñados por el profesional para el grupo, en los estudiantes que intervienen en el desarrollo de las actividades del grupo y a través de reuniones programadas cada semana con los prestadores de servicio social de las diferentes disciplinas que participan en el proyecto.

Los métodos utilizados son las siguientes:

- La socialización con el fin de fomentar la cohesión del grupo, la participación de los integrantes del grupo en las diferentes actividades a realizar.
- El apoyo social para que los participantes busquen entre sí la ayuda para el fomento de redes de apoyo solidarias mediante la experiencia del otro.
- La búsqueda de consenso para que se realice la toma de decisiones en forma democrática.

Entre las técnicas están las de tipo social: entrevistas, talleres teórico-prácticos, expositivas, demostrativas, manuales, creativas y lúdicas

Para la realización del proyecto grupo de ayuda mutua los recursos, físicos, materiales, humanos y de infraestructura, son proporcionados y gestionados por la UADY y en ocasiones por los participantes.

A pesar de considerar algunos factores externos e internos condicionantes esperados durante el desarrollo del grupo de ayuda mutua como la distancia y lejanía para algunos de los miembros del grupo, enfermedades propias de su edad, citas médicas para el control y valoración de sus enfermedades y los factores climáticos (sol, lluvia, frío, calor excesivo, etc.), se mantiene la esperanza de una participación activa en el desarrollo de las ac-

tividades para la creación de redes de apoyo que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas participantes.

## Las lecciones aprendidas en el grupo de ayuda mutua

Las lecciones aprendidas durante estos años han sido principalmente:

1. La vinculación intra y extrainstitucional para generar sinergias para el bienestar de los participantes.
2. Las comunidades y grupo de personas tienen sus tiempos y momentos dentro de sus contextos.
3. Cada participante en el grupo de ayuda mutua es una historia y lección de vida.
4. El trabajo multidisciplinario es clave para el proyecto.
5. El liderazgo de la persona que coordina el grupo es el motor del grupo.

## Referencias

- BERNABÉU-ÁLVAREZ, C., Faus-Sanoguera, M., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J.-S. (2020). Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. *Enfermería Global*, 19(2), 560–590. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
- DÍAZ de León Castañeda, Christian. (2023). Experiencias sobre el desarrollo del autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 integrantes de un “Grupo de Ayuda Mutua” y atendidos por un equipo interdisciplinario. *Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 13(2), 50-61. <https://doi.org/10.24875/alad.23000017>
- FERNÁNDEZ, A. M. (28 diciembre de 2023). *Defnicion.com*. Definición de ayuda mutua. Rasgos, tipos y modelos. <https://definicion.com/ayuda-mutua/>
- GAVIRIA Uribe A., Ruiz Gómez F., Dávila Guerrero CE., Burgos Bernal G., Osorio S. EL., & Casas Cruz HM. (2018). MINSALUD.gov; Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (1 de Octubre de 2024a). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2024b). *Década del envejecimiento saludable 2021-2030*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthyageing#:~:text=El%20Envejecimiento%20Saludable%20es%20el,el%20bienestar%20e%20la%20vejez>.

PLEYERS, G. (2021). Movimientos sociales y ayuda mutua frente a la pandemia. *Mundos Plurales-Revista Latinoamericana de Políticas Y Acción Pública*, 8(1), 9–22. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2020.4873>

## Capítulo 2.

# Trabajo y voluntariado: integración de personas mayores en la sociedad activa

---

NAJIA MOHAMED FARAH CARRILLO

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) proyecta que, para el año 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años superará el 20% de la población mundial. Este significativo cambio demográfico plantea tanto retos como oportunidades para la integración efectiva de las personas mayores en la sociedad activa. En este contexto, el trabajo y el voluntariado se perfilan como herramientas fundamentales para garantizar una participación significativa, mejorando la calidad de vida de este grupo poblacional y promoviendo sociedades más inclusivas y sostenibles.

La población latinoamericana está experimentando un proceso acelerado de envejecimiento, lo que hace imperativo garantizar que los ciudadanos, a medida que lleguen a la vejez, gocen plenamente de sus derechos para participar en la sociedad e influir en su desarrollo. El voluntariado se ha convertido en un método eficaz para empoderar a los adultos mayores, y durante la última década se han logrado avances significativos en cuanto al apoyo organizativo, tanto a nivel regional como internacional. Sin embargo, es importante enfatizar que el voluntariado no debe considerarse como un sustituto del trabajo remunerado ni como una excusa para que el Estado eluda su responsabilidad fundamental de promover el bienestar general de sus ciudadanos.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce el voluntariado de ayuda mutua o autoayuda como una estrategia valiosa en el contexto del envejecimiento poblacional, uno de los fenómenos más significativos de la actualidad que está transformando las estructuras sociales, económicas y culturales a nivel global. El voluntariado desempeña un papel fundamental en la integración de las personas mayores, proporcionando beneficios múltiples para su bienestar físico y emocional, aunque también presenta desafíos que requieren atención y estrategias específicas para maximizar su participación efectiva.

Para abordar esta realidad de manera integral, resulta imprescindible involucrar activamente a las familias, cuidadores, sociedad civil y entes gubernamentales en el desarrollo e implementación de programas y proyectos con un enfoque centrado en el adulto mayor. Estas iniciativas deben estar orientadas a mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales que promuevan un envejecimiento activo y saludable, garantizando así una mejor calidad de vida para este segmento creciente de la población.

## Desarrollo

### *Envejecimiento demográfico y su impacto global*

El envejecimiento poblacional no es solo una preocupación de los países desarrollados, sino también de las economías emergentes. Este fenómeno representa un reto para los sistemas de seguridad social, la sostenibilidad de las pensiones y la provisión de servicios de salud. Sin embargo, también abre una oportunidad única para aprovechar el potencial de las personas mayores como agentes de cambio.

Según Naciones Unidas (2023), las personas mayores poseen conocimientos y experiencia valiosa que pueden beneficiar a las comunidades. Su participación activa, a través del trabajo y el voluntariado, contribuye a reducir la dependencia económica, fortalecer el capital social y promover la solidaridad intergeneracional.

Los beneficios del trabajo y el voluntariado en personas mayores permiten una mejora notable en la salud física y mental, ya que la participación en actividades laborales y de voluntariado se asocia con una mejora en la salud general de este grupo poblacional. Estudios recientes han demostrado que estas actividades pueden disminuir el riesgo de enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, al tiempo que reducen la incidencia de trastornos mentales como la depresión y el aislamiento social (Smith et al., 2021).

Del mismo modo, el trabajo y el voluntariado promueven el sentido de propósito y autorrealización, permitiendo a las personas mayores sentirse útiles y valoradas. Este sentido de propósito mejora su autoestima y fomenta la autorrealización. Además, las actividades estructuradas ayudan a mantener rutinas diarias saludables y promueven el bienestar emocional (Johnson & Carter, 2020).

Otro aspecto importante es el impacto que se genera en la cohesión social cuando las personas mayores participan activamente en la sociedad, contribuyendo a fortalecer las relaciones comunitarias. En el voluntariado, desempeñan roles cruciales en organizaciones no gubernamentales, apoyando iniciativas en educación, salud y medio ambiente (Fernández & Martínez, 2019). Esto genera una mayor cohesión social y fomenta el intercambio intergeneracional de conocimientos. Por otra parte, esta actividad es una manera de ejercer la ciudadanía activa y de participar en el desarrollo, de superar la pobreza y fortalecer la democracia en sus comunidades.

No obstante, a pesar de los beneficios documentados, existen barreras para la participación activa y limitaciones significativas que disminuyen la integración de las personas mayores en actividades laborales y de voluntariado. Estas barreras incluyen estereotipos y discriminación por edad, donde la percepción de que las personas mayores son menos productivas o incapaces de adaptarse a los cambios tecnológicos afecta negativamente sus oportunidades laborales. Este tipo de discriminación, conocida como “edadismo”, también limita su participación en programas de voluntariado. Asimismo, la falta de adaptación en los entornos laborales y sociales es evidente, ya que muchas organizaciones no cuentan con políticas inclusivas que consideren las necesidades específicas de las personas mayores, como horarios flexibles o adaptaciones físicas en el lugar de trabajo (González et al., 2021). Por último, se enfrentan a obstáculos financieros y legales, ya que, en algunos países, las regulaciones sobre pensiones y beneficios sociales desincentivan la participación laboral de las personas mayores. Además, la falta de programas de capacitación accesibles limita su capacidad para adaptarse a las demandas del mercado laboral.

En relación con lo anteriormente descrito, se proponen algunas estrategias para fomentar la inclusión con el fin de minimizar y superar estas barreras. Es fundamental implementar estrategias integrales que promuevan la participación activa de las personas mayores. Algunas recomendaciones incluyen políticas públicas inclusivas: los gobiernos deben adoptar medidas que incentiven la contratación de personas mayores, así como fomentar programas de voluntariado adaptados a este grupo. Esto incluye la creación de entornos laborales accesibles y flexibles, capacitación y educación continua, proceso crucial para ofrecer oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida, especialmente en el área de tecnologías digitales. Estas habilidades no solo mejoran la empleabilidad, sino que también empoderan a las personas mayores en su vida cotidiana.

Otro mecanismo para implementar sería la promoción de programas intergeneracionales: iniciativas que reúnan a personas de diferentes edades, como el voluntariado intergeneracional, fomentan el entendimiento mutuo y el intercambio de conocimientos. Esto no solo beneficia a las personas mayores, sino también a los jóvenes. Por último, es importante que la sociedad cambie su forma de pensar sobre las personas adultas mayores, por lo que se hace necesario realizar una sensibilización sobre el envejecimiento activo por medio de campañas de concienciación que pueden ayudar a desafiar los estereotipos negativos y promover una visión positiva del envejecimiento. Esto es clave para reducir la discriminación por edad y fomentar la inclusión.

## Conclusión

La integración de las personas mayores en actividades laborales y de voluntariado representa una estrategia fundamental para abordar los desafíos del envejecimiento demográfico. Los beneficios de esta integración son bidireccionales: por un lado, las personas mayores experimentan mejoras significativas en su salud física y mental, además de desarrollar un mayor sentido de propósito y realización personal; por otro lado, las comunidades se enriquecen a través de una mayor cohesión social y el valioso intercambio de conocimientos intergeneracionales.

Sin embargo, para alcanzar una inclusión efectiva y sostenible, es imperativo superar las barreras estructurales y culturales existentes. Esto requiere la implementación coordinada de políticas públicas inclusivas, el desarrollo de programas de capacitación adaptados y la promoción activa de entornos que reconozcan y valoren las contribuciones de las personas mayores. La transformación hacia una sociedad más inclusiva demanda también un cambio significativo en la percepción social del envejecimiento, alejándonos de los estereotipos negativos y reconociendo el valor inherente de la experiencia y sabiduría acumulada por nuestros mayores.

La creación de oportunidades significativas para la participación activa de las personas mayores no solo beneficia a este grupo poblacional, sino que también fortalece el tejido social de nuestras comunidades. Las iniciativas intergeneracionales, en particular, tienen el potencial de crear puentes de entendimiento y colaboración entre diferentes grupos etarios, fomentando una sociedad más cohesionada y resiliente. El intercambio de conocimientos y experiencias entre generaciones puede catalizar la innovación social y contribuir a soluciones más efectivas para los desafíos comunitarios.

Además, la participación activa de las personas mayores en el mercado laboral y en actividades de voluntariado puede contribuir significativamente a la sostenibilidad económica de nuestras sociedades, especialmente en un contexto de envejecimiento poblacional. Su experiencia y habilidades representan un capital social invaluable que, cuando se aprovecha adecuadamente, puede impulsar el desarrollo sostenible y la innovación en diversos sectores.

Solo mediante este enfoque integral y multidimensional podremos construir una sociedad verdaderamente intergeneracional, donde todas las generaciones tengan la oportunidad de contribuir de manera activa y equitativa al desarrollo sostenible de nuestras comunidades. El éxito en esta transformación no solo mejorará la calidad de vida de las personas mayores, sino que también fortalecerá la resiliencia y la capacidad adaptativa de nuestras sociedades frente a los desafíos futuros.

## Referencias

- BANCO Interamericano de Desarrollo. (2021). *Emprendimiento en América Latina: El papel del adulto mayor* [Estudio]. Washington, DC, Estados Unidos.
- BANCO Mundial. (2021). *Panorama del envejecimiento en América Latina*.
- COMISIÓN Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). *Informe sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe*.
- FERNÁNDEZ, J., & Martínez, R. (2019). El impacto del voluntariado en las comunidades. *Revista de Estudios Sociales*, 35 (2)
- GONZÁLEZ, P., López, M., & Ramírez, C. (2021). Estereotipos y envejecimiento activo: Un análisis crítico. *Psicología y Sociedad*, 14(3)
- JOHNSON, K. y Carter, L. (2020). Voluntariado y salud mental en adultos mayores. *Revista de Gerontología*, 75 (4)
- MINISTERIO de Comercio, Industria y Turismo. (2022). *Emprendimiento y adulto mayor: Una visión de futuro* [En
- NACIONES Unidas. (2023). *Informe sobre el envejecimiento mundial*.
- ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas (ONU). (2021). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Envejecimiento activo en las Américas*.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPS). *Participación social de adultos mayores en América.*

UNIÓN Europea. (2020). *La innovación y el emprendimiento en el adulto mayor: Una guía para el desarrollo económico.*

## Capítulo 3

# Valoración de la enfermera gerontológica en la práctica avanzada de enfermería y el trabajo colaborativo

---

VIRGINIA REYES-AUDIFFRED  
ZOILA ESPERANZA LEITÓN-ESPINOZA  
MARÍA DEL PILAR GÓMEZ-LUJÁN  
ROSA MARÍA OSTIGUÍN-MELÉNDEZ

## Introducción

La vejez, las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos en las personas Adultas Mayores (AMs) de 60 años y más, contribuyen a la alta prevalencia de alteraciones que no son diagnosticadas, y que no son susceptibles de detectarse con una valoración clínica tradicional (Wanden-Berghe, 2021). Por lo que, requieren de una evaluación exhaustiva para detectar cambios en su estado salud-enfermedad con la mayor prontitud, de ello dependerá la prevención y manejo de la discapacidad, dependencia o la muerte, siendo la Valoración Geriátrica Integral (VGI) una herramienta para este propósito (Ferretti-Rebustini et al., 2022; Wanden-Berghe, 2021), que ha demostrado mejorar la detección de enfermedades no sospechadas en más del 50% de los pacientes mayores de 65 años.

Según Rubenstein (1987) la VGI es “un proceso diagnóstico multidimensional, generalmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales de una persona mayor con la intención de trazar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo” (p.1). Para realizar una VGI pueden utilizarse herramientas objetivas como las escalas de valoración y/o cuestionarios, aún no se ha definido un patrón oro, ni consenso entre sociedades, sobre cuales herramientas son más útiles en cada situación clínica (Sánchez García et al., 2020).

En la disciplina de enfermería, por su naturaleza ontológica y epistemológica, el AM es sujeto de cuidado incluida su familia y entorno. Para satisfacer sus necesidades, la enfermera realiza como parte del proceso de enfermería utilizando bases teóricas de enfermería (Medina Fernández et al., 2021) una valoración integral para reunir información de las dimensio-

nes biológica, psicológica, social y espiritual de la persona (Ferretti-Rebus-tini et al., 2022).

En México, el profesional que cuenta con habilidades avanzada para realizar la VGI de manera efectiva y eficaz, es la Enfermera de Rol Ampliado (ERA), quién según la Comisión Permanente de Enfermería es aquel recurso humano que cumple los requisitos profesionales y laborales donde a través de esquemas robustos de capacitación, definición de ámbitos de competencia interprofesional, le permiten adquirir un rol avanzado, con autonomía y participación en el equipo de salud (Leija-Hernández et al., 2020). De tal forma que contribuye en la elaboración de un plan de atención integral y personal con el equipo interdisciplinario. Sin embargo, la evidencia del rol de la ERA junto con el equipo de salud permanece dispersa y no permite visualizar con claridad su participación en la realización de la VGI con el equipo interdisciplinario. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue describir las experiencias de la enfermera con rol ampliado como parte del equipo interdisciplinario para realizar la VGI. La información recopilada contribuirá a la formulación de estrategias en las Instituciones de Salud con el fin de favorecer la realización de la VGI por parte de la ERA como miembro del equipo interdisciplinario.

## Metodología

Estudio cualitativo tipo descriptivo. Participaron 20 enfermeras que cumplieran con los criterios de inclusión: poseer nivel académico mínimo licenciatura, contar con cursos, especialidad y/o maestrías, y contar con un mínimo de tres años de ejercicio profesional en la atención de AMs en instituciones de salud de carácter público y/o privado.

El muestreo fue intencional mediante dos mecanismos: 1) los responsables de las instituciones remitieron al personal de enfermería que cumplía con el perfil y 2) se usó el método de bola de nieve (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Se realizaron entrevistas a profundidad entre mayo y octubre de 2019, que incluyeron la pregunta: ¿Cuál ha sido su experiencia al realizar la VGI como parte del equipo interdisciplinario? Las entrevistas se grabaron, transcribieron y se guardaron con letras elegidas al azar. Las entrevistas continuaron hasta que los datos dejaron de aportar información nueva al fenómeno de estudio, es decir, se saturaron los datos (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Maxwell, 2019).

Los textos transcritos se analizaron mediante análisis de contenido tipo temático (De Souza, 2009) en cuatro etapas: previa, descriptiva, estructural y discusión (Parra, 2017), apoyado en el software Atlas ti. 9 (Muñoz, 2016).

En la etapa previa, se transcribieron las entrevistas, colocando entre paréntesis prejuicios del investigador, en la descriptiva se ingresaron al software Atlas ti y se realizó lectura profunda para extraer la esencia; después una codificación libre para lograr la descripción protocolar de las experiencias de las participantes. En la etapa estructural, se crearon tablas de coocurrencia y diagramas de Sanki para identificar las unidades temáticas. Después se crearon redes semánticas para identificar conexiones entre códigos y los temas centrales. Se utilizó una tabla cruzada de código y documentos para determinar la saturación. En la etapa final, los resultados se vincularon con el marco teórico de referencia y compararon con estudios previos.

Se cumplieron los criterios de rigor metodológico de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018; Maxwell, 2019) y las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (Cantín, 2014), informe de Belmont (Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 2003), y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación CI/ENEO/114.

## Resultados

Participaron 14 enfermeras y 6 enfermeros entre 27 y 57 años de edad. Seis trabajan en Instituciones de Primer Nivel y catorce en Tercer Nivel de Atención. Todos con Licenciatura en Enfermería, además de otros estudios: una con Diplomado en geriatría, ocho con Especialidad en Enfermería del Anciano y Maestría, tres con especialidad (Heridas, Estomas y quemaduras; Enfermería Neurológica; y Atención de Enfermería en el Hogar), dos con Maestría en Enfermería Gerontológica, cuatro con diferentes Maestrías, y una con doctorado. Todos con experiencia laboral entre 3 y 20 años en servicios de atención al adulto mayor. Cuatro trabajando en turno contrario en la consulta privada y en alguna Institución de Salud Pública.

Emergieron tres categorías: 1) Valoración Geriátrica Integral en enfermería 2) La VGI como base para colaboración intra e interdisciplinaria en la atención y 3) Limitaciones de la Valoración Geriátrica Integral en enfermería.

### *Categoría 1. Valoración Geriátrica Integral en enfermería*

Para realizar la VGI, la ERA ha seleccionado los elementos de cada dimensión a valorar en el adulto mayor, de acuerdo a diversos factores: al servicio en el cual establece comunicación con el adulto mayor, tiempo que tiene disponible y políticas de la Institución. Por lo que cuenta con tres versiones: una extensa (VGI-E) que contiene preguntas enmarcadas en alguna teoría de enfermería y escalas validadas, una versión corta (VGI-C) que solo incluye preguntas enmarcadas en alguna teoría, y una breve (VGI-B) que incluye solo algunas preguntas abiertas dirigidas a valorar la capacidad funcional del adulto mayor.

En el servicio de la Clínica de Enfermería Geronto-Geriátrica realiza la VGI-C y la VGI-E:

[...] tenemos dos instrumentos, uno que aplicamos en área de hospitalización es corto, nos ayuda rápidamente a detectar necesidades de atención del adulto mayor [...] posteriormente ya con más tiempo, en la consultoría, aplicamos un instrumento, que fusiona la clinimetría con la valoración de enfermería por patrones de Marjory Gordon[...] junto con la exploración física cefalocaudal, somatometría, glucometría capilar, los signos vitales y realizamos diagnósticos de enfermería (SRO).

En el Instituto, en hospitalización de geriatría, utiliza la VGI-E:

[...]consta de interrogatorio acerca de las cuatro esferas y una parte clínica, donde van los síndromes geriátricos[...]la funcionalidad y aplico escalas, van incrustadas en diversos bloques del modelo de 11 patrones funcionales de M. Gordon (DM).

En otros servicios de hospitalización del Instituto realiza la VGI-C:

[...] no aplicamos ninguna escala de valoración, pero debemos conocerlas[...] hacemos preguntas claves para orientarnos si puede o no tener un problema en ese patrón [M. Gordon] ellos, [los médicos]nos dicen -tuvo estos resultados- y nosotros lo copiamos a nuestro formato (HER).

En el primer nivel de atención, en la consulta la ERA, utilizan la versión VGI-B que autoriza la institución:

[...] aquí se aplica una hoja de Gerontoprofilaxis que autoriza la institución depende del resultado, aplicamos tamizajes para completar la valoración como Katz, mini mental, todas las que se usan en el programa del ISSSTE [Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado] de los módulos gerontológicos[...] (MGAC).

### *Categoría 2. La VGI como base para la colaboración inter e intra disciplinaria en la atención.*

La ERA en el tercer nivel de atención en el día a día para brindar atención integral al adulto mayor primero realiza la VGI para solicitar la colaboración del médico, la psicóloga, nutrióloga u otros profesionales del equipo de salud, así como de la enfermera responsable de brindar cuidados generales al AM y la enfermera de la consultoría. En el primer nivel de atención su participación con el equipo interdisciplinario es limitada.

En cuanto a la colaboración interdisciplinaria

Para lograr una VGI completa e integral solicitar y dar seguimiento en colaboración con el equipo interdisciplinario:

[...]en el servicio de urgencias o en hospitalización, enfermería busca pacientes mayores de 65 años y aplica una batería de escalas, si detecta que está en riesgo de presentar algunos de los síndromes geriátricos [...] solicita una valoración por el equipo interdisciplinario y decidir darle seguimiento durante su hospitalización y después en la clínica de geriatría (DM).

En el primer nivel de atención, la ERA después de realizar la VGI-B se reúne con el equipo de salud para discutir la información:

[...] valoro con preguntas del cuestionario, psicología aplica otros instrumentos y la nutrióloga, después discutimos los casos, la nutrióloga da un plan de alimentación y yo (JAZ) pláticas para generar apego a la alimentación (JAZ).

En relación con el equipo intra-disciplinario:

[...] nos acercamos con la enfermera a cargo [enfermera responsable del cuidado general del AM] y le damos a conocer los resultados de nuestra valoración [...] le decimos -identificamos estos síndromes geriátricos, esta problemática, vamos a realizar este abordaje y te pedimos apoyo [...] (HER).

[...]actualmente dentro del instituto existen las consultorías [de enfermería] [...] si después de valorar, se requiriera atención de una lesión por presión o por inmovilidad, lo deriva a la clínica de heridas de enfermería (MAR).

### *Categoría 3. Limitaciones de la VGI en enfermería*

En el tercer nivel de atención, la ERA refiere, la falta de tiempo y sobrecarga de trabajo para realizar la VGI-E:

[...]...por la falta de tiempo y por tener muchos pacientes los médicos de geriatría hacen la aplicación de todas las escalas, y nosotras hacemos la valoración por patrones funcionales y luego lo complementamos con las escalas que ellos [los médicos de geriatría] aplican. (HER).

## Discusión

Los hallazgos mostraron que la ERA en el tercer nivel de atención selecciona las escalas y preguntas a incluir en cada dimensión a valorar en el adulto mayor contando con dos versiones para realizar la VGI: la VGI-E y la VGI-C. En el servicio de hospitalización o consultoría de enfermería aplica la VGI-E o VGI-C. La VGI-E incluye una teoría de enfermería para guiar la valoración y comprender las necesidades del AM, además integra escalas. Pero cuando aplica la VGI-C que solo incluye teoría de enfermería, se ve en la necesidad de complementar con resultados de escalas que aplicó el médico para determinar de forma objetiva alteraciones e identificar al AM en riesgo de presentar alguno de los síndromes geriátricos como lo refiere (Ferretti-Rebustini et al., 2022). Además, coincide con el caso clínico que presenta Delgado et al. (Delgado et al., 2021) en el cual para identificar las necesidades del AM realizan la VGI enmarcada dentro del modelo de enfermería de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon así como incluyen la aplicación de las escalas como Yesavage, Barthel entre otras.

En instituciones de primer nivel de atención, la ERA realiza la VGI-B que incluye preguntas abiertas para valorar el estado funcional del adulto mayor y solo cuando es necesario, otros profesionales de la salud aplican las escalas. Esto coincide con los resultados de Nord et al. (2020) quienes encontraron que la aplicación de un instrumento que contenía solo algunas preguntas y una revisión clínica rápida a adultos mayores no frágiles dio oportunidad a la enfermera de establecer una relación de confianza para obtener una imagen completa de las necesidades del paciente.

La VGI que realizó la ERA en el tercer nivel de atención propicio el trabajo colaborativo intra e interdisciplinario. A nivel intradisciplinario, la VGI que realizó la ERA fue útil para referir al AM de un servicio de consultoría de enfermería a otro. Estos resultados son similares a los encontrados por Silva et al. (2021) en la revisión integradora, en la cual, en varios estudios, la ERA después de realizar la VGI, derivó al AM a otro servicio de Consultoría de Enfermería permitiendo brindar un cuidado de enfermería integral. A nivel interdisciplinario, coinciden con lo reportado por dos estudios, en los cuales, la ERA después de realizar la VGI permitió informar a los diferentes

profesionales de manera objetiva las condiciones de los AM, facilitando la toma de decisiones para realizar la referencia interprofesional (Fougère et al., 2018; Morilla-Herrera et al., 2016). Esto se debe a que la VGI, sirve como un lenguaje común entre el equipo interdisciplinario (Wanden-Berghe, 2021) para agrupar y manejar los riesgos para tratar al AM (Coltters et al., 2020; Sánchez García et al., 2020). De manera que, la VGI favorece un adecuado seguimiento y ajuste del plan de atención a través de intervenciones multidimensionales e interdisciplinarias (Ferretti-Rebustini et al., 2022) para impactar positivamente en la atención del AM. En el primer nivel de atención, la VGI que realizó la ERA propicio el trabajo colaborativo parcialmente, coincidiendo con Sánchez García et al. (2020) al referir que los AMs que acuden a la consulta, no son frágiles y están globalmente sanos, por lo que no requieren de una VGI exhaustiva, ya que se pueden lograr resultados similares con la atención habitual y no necesariamente por un equipo interdisciplinario.

En cuanto a las limitaciones para realizar VGI por la ERA se evidenciaron dos problemas: la disposición de tiempo reducido y la sobrecarga de trabajo. Esto coincide con lo referido por diferentes autores, con Penney et al. (2016) en el cual todos los profesionales de enfermería expresaron como barreras para realizar la VGI la disponibilidad de tiempo debido a la sobrecarga de trabajo y con el estudio de Waterworth et al. (2015) en el cual no todas las ERAs que trabajaban en estos roles podían concentrarse en evaluar el estado de ánimo del paciente, atribuyéndolo a las presiones laborales, la cantidad de pacientes y el tiempo que tenían disponible en sus clínicas. Según, un estudio previo para realizar una VGI de 8 páginas bajo el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson que incluía nueve escalas, se requiere de dos sesiones, cada una de 50-60 minutos (Vallejo et al., 2007). Estos estudios dan importancia al tiempo que se considera necesario para lograr la VGI como herramienta útil para enfermería y el equipo interdisciplinario, al permitir individualizar los cuidados, cuantificar las incapacidades y proporcionar el nivel asistencial más adecuado al AM. A esta realidad se suma la sobrecarga de trabajo al no considerar el índice enfermera-paciente geriátrico lo que estaría dificultando una VGI adecuada, completa y holística como parte importante de la valoración del proceso de enfermería.

## Conclusiones

La VGI facilita el trabajo interdisciplinario e intradisciplinario al derivar al adulto mayor (AM) entre profesionales de diversas disciplinas y servicios

de enfermería, promoviendo un cuidado integral. A nivel interdisciplinario, la VGI sirve como un lenguaje común en el equipo de salud que facilita la toma de decisiones conjuntas y asegura un manejo adecuado de los riesgos del AM. En el primer nivel de atención, el trabajo colaborativo es limitado, ya que los AM atendidos suelen ser menos frágiles y no requieren una valoración interdisciplinaria exhaustiva. La principal barrera identificada es la disponibilidad de tiempo y la sobrecarga laboral de las enfermeras, lo que afecta la profundidad y calidad de la VGI.

Aunque los hallazgos de este estudio no se pueden generalizar a otros entornos, sugieren la necesidad de comprender las prácticas actuales de la ERA para implementar aquellas que favorezcan la realización de la VGI, que incluya tanto la teoría de enfermería como la aplicación de escalas y con ello la oportunidad de solicitar y/o participar activamente con el equipo interdisciplinario, haciendo visible el rol ampliado de la enfermera en la atención integral al adulto mayor.

## Referencias

- CANTÍN, M. (2014). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Revisando su Última Versión. *Int. J. Med. Surg. Sci*, 1(4), 339–346.
- COLTTERS, C., Güell, M., & Belmar, A. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.009>
- COMISIÓN Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2003). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *National Institutes of Health*, 12. [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_INTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf)
- DE Souza, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa* (Lugar editorial, Ed.).
- DELGADO, R., Herraiz, Y., Aviol, A., Bernal, A., Barcelona, T., & Martínez, S. (2021). Valoración geriátrica integral de enfermería: a propósito de un caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 1–19. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-geriatrica-integral-de-enfermeria-a-proposito-de-un-caso-clinico/>

- FERRETTI-REBUSTINI, R. E. de L., Souza-Talarico, J. N., Fhon, J. R. S., & Greenberg, S. A. (2022). El papel de la evaluación en la enfermería de práctica avanzada gerontológica basada en competencias. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56(spe), e20220072. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0072en>
- FOUGÈRE, B., Lagourdette, C., Abele, P., Resnick, B., Rantz, M., Lai, C. K. Y., Chen, Q., Moyle, W., Vellas, B., & Morley, J. (2018). Involvement of Advanced Practice Nurse in the Management of Geriatric Conditions: Examples from Different Countries. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(4), 463–470. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1008-6>
- HERNÁNDEZ-SAMPIERI, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. In *McGraw-Hill Interamericana Editores*. Mc Graw Hill.
- LEIJA-HERNÁNDEZ, C., Olivera-Carrasco, H., Acuña-Díaz, M. C., Zárate-Grajales, R. A., & Choperena-Aguilar, D. G. (2020). Estrategia Integral para la Ampliación del Rol de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Enfermería Universitaria*, 17(2), 243–257. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.892>
- MAXWELL, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Gedisa.
- MEDINA Fernández, I. A., Molina-Sánchez, J. W., Sifuentes-Leura, D., Herrera-Garibay, I. M., & Arredondo-Tovar, J. J. (2021). Cuidados de enfermería a una persona adulta mayor con sarcopenia. *Rev Mex Enf*, 9, 110–117. [https://www.researchgate.net/profile/Isai-Medina-Fernandez/publication/354207304\\_Cuidados\\_de\\_enfermeria\\_a\\_una\\_mujer\\_adulta\\_mayor\\_con\\_sarcopenia/links/612c33a02b40ec7d8bd1d8dd/Cuidados-de-enfermeria-a-una-mujer-adulta-mayor-con-sarcopenia.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Isai-Medina-Fernandez/publication/354207304_Cuidados_de_enfermeria_a_una_mujer_adulta_mayor_con_sarcopenia/links/612c33a02b40ec7d8bd1d8dd/Cuidados-de-enfermeria-a-una-mujer-adulta-mayor-con-sarcopenia.pdf?origin=publication_detail)
- MORILLA-HERRERA, J. C., Garcia-Mayor, S., Martín-Santos, F. J., Kaknani Uttumchandani, S., Leon Campos, Á., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290–307. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURS-TU.2015.10.010>
- MUÑOZ, H. A. (2016). *La investigación cualitativa: Práctica desde Atlas. ti*. Universidad Santo Tomas. <https://docplayer.es/190115242-La-investigacion-cualitativa-practica-desde-atlas-ti-henry-alfonso-munoz-rojas.html>

- NORD, M., Östgren, C. J., Marcusson, J., & Johansson, M. (2020). Staff experiences of a new tool for comprehensive geriatric assessment in primary care (PASTEL): a focus group study : Primary care staff experiences of geriatric assessment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), 132–145. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1755786>
- PARRA, K. (2017). Aplicación del Método Fenomenológico para comprender las reacciones emocionales de las familias con personas que presentan necesidades educativas especiales. *Revista de Investigación*, 41(91), 99–123. <https://www.redalyc.org/pdf/3761/376156277007.pdf>
- PENNEY, W., Poulter, N., Cole, C., & Wellard, S. (2016). Nursing assessment of older people who are in hospital: exploring registered nurses' understanding of their assessment skills. *Contemporary Nurse*, 52(2–3), 313–325. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1111152>
- RUBENSTEIN, L. Z. (1987). Geriatric Assessment: An Overview of Its Impacts. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1), 1–15. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30823-1](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30823-1)
- SÁNCHEZ García, E., Montero Errasquin, B., & Cruz-Jentoft, A. (2020). Actualización en Valoración Geriátrica Integral. *AnRANM*, 137(01), 77–82. <https://doi.org/10.32440/ar.2020.137.01.doc01>
- SILVA, C. J. de A., Cassiano, N. A., Lima, M. C. R. A. A., Peruhype, R. C., Queiroz, A. A. R., & Menezes, R. M. P. (2021). Perspectives of the Advanced Practice Nursing in the gerontological care process: an integrative review. *Rev.Electr.Enferm*, 23, 1–12.
- VALLEJO, J. M., Rodríguez, M., & Valverde, M. del M. (2007). Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. *GEROKOMOS*, 18(2), 72–76. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1134-928X2007000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2007000200003)
- WANDEN-BERGHE, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic*, 5(2), 115–124. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>
- WATERWORTH, S., Arroll, B., Raphael, D., Parsons, J., & Gott, M. (2015). A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2562–2570. <https://doi.org/10.1111/jocn.12863>

# Capítulo 4

## Caracterización del Riesgo para Pie Diabético en adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo II

---

MA. ISABEL MÉNDEZ DOMÍNGUEZ

MA. VERÓNICA DE LOS ÁNGELES PACHECO CHAN

DÉBORA CANTE HERNÁNDEZ

EDWIN GUILLERMO MONTERO CANUL

### Introducción

El pie diabético es una de las complicaciones más graves de la diabetes mellitus, principalmente causadas por la neuropatía derivada de la hiperglucemia crónica. Esta afección genera no solo dolor y sufrimiento, sino también un alto costo económico para los pacientes, sus familias y el sistema de salud (Couselo-Fernández et al., 2018; van Netten et al., 2020). Según Ovalle-Luna et al. (2019), el pie diabético es responsable del 17% de las complicaciones crónicas en personas con diabetes y una de las principales causas de muerte. Debido a lo anterior, el riesgo de desarrollar pie diabético representa un desafío en el ámbito de la salud. Por ello, se proponen estrategias tanto a corto como a largo plazo que fomenten el cuidado adecuado de los pies y la adopción de estilo de vida saludable. (Ahmed et al., 2021; Rodríguez et al., 2020; Vela-Anaya et al., 2018).

El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo II es frecuentemente analizado, el seguimiento de su comportamiento es constante, y es reiterativo reconocer como uno de los factores de riesgo la edad. La visión se ha ido ampliando, es así como, al pensar en determinantes sociales de la salud en cuanto a esta enfermedad, se habla ya, no solo de la edad, sino del proceso de envejecimiento. Es por ello, por lo que la atención no se puede centrar únicamente en el hecho de que cada vez se presenta la enfermedad y por consiguiente sus complicaciones en personas menores de 40 años, sino considerar que el proceso de envejecimiento se suma a otros aspectos de tipo cultural, socioeconómico que se reflejan en el estilo de vida (López et al., 2022).

Lo anterior hace que la diabetes sea, aún más, una enfermedad importante en una población que envejece. Esto se sustenta con datos como los

proporcionados por la American Diabetes Association, que señala que una cuarta parte de las personas mayores de 65 años tienen diabetes, presentando tasas más altas de muerte prematura y otras enfermedades coexistentes. Algo desde nuestro punto de vista relevante, es lo sugerido por esta asociación, en cuanto la necesidad de que la detección de complicaciones en adultos mayores sea individualizada, ya que los riesgos no son los mismos dependiendo si el adulto mayor tiene o no diabetes mellitus (Johnson et al., 2020).

Diversos factores de riesgo, como ser hombre, tener un bajo nivel socioeconómico, falta de acceso a los servicios de salud, un control metabólico inadecuado y años con la enfermedad, entre otros, incrementan la posibilidad de desarrollar pie diabético (Espinoza & Muñoz, 2019; Marcela Issa et al., 2021; Schaper et al., 2019).

## Objetivo

Determinar las características sociodemográficas, clínicas y de atención a la salud relacionadas al riesgo de pie diabético en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de familias que se encuentran integradas al programa universitario de Atención Primaria a la salud (APS) de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana roo.

## Metodología

Estudio cuantitativo, observacional, transversal, de tipo descriptivo. La población estuvo constituida por adultos mayores de 60 años o más, con diabetes mellitus tipo II, integrados al programa universitario de Atención Primaria a la Salud. El muestreo fue por conveniencia, obteniendo un total de 56 sujetos de estudio.

La obtención de datos se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias, por lo que previamente se realizaron 3 sesiones de capacitación para fortalecer lo relativo a valoración clínica de los pies e identificación de datos de enfermedad arterial periférica y neuropatía.

## Instrumentos:

- a. Cuestionario General de variables sociodemográficas (sexo, tipo de cobertura en salud, años con la enfermedad, antecedentes de pie diabético entre otros).
- b. Para la obtención de factores clínicos de riesgo se utilizó el formato de valoración podológica del pie diabético (CENAPRECE, 2016) que involucra:
  - Valoración vascular: pulso pedio, llenado capilar, várices y edema.
  - Valoración neurológica: percepción de la presión a través de uso de monofilamento, diapasón y reflejo osteotendinoso:
- a. Monofilamento: se llevó a cabo mediante la técnica de exploración de sensibilidad de Semmen Weinstein: evaluación con identificación de 10 puntos (9 puntos en la planta y 1 punto en el dorso del pie).
- b. Diapasón: Exploración de la sensibilidad de vibración con el diapasón de 128 Hertz, aplicando sobre las superficies óseas (maléolo medial, maléolo lateral, dorso de primera articulación metatarsofalángica).
- c. Reflejo osteotendinoso: mediante martillo de exploración de reflejos, percutiendo directamente sobre el tendón rotuliano, para observar la respuesta.
  - Valoración dermatológica: Hiperqueratosis, alteraciones ungueales, otras localizadas y difusas.
  - Valoración de estructura ósea: identificación de deformidades óseas, hipercarga y pie de Charcot
  - Inspección de características de la piel y presencia de deformidades.
  - Anamnesis para identificación de síntomas de neuropatía

## Resultados

Para fines de presentación, abordaremos en primer lugar los aspectos sociodemográficos más relevantes, para enseguida describir lo correspondiente a lo encontrado en la valoración podológica.

Las edades oscilaron entre la mínima de 60 y máxima de 88 años, con una media de 68 años (DE: 6.2). El 55.4% informo estar casado (a) con pareja viva. El 69.6% de los participantes eran mujeres, y de manera agrupada, en cuanto a nivel educativo, el 75% se encuentran entre los grupos de educación primaria o sin estudios. En lo relativo a ocupación, el 64.3% refieren estar empleados o laborar en empleos informales. En cuanto a la cobertura, se identificó que el 80.4 % son derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

Se encontró que el 69.6% de las personas están entre menos de un año a 10 años con la enfermedad, mientras que un 3.6% llevan entre 41 y 50 años con la enfermedad, obteniéndose una media de 11.3 años (DE 13.1 años).

### *Examen dermatológico*

En el examen dermatológico, de los cuatro tipos de lesiones que se valoran, tres de ellas se identificaron en más del 80% de las personas. El comportamiento fue el siguiente: predominio de la hiperqueratosis con un 91%, alteraciones difusas con un 85.7% (anhidrosis) y alteraciones ungueales con 83.9% (onicocriptosis y onicomiosis). Cabe señalar que las zonas con más presencia de hiperqueratosis fueron la región talar (75%) y la plantar (67.9%). Es importante destacar que la presencia de las alteraciones dermatológicas en ambos pies se identificó en el 81% de la población estudiada.

Con el cruce de variables, se encontró que las alteraciones dermatológicas fueron más frecuentes en hombres, excepto la hiperqueratosis, que se presentó en un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (94.9% vs 82.4%). Al analizar la valoración dermatológica y años con la enfermedad, se encontró presencia de alteraciones en un 89.7% de las personas que tenían de 1 a 10 años de ser diabéticas y en el 100% con 20 años o más con el diagnóstico.

### *Examen estructura ósea*

En 32 de los sujetos se observaron deformidades óseas, en el 87% de ellos en ambos pies. Las más frecuentes fueron el Haluxvalgus (25%), dedo Infraducto (21.4%) y dedo supraducto (19.6%). El Pie de Charcot se encontró únicamente en el 3.6%. En cuanto la presencia de deformidades y años con la enfermedad, el comportamiento es similar, fluctuando entre el 50 y 60% de los sujetos independientemente del tiempo con la diabetes.

### *Examen Vascular*

Al valorar a las personas, se encontraron en un mayor porcentaje de ellas alteraciones del sistema venoso (89.3%) que del arterial (8.9%). Dentro de las alteraciones venosas las más frecuentes fueron várices (67.9%) y edema (62.5%). La frecuencia no difiere de manera importante en ninguna de las tres décadas de edad analizadas. En cuanto a años con la enfermedad, es importante resaltar que del 89.3% que presentaron alteraciones venosas, el 20% tenían menos de un año con la diabetes, el 41% entre 1 y 10 años y el 18% entre 21 y 30 años con la enfermedad. El sexo con mayor prevalencia fue el femenino con un 94.9%.

### *Examen Neurológico*

Con respecto al examen neurológico se consideró como alteración, la ausencia perceptiva encontrándose en un 48.2% (27) de las personas valoradas; siendo más predominante la pérdida de la sensibilidad táctil, seguida por la pérdida de sensibilidad vibratoria. En este caso, se observó mayor frecuencia conforme a mayor edad, de igual manera, se distingue una tendencia al incremento mientras más eran los años con la enfermedad, pasando de 30 % con menos de un año al 50% con 10 o más años con la enfermedad.

En cuanto al examen motriz se encontró alteraciones en un 42.9% (24) con predominio de la ausencia del reflejo rotuliano y la apertura de ortejos en abanico. Con relación al sexo y las alteraciones motrices, se observó predominio en masculinos (70.6%). En cuanto a edad y años con la enfermedad el predominio fue irregular sin sugerir un comportamiento definido.

## **Discusión**

Con relación a la edad, apoyamos lo señalado por autores como (Reyes et al., 2024), que mencionan que la vejez juega un papel importante en el riesgo de pie diabético, debido a la combinación de factores como la fragilidad, sedentarismo, falta de autocuidado, estilo de vida y déficit de conocimiento. Difiriendo con Borrás (2021) quien señala que la prevalencia de pie diabético aumenta con la edad, debido a que como se ha mencionado, en nuestro estudio, se observó que algunas características de riesgo no se presentan con más frecuencia mientras mayor sea la edad biológica. Enfatizando, diversos autores coinciden en que el proceso de envejecimiento influye significativa-

mente en los cambios fisiológicos y morfológicos, aumentando el riesgo de neuropatía y la pérdida de sensación (Cabrera Soriano & Cabrera Soriano, 2021; Fernández et al., 2022).

Coincidimos con autores como Álvaro et al. (2023) y Mizouri et al. (2021) en que la hiperqueratosis es la principal causa de estas alteraciones; sin embargo, es preocupante el hecho de que la prevalencia en nuestro caso sea mayor.

En cuanto a deformidades óseas, nuestros resultados son muy similares a los de Couselo-Fernández et al. (2018), quienes encontraron una prevalencia del 56 %. Al encontrar que en los años con la enfermedad nuestras frecuencias son muy diversas, vale la pena recuperar a Hermida (2019) quien sugiere que estas deformidades no se asocian exclusivamente con la diabetes mellitus (DM), sino que pueden ser consecuencia de múltiples factores propios del envejecimiento, considerando al hallux valgus como la deformidad más común en adultos mayores.

En la valoración vascular, llama la atención que nuestros resultados se contraponen a los hallazgos de Quemba-Mesa et al., 2022 quienes reportaron mayores alteraciones arteriales en comparación con las venosas que prevalecieron en nuestro caso. Nuestro diseño de estudio no permite analizar si variables de tipo social puedan estar relacionadas, como por ejemplo que el 64.3% aún se encuentra con empleo, y las demandas laborales puedan contribuir a un estilo de vida más sedentario o patrones alimenticios menos saludables.

En cuanto a la valoración neurológica, nuestros hallazgos muestran concordancia con Marcela et al. (2021) en el predominio de la ausencia perceptiva. Una diferencia es el 37.8% más de casos de alteraciones motrices encontradas en comparación con los datos presentados por Quemba-Mesa et al. (2022).

## Conclusión

El caracterizar a cada sujeto de estudio nos permitió identificar similitudes, pero principalmente diferencias entre ellos, abriendo la oportunidad a planes de intervención individualizados que coadyuve a mayor interés en el autocuidado.

Confrontar resultados con otros autores, amplía el enfoque, orientando la necesidad de un abordaje de determinantes sociales más allá de factores de riesgo, ya que como se señaló como ejemplo, más que a la edad biológica es

al proceso de envejecimiento a lo que se suma la enfermedad, contribuyendo a las condiciones de riesgo y percepción de salud del adulto mayor.

Para finalizar esta breve aportación, contar con seguridad social no es suficiente, siendo necesario transitar del ámbito hospitalario a la atención domiciliaria, promover el autocuidado no solo para disminuir el riesgo de pie diabético, sino para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

## Referencias

- AHMED, M. U., Tannous, W. K., Agho, K. E., Henshaw, F., Turner, D., & Simmons, D. (2021). Social determinants of diabetes-related foot disease among older adults in New South Wales, Australia: evidence from a population-based study. *Journal of Foot and Ankle Research*, 14(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13047-021-00501-8>
- BALLESTEROS, Fernández, López, Soto, Cuesta, Martín, Montoya, García, & Mata. (2023). Cribado y riesgo de úlcera en el pie en los diabéticos de un centro de salud rural. *Rev. Enferm. Vasc.*, 5(8), 5–14.
- CABRERA Soriano, L. H., & Cabrera Soriano, L. H. (2021). Frecuencia de neuropatía diabética valorada por the michigan neuropathy screening instrument en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la posta medica Chicama durante el período octubre 2017 - junio 2018. *Universidad Privada Antenor Orrego*. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7640>
- CENAPRECE. (2016). *Lineamientos GAM\_2016*. [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Lineamientos-GAM\\_2016.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Lineamientos-GAM_2016.pdf)
- COUSELO-FERNÁNDEZ, I., Rumbo-Prieto, J. M., Couselo-Fernández, I., & Rumbo-Prieto, J. M. (2018). Riesgo de pie diabético y déficit de autocuidados en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 17–29. <https://doi.org/10.22201/ENE0.23958421E.2018.1.62902>
- ESPIÑOZA, & Muñoz. (2019). Factores de riesgo asociados a pie diabético en el hospital pnp Luis n. Saenz, AÑO 2017. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(2). <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19.n2.2070>
- FERNÁNDEZ, G. D.-P., Díaz-Perera, C. A., & Pérez, E. A. (2022). Enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en población atendida por cuatro consultorios médicos. *Revista Cubana de Medicina*, 61(4). <https://rev-medicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1625>

- JOHNSON, E. L., Feldman, H., Butts, A., Chamberlain, J., Collins, B., Doyle-Delgado, K., Dugan, J., Leal, S., Rhinehart, A. S., Shubrook, J. H., & Trujillo, J. (2020). Standards of Medical Care in Diabetes-2020 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes : A Publication of the American Diabetes Association*, 38(1), 10–38. <https://doi.org/10.2337/CD20-AS01>
- LÓPEZ, I. A. A., Gómez, M. A. C., López, M. L. P., Villavicencio, A. S. Z., Aguirre, B. A. R., & Hernández, L. M. (2022). La diabetes mellitus como problema de salud pública y su epidemiología. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma Del Estado de México*, 10(1), 85–90. <https://doi.org/10.36677/MEDICINAINVESTIGACION.V10I1.18780>
- MARCELA Issa, C., Verónica Carro, G., Nicolás Saurral, R., Gladys Méndez, E., Fabián Dituero, C., Aníbal Vilte, J., Varela, C., Alejandro David, R., Lorena Witman, É., César Torres, J., Zabala, R., Silvana Illuminati, G., Alejandra Casen, M., Alterini, P., Victoria Dicatarina Losada, M., Aixa Kremer Sendros, S., Cuto, F., Badías, F., Daniel Braver, J., ... Mauricio Farías, J. (2021). A study of risk factors in the development of diabetic foot: 1N Campaign. *Revista de La Sociedad Argentina de Diabetes*, 55, 4–12.
- MIZOURI, R., Belhadj, M., Hasni, Y., Maaroufi, A., Mahjoub, F., & Jammoussi, H. (2021). *Evaluation du risque podologique et corrélation avec le niveau d'éducation chez les diabétiques Relationship between level of education and podiatry risk in diabetic patients*. 99(2), 277–284.
- QUEMBA-MESA, M. P., Vega-Padilla, J. D., Roza-Ortiz, E., Ramos-Hernández, L. J., & Riaño-López, O. L. (2022). Diseño y validación del cuestionario de autocuidado preventivo del pie diabético NAPD. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(3), 44–55. <https://doi.org/10.22463/17949831.3306>
- QUEMBA-MESA, M.-P., Vega-Padilla, J.-D., & Rozó-Ortiz, E.-J. (2022). *Caracterización clínica, riesgo de pie diabético y su asociación con el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. <https://doi.org/10.18270/rce.v21i2.3724>
- REYES, E. A. G., Bustamante, V. B. D., Lino, J. D. R., Rocohano, G. A. M., & Alencastro, J. A. P. (2024). Riesgo de Pie Diabético en la Persona Mayor: Importancia del Autocuidado en la Diabetes Tipo 2 Desde una Revisión Narrativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 436–456. [https://doi.org/10.37811/CL\\_RCM.V8I1.9429](https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V8I1.9429)
- RODRÍGUEZ, D. H., Castillo-Merino, Y., & Villacreses-Holguin, G. A. (2020). La condición económica familiar de pobreza como factor de

- riesgo en el desarrollo del pie diabético. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 4(7). <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.641>
- SCHAPER, N. C., Van Netten, J. J., Apelqvist, J., Bus, S. A., Hinchli, R. J., & Lipsky, B. A. (2019). Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético. *IWGDF Guías*.
- VAN Netten, J. J., Bus, S. A., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., Hinchliffe, R. J., Game, F., Rayman, G., Lazzarini, P. A., Forsythe, R. O., Peters, E. J. G., Senneville, É., Vas, P., Monteiro-Soares, M., & Schaper, N. C. (2020). Definitions and criteria for diabetic foot disease. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36(S1), 1–6. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3268>
- VELA-ANAYA, G., Stegensek-Mejía, E. M., & Leija-Hernández, C. (2018). Características epidemiológicas y costos de la atención de las heridas en unidades médicas de la Secretaría de Salud. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 26(2), 105–114. <https://www.medicigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182g.pdf>



## Capítulo 5

# Efecto de la catastrofización sobre la autoeficacia al dolor en adultos mayores con dolor crónico

---

BLANCA SELENE MUÑOZ ZACARIAS  
ISAÍ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ  
JOSUÉ ARTURO MEDINA FERNANDEZ  
MARIA MAGDALENA DELABRA SALINAS

### Introducción

El dolor es una de las razones principales por las que las personas mayores solicitan atención médica, y esto resulta en un nivel significativo de enfermedad. Recientemente, se descubrió que el 67% de los adultos mayores informaron haber experimentado dolor de moderado a intenso en las últimas cuatro semanas (María et al., 2018).

Así mismo, el 25% de los adultos mayores que viven con dolor no reciben ningún tipo de medicación analgésica ni tratamiento (García & Maya, 2018). Esta situación vincula la experiencia de vivir con dolor con una mayor incapacidad y una menor independencia funcional.

Es así que el dolor crónico es una condición significativa y debilitante, de gran impacto negativo en la capacidad funcional del adulto mayor y de gran afectación en su forma de vida (Margarit, 2019). La vivencia del dolor crónico tiene afectaciones en todos los aspectos de la vida de una persona abarcando lo físico, lo psicológico, lo social, lo espiritual y lo económico, así como en su entorno familiar y la sociedad (Dewar, 2006), es por ello que la dimensión psicológica y emocional se involucran directamente en la experiencia del dolor, dado que este es parte de una experiencia emocional y física (González, 2014) sus familias, trabajo y comunidad en general. Puede llegar a ser causa de sufrimiento, incapacidad y pérdida de productividad en la población laboral. Hoy en día existe un amplio reconocimiento de la participación de factores psicológicos y sociales en el inicio y la prolongación de los cuadros de dolor y de la necesidad de una identificación precoz de ellos, con el fin lograr mejores resultados en los tratamientos médicos. Sin embargo, en la práctica clínica los principios del Modelo Biopsicosocial con frecuencia no son aplicados. En este artículo se revisa el rol de los factores

emocionales, cognitivos y sociales en el desarrollo y persistencia del dolor y la consiguiente incapacidad. Dichos factores deben dirigir el diseño de las estrategias de intervención para el dolor crónico. Palabras clave: Dolor crónico, factores de riesgo psicológico, manejo psicológico. SUMMARY Chronic pain is one of the most relevant health problems in our society, and has a significant impact on people who are experiencing it, also on their families, work, and community in general, becoming an important cause of suffering, disability and productivity loss in the working population. Nowadays exists a wide acknowledgement of the participation of psychological and social factors in the beginning and prolongation of the pain episodes and the need of an early identification of them, so better results from the medical treatment can be achieved. However, on the application and medical practice the principles of the biopsychosocial are not applied frequently. The aim of this article is to review the role of the emotional, cognitive and social factors on the development and persistence of the pain and disability, and its implications on the new designs of evaluation and intervention strategies on chronic pain. INTRODUCCIÓN El dolor constituye un problema de salud de alta prevalencia a nivel mundial. Se estima que el dolor crónico, en su mayoría de origen mus-culoesquelético, afectaría a un 25 a 30% de la población en Estados Unidos (1, como es la catastrofización y autoeficacia ante el dolor

La catastrofización ante el dolor (CAD) se describe como una exageración mental negativa que surge tanto durante el dolor real como antes de él, es decir, como el miedo previo al dolor (Barral & Buonanotte, 2020). La CAD no solo provoca un aumento en los niveles de dolor, sino que también incrementa la probabilidad de que la afección persista por más tiempo.

Además, los aspectos psicológicos y la vivencia del síntoma pueden influir en la autoeficacia frente al dolor, la cual podría verse disminuida frente a la vivencia de un dolor más intenso. La autoeficacia implica la confianza que una persona tiene en su capacidad para realizar diferentes actividades o tareas (Martín-Aragón et al., 1999), la cual puede llevarlo a sentirse incapacitado de realizar actividades básicas, debido a la percepción de control de dolor para ser funcional por consecuente se logra la alteración de la rutina diaria, así como la forma en que se percibe como ser individual e independiente.

En relación con lo anterior el rol de enfermería cumple un papel único, ya que facilita la adaptación al analizar el comportamiento del adulto mayor, considerando de primera instancia valorar factores que afectan la salud integral, para posteriormente elaborar estrategias enfocadas a factores

psicológicos, sociales y físicas que pueden ayudar a sobrellevar esta afectación (Ruiz-Aguilar et al., 2021).

## Objetivo General

- Determinar el efecto de la catastrofización del dolor sobre la autoeficacia del adulto mayor que vive con dolor crónico

## Objetivos Específicos

- Describir la catastrofización del dolor y la autoeficacia ante el dolor del adulto mayor con dolor crónico
- Identificar la relación de la catastrofización del dolor y la autoeficacia ante el dolor del adulto mayor con dolor crónico benigno.

## Metodología

Correlacional predictivo, con el propósito de explorar la dinámica y asociaciones entre las variables: Catastrofización del dolor y Autoeficacia ante el dolor. Se buscó demostrar cómo el cambio en una variable afecta el comportamiento de otra, con el fin de identificar y evidenciar posibles relaciones entre ellas (Grove & Gray, 2019).

La muestra de este estudio consistió en adultos mayores residentes en la región de la comarca lagunera, tanto en el estado de Coahuila. El método de muestreo fue no probabilístico y se basará en la conveniencia, eligiendo a participantes que cumplan con los criterios de inclusión definidos.

Entre los criterios de inclusión se encontró el pertenecer al grupo etario de adultos mayores con una edad superior a los 60 años, Vivir con dolor en un tiempo mayor de tres meses de forma continua e intermitente, padecer dolor crónico primario, visceral, musculoesquelético, orofacial, cefalea y generalizado. Mediciones e Instrumentos

### *Cedula de datos personales*

Los autores fueron responsables de elaborar la cédula, con preguntas que recopilan información socio demográfica del participante. El primero se constituye en diferentes apartados, la edad, estado civil, estudios realizados, situación laboral actual y personas con las que convive; el segundo se diseña para recolectar datos relacionados con el dolor crónico, diagnóstico, trata-

miento y lugar de dolor; el tercero se encarga de recabar información sobre factores psicológicos que puedan estar presentes.

### *Catastrofización del dolor*

La variable se evaluó utilizando el Cuestionario de Catastrofización del Dolor (PCS), está constituido por 13 ítems distribuidos en tres factores: rumia cognitiva (ítems 8, 9, 10 y 11), magnificación (ítems 6, 7 y 13) y desesperanza (ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 12). Los participantes responderán en una escala de Likert de cinco puntos (0 = nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = todo el tiempo). La escala indica que a mayor puntuación, mayor catastrofización del dolor (Seyler et al., 2014).

### *Autoeficacia ante el dolor*

Esta variable se midió con la Escala de Autoeficacia para el Dolor Crónico, incluye 19 ítems organizados en tres dimensiones: control de síntomas (ítems 1-8), funcionamiento físico (ítems 9-17) y manejo del dolor (ítems 18-22). Esta escala tiene una consistencia interna de 0.91 según el coeficiente alfa de Cronbach. Los participantes responderán en una escala Likert de 11 puntos, donde 0 representa “me creo totalmente incapaz”, 5 “me creo moderadamente capaz” y 10 “me creo totalmente capaz”, con una puntuación total que puede variar entre 0 y 210 puntos. Por lo tanto, una puntuación más alta refleja mayor autoeficacia frente al dolor (Martín-Aragón et al., 1999).

Este estudio se basó en las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud relacionadas con la investigación en salud (SSA, 1987), particularmente en los artículos mencionados a continuación. Además, siguió las pautas establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los lineamientos para la realización de proyectos de investigación en seres humanos.

## **Plan de Análisis de Datos**

El procesamiento de los datos cuantitativos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS para Windows, versión 25. Para el primer objetivo, se aplicó estadística descriptiva: las variables categóricas y ordinales se presentarán

con frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas se analizarán mediante media, desviación estándar, valor máximo y mínimo.

Para el objetivo específico dos se analizó previamente la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se obtuvo una distribución no normal, por lo tanto, se tomó la decisión de aplicar la prueba de correlación de Spearman. En cuanto al objetivo general, se aplicó análisis de regresión lineal múltiple para determinar el porcentaje de varianza explicada.

Para el objetivo específico dos se analizó previamente la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se obtuvo una distribución no normal, por lo tanto, se tomó la decisión de aplicar la prueba de correlación de Spearman. En cuanto al objetivo general, se aplicó análisis de regresión lineal simple para determinar el porcentaje de varianza explicada.

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores, oscilando la edad entre 62 y 85 ( $x=$ ,  $DE=$ ), en su mayoría son casados (45%) y viudos (36%), viven en zona rural (82%), grado de primaria (51%), amas de casa (45%) y jubilados (44%), con origen de ingresos mediante la pensión (67%), religión católica (75%), con pluripatología diabetes e hipertensión arterial (86%). En la tabla 1 se puede observar que los puntajes se encuentran por arriba de la media para catastrofización y autoeficacia.

**Tabla 1. Descripción de catastrofización y autoeficacia al dolor**

| Escala y Subescalas                | Media | Desviación | Max | Min |
|------------------------------------|-------|------------|-----|-----|
| Catastrofización del dolor         | 28.19 | 7.967      | 44  | 14  |
| Autoeficacia para el dolor crónico | 94.87 | 25.318     | 47  | 145 |

Nota: Max= valor máximo, Min= valor mínimo

Al realizar el objetivo número dos, se encontró que a mayor catastrofización al dolor es menor la autoeficacia al dolor ( $r=-.214, p=0.033$ ), de igual manera se halló que a mayor edad es menor la autoeficacia al dolor ( $r=-.691, p<.001$ ). Así mismo en la tabla 2 se encontró que la catastrofización al dolor y edad influyen de manera negativa sobre la autoeficacia al dolor en un 40.9%.

**Tabla 2. Modelo de influencia de la catastrofización sobre autoeficacia al dolor**

| Modelo<br>R <sup>2</sup> =.409 | Coeficientes<br>no estandarizados |                | Coeficientes<br>estandarizados | t      | p    |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|--------|------|
|                                | B                                 | Error estándar | Beta                           |        |      |
| 1                              | (Constante)                       | 307.495        | 26.112                         | 11.776 | .000 |
|                                | Edad                              | -.348          | .252                           | -.109  | .945 |
|                                | Catastrofización<br>al dolor      | -2.698         | .350                           | -.611  | .000 |

Nota:p=Nivel de significancia, B= Beta, ES= Error típico, t=t-student

## Discusión

El propósito del estudio fue determinar la influencia de la catastrofización sobre la autoeficacia al dolor en adultos mayores con dolor crónico. Lo anterior permite reflejar un problema normalizado en este grupo vulnerable, donde se afecta la calidad de vida de manera integral.

En cuanto a la catastrofización se encontró en este estudio una  $X=28.19$ ( $DE=7.96$ ), los resultados fueron menores a lo reportado por Gong et al (2023) donde obtuvieron una de  $X=24.07$  ( $DE=10.09$ ). La catastrofización del dolor presente en el adulto mayor es una respuesta negativa exagerada al dolor real o anticipado que se caracteriza por preocupación, miedo y dificultad para desviar la atención del dolor y este es uno de los predictores más confiables de la experiencia dolorosa crónica que impacta en la salud en todas sus esferas (Abeysekera & De Zoysa, 2021; Gong et al., 2023)

La autoeficacia al dolor obtuvo una  $X=94.87$ ( $DE=25.31$ ), estos resultados fueron menores a lo reportado en Irán con una  $X=36.29$ ( $DE=14.49$ ) y Hong Kong con una  $X=70.8$ ( $16.02$ ), lo anterior puede ser explicado que la autoeficacia representa la confianza en su capacidad para manejar el dolor crónica, sin embargo, esta puede verse afectada por múltiples factores, como el impacto de enfermedades crónicas, limitaciones físicas y la percepción de pérdida de control asociada con el envejecimiento (Asadi-Piri et al., 2021; Cheng et al., 2018).

Por otra parte, se encontró que la catastrofización al dolor y edad influyen de manera negativa sobre la autoeficacia al dolor en un 40.9%. Con el envejecimiento, las enfermedades crónicas aumentan la percepción de dolor, mientras las limitaciones funcionales refuerzan la sensación de incapacidad. Además, la catastrofización al dolor, frecuente en esta población, intensifica pensamientos negativos, generando un ciclo de desesperanza y descontrol.

Las experiencias previas de manejo ineficaz del dolor y la falta de apoyo social también contribuyen a reducir su confianza. (Reina et al., 2022).

## Conclusiones

Los resultados indican que los niveles de catastrofización y autoeficacia están por encima de la media, pero existe una relación inversa significativa entre ambos constructos. A mayor catastrofización y mayor edad, se observa una disminución en la autoeficacia al dolor, explicando un 40.9% de su variabilidad. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar la catastrofización y factores asociados para mejorar el manejo del dolor en esta población y realizar intervenciones de enfermería que faciliten mejorar o afrontar el dolor en los adultos mayores.

## Referencias

- ABEYSEKERA, N. W. B. Y., & De Zoysa, E. (2021). Higher prevalence of geriatric depression, catastrophizing pain and sleep disorders in institutionalized elders: a cross-sectional study in Galle District, Sri Lanka. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02536-9>
- ASADI-PIRI, Z., Harvey, I. S., Imani-Nasab, M. H., Zare, S., Nouraei Motlagh, S., & Cheraghi, N. (2021). Spirituality and pain self-efficacy in older adults with chronic pain: evidence from Iran. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 33(3), 298–310. <https://doi.org/10.1080/15528030.2020.1845277>
- BARRAL, E., & Buonanotte, F. (2020). *Catastrofización ante el dolor y abuso de analgésicos en pacientes con migraña crónica*. 70(8), 282–286. <https://doi.org/10.33588/rn.7008.2020034>.
- CHENG, S. T., Leung, C. M. C., Chan, K. L., Chen, P. P., Chow, Y. F., Chung, J. W. Y., Law, A. C. B., Lee, J. S. W., Leung, E. M. F., & Tam, C. W. C. (2018). The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, 13(9), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203964>
- GARCIA, M. A. A., & Maya, A. M. S. (2018). *Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez Learning to live with chronic pain in old age*. 34(2), 349–362.

- GONG, Y., Wang, Y., Yang, J., Wang, A., Wu, W., Li, L., Li, Y., Song, J., Jiang, L., & Hu, S. (2023). The Relationship Between Pain Intensity and Pain-Related Activity Patterns in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: Mediating Roles of Pain Resilience and Pain Catastrophizing. *Journal of Pain Research*, 16(February), 797–807. <https://doi.org/10.2147/JPR.S393359>
- GROVE, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería* (Elsevier (ed.); 7th ed.).
- MARGARIT, C. (2019). (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades L (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26(4), 209-210., 209–210. <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>
- MARGARITA González, P. A. (2014). Dolor Crónico Y Psicología: Actualización Chronic Pain and Psychology: Update. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610–617.
- MARTÍN-ARAGÓN, M., Pastor, M. A., Rodríguez-Martín, J., March, M. J., Lledó, A., López-Roig, S., & Terol, M. C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico. Adaptación y validación de la chronic pain self- efficacy scale. *Journal of Health Psychology*, 11(1-2), 53–75.
- REINA, Á., Encinas, D., & Otero, Ó. (2022). Relación de las variables de catastrofismo y autoeficacia con la intensidad del dolor, la función y la discapacidad en pacientes de artrosis de rodilla y cadera: una revisión sistemática. *Journal of MOVE and Therapeutic Science*, 4(2), 442–457. <https://doi.org/10.37382/jomts.v4i2.675>
- RUÍZ-AGUILAR, K., Chan-Castro, V., Hernández-Gómez, G., Cab-López, A., Espadas-Uuh, J., & Medina-Fernández, J. (2021). Living With Chronic Pain From the Experience of Older Adults With Chronic Degenerative Diseases. *Horizonte de Enfermería*, 32(3), 297–305. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.32.3.297-305](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.3.297-305)
- SEYLER, A., Hernández-Guzmán, L., Freyre, M., González-Montesinos, M., & Sullivan, M. (2014). Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Revista El Dolor*, 61, 18–24.

## Capítulo 6

# Aislamiento social y su relación con síntomas depresivos en personas mayores con enfermedades crónicas

---

KARLA IRIS CUEVAS MARTÍNEZ

NAOMY MONTSERRAT FACUNDO SOLÍS

YESICA GUADALUPE MARÍN HERNÁNDEZ

BRAYAN RAFAEL OCHOA GONZÁLEZ

CAROLINA BENAVIDES GUERRERO

LUIS ANTONIO RENDON TORRES

## Introducción

Durante el envejecimiento se experimentan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social (Secretaría de Bienestar e Igualdad Social, s.f.). Dentro de los cambios sociales en las personas mayores (PM) se encuentran las transiciones vitales, como la jubilación, el cambio de vivienda, fallecimiento de amigos, familiares o de la pareja, lo que disminuye el número de interacciones y relaciones sociales (Smith et al., 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Todas las personas necesitan de la interacción social para sobrevivir y prosperar, sin embargo, a medida que las personas envejecen, suelen pasar más tiempo solas. Además, las PM que tienen mala salud o una enfermedad crónica es más probable que se sientan socialmente aislados (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento [NIA, por sus siglas en inglés], 2021).

Durante los últimos años el aislamiento social (AS) se está convirtiendo en un problema de salud, debido a su alta prevalencia y a las consecuencias negativas en la salud mental de las PM. A nivel internacional se estima que el 40% de las PM con diabetes están socialmente aisladas (Ajayi et al., 2019). En el caso de Europa alrededor de 5 millones de personas de 65 años o más están aisladas, de las que 400 000 están crónicamente aisladas (Arruebarrena y Sánchez, 2020). Por otra parte, en México se estima que el 40.3% de las mujeres 60 años o más tienen AS y en el caso de los hombres se estima que un 35.5% están aislados (Moreno et al., 2017).

El AS puede estar asociado con la depresión, en las PM los síntomas depresivos incluyen la pérdida de interés en las actividades cotidianas que

antes eran placenteras, sentimiento de tristeza, inutilidad, angustia, ansiedad e irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño (dormir mucho o nada), baja autoestima, deterioro de las funciones físicas, dificultad de concentración y olvidos, dolores corporales o malestar general, falta de energía y pensamiento suicidas (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2021).

En México se estima que el 9.7% de las PM tiene depresión severa, 16.1% depresión moderada y 31.2% depresión leve y los síntomas depresivos de mayor prevalencia son; tristeza, melancolía, desesperación y desesperanza, problemas del sueño y ansiedad, falta de energía, dificultad para respirar, para dormir y descansar y preocupación por la salud (Flores-Villavicencio et al., 2019). Por otra parte, Miranda (2019) encontraron que el AS se asocia con síntomas, además de que las mujeres tienen un 20% más de riesgo de presentar AS en comparación a los hombres.

De acuerdo con la revisión de literatura se evidenció una falta de investigaciones que midan el AS en PM con enfermedades crónicas, por lo que es necesario contar con datos estadísticos actualizados que indiquen la proporción de PM con enfermedades crónicas que presentan AS y síntomas depresivos. Así mismo, conocer relación entre el AS y síntomas depresivos, permitirá confirmar la importancia de la interacción social para mantener una buena salud mental. Por lo que, el propósito del presente estudio es conocer la relación del AS y los síntomas depresivos en PM con enfermedades crónicas.

## Objetivo General

- Conocer la relación entre el AS y los síntomas depresivos en PM con enfermedades crónicas.

## Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las PM con enfermedades crónicas.
- Describir la prevalencia de AS en las PM con enfermedades crónicas.
- Describir la prevalencia de síntomas depresivos en PM con enfermedades crónicas.

## Metodología

Estudio con diseño correlacional descriptivo, de alcance transversal (Hernández & Mendoza, 2020). La población fueron personas de 60 años o más de Nuevo Laredo, Tamaulipas. La muestra se calculó mediante la fórmula estadística para una población finita (425 058 PM, de acuerdo con el censo de población 2020), con un intervalo de confianza del 95% y un límite de error de estimación del 8%, para una muestra final de 150 participantes, los cuales fueron identificados por conveniencia.

Se incluyeron a todas las personas  $\geq 60$  años con alguna enfermedad crónica, orientadas en tiempo, persona y espacio, que supieran leer y escribir y que aceptaran participar de forma voluntaria en el estudio. Se excluyeron aquellas personas con alguna patología como Alzheimer, Parkinson o demencia que les impidiera responder los cuestionarios.

Para medir las variables sociodemográficas se aplicó una cédula de datos sobre edad, sexo, escolaridad, vive solo, trabaja actualmente, enfermedades crónicas que padece y años de diagnóstico. La Escala de Red Social de Lubben (LSNS-6) se empleó para medir el AS (Granero et al., 2020). La LSNS-6 evalúa la frecuencia y cercanía que el individuo tiene con sus contactos, dividiéndolos en tres categorías; familia, amigos y conocidos. Se conforma por seis ítems, relacionados con riesgo de aislamiento social con seis opciones de respuesta que van del 0 al 5, las opciones de respuesta son: 0= “ninguno”, 1= “uno”, 2= “dos”, 3= “tres o cuatro”, 4 = “cinco a ocho”, 5 = “nueve o más”. La puntuación total va de 0 a 30 puntos, una puntuación  $\leq 12$  indica riesgo de aislamiento social. El LSNS-6 es un instrumento con una confiabilidad aceptable,  $\alpha = .77$  (Andrade et al., 2022).

Para los síntomas depresivos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), cual identifica la gravedad de síntomas de la depresión en adultos y adolescentes (González, et al. 2015). Consta de 21 reactivos relacionados con los síntomas depresivos, cada uno tiene cuatro opciones de respuesta, que van de 0 a 3 puntos. La puntuación total va de 0 a 63 puntos, de acuerdo con los puntos de corte se clasifican en cuatro grupos; de 0 a 13 puntos mínima depresión, 14 a 19 puntos depresión leve, 20 a 28 puntos depresión moderada y 29 a 63 puntos depresión grave. El BDI-2 reporta una confiabilidad aceptable  $\alpha = .92$  (Rosas-Santiago et al., 2021).

La investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud (secretaría de Salud, 2014). De acuerdo con lo señalado en el Título Segundo, Capítulo I, en el capítulo 13 que menciona en la investigación en seres humanos,

deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Por el cual, se respetó la decisión de las PAM a participar o no en la investigación, se ofreció un trato respetuoso y profesional en el momento de la recolección de datos, tratando de evitar cualquier tipo de incomodidades al realizar las preguntas y siempre dirigiéndose a los participantes por su nombre.

La presente investigación se consideró como una investigación sin riesgo (Artículo 17), ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes, solo se aplicaron cuestionarios. El artículo 20 que establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual es sujeto de investigación o, es su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Por último, la investigación se rigió a lo establecido con el Artículo 21

(aspectos VI, VII y VIII), que indica que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, es su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma pueda comprenderla.

Previo a la recolección de los datos se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (FENL-CEI-L001), así como de la institución correspondiente. Posteriormente se acudió a la secretaría de bienestar, se instaló un módulo para la toma de presión arterial e invitar a las PM a participar en el estudio. Se les explicó el propósito del estudio, dejando claro que su participación era completamente voluntaria, que no tenía ningún costo y que la información proporcionada era confidencial. A las PM que accedieron a participar en la investigación, se dio lectura y firmo el consentimiento informado, después se respondieron los instrumentos en el siguiente orden; cédula de datos, escala de LSNS-6 y BDI-II. Finalmente se pidió a los participantes verificar sus respuestas y no dejar preguntas sin contestar, una vez realizada la revisión se agradeció la participación en el estudio.

Para el Análisis de datos se empleó el programa Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se calcularon frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y variabilidad. Para responder el objetivo general y en función de los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p < .05$ ), se empleó el coeficiente de correlación de Spearman.

## Resultados

La escala de LSNS-6 y el BDI-II mostraron una confiabilidad aceptable de  $\alpha = .83$  y  $.92$ , respectivamente. Las PM tenían en promedio  $69.25 \pm 7.58$  años,  $9.29 \pm 4.44$  años de escolaridad y  $16.36 \pm 11.67$  años con la enfermedad crónica. El 62.7% fueron mujeres, 76.7% vivían acompañadas, 67.3% no trabajaban actualmente y la enfermedad crónica que predominó fue la hipertensión arterial con un 47.3% (ver tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes**

| Variable                      | f   | %    |
|-------------------------------|-----|------|
| Género                        |     |      |
| Femenino                      | 94  | 62.7 |
| Masculino                     | 56  | 37.3 |
| Vive Solo                     |     |      |
| Sí                            | 35  | 23.3 |
| No                            | 115 | 76.7 |
| Trabaja Actualmente           |     |      |
| Sí                            | 49  | 32.7 |
| No                            | 101 | 67.3 |
| Enfermedad crónica que padece |     |      |
| Diabetes                      | 62  | 41.3 |
| Hipertensión                  | 71  | 47.3 |
| Migraña                       | 2   | 1.3  |
| Artritis                      | 2   | 1.3  |
| Cáncer                        | 4   | 2.7  |
| Tiroides                      | 4   | 2.7  |
| Neumonía                      | 3   | 2.0  |
| Angina de Pecho               | 1   | .7   |
| Asma                          | 1   | .7   |

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

De acuerdo con los resultados de AS se encontró que el 56% tienen riesgo de AS con un 56% y 66% depresión mínima (ver tabla 2).

**Tabla 2. Aislamiento social y síntomas depresivos en las personas mayores**

|                           | f  | %  |
|---------------------------|----|----|
| Aislamiento Social        |    |    |
| Riesgo de Aislamiento     | 84 | 56 |
| Sin riesgo de Aislamiento | 66 | 44 |

|                     | f  | %  |
|---------------------|----|----|
| Síntomas Depresivos |    |    |
| Mínima depresión    | 99 | 66 |
| Depresión leve      | 21 | 14 |
| Depresión moderada  | 12 | 8  |
| Depresión grave     | 18 | 12 |

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

Respecto a la relación entre el AS y los síntomas depresivos, se encontró una relación negativa y estadísticamente significativa ( $r_s = -.455$ ,  $p < .001$ ), esto indica que a menor puntuación del LSNS-6 (mayor aislamiento) mayor puntuación para la Escala BDI-II (mayores síntomas depresivos) (ver tabla 3).

**Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman del aislamiento social y los síntomas depresivos**

|                     | Sumatoria BDI-2          |
|---------------------|--------------------------|
| Sumatoria de LSNS-6 | $r_s = -.455$ $p = .000$ |

Nota.  $r_s$  = Coeficiente de correlación de Spearman,  $p$  = Significancia.

## Discusión

De acuerdo con las características sociodemográficas se encontró que más de la mitad de los participantes son mujeres, con un promedio de 69 años, 9 años de escolaridad y en promedio tienen 16 años con la enfermedad crónica. La mayoría de las PM viven acompañadas y no trabajan actualmente. Estos resultados son similares a lo reportado en otros estudios (Flores-Villavicencio et al., 2019; Gené-Badia et al., 2019; Taylor et al., 2018).

Respecto al AS se encontró que, más de la mitad de las PM están en riesgo de AS. Estos resultados fueron mayores a lo reportado en otros estudios (Taylor et al., 2018; Gené-Badia et al., 2019), quienes reportan que un tercio de las PM tienen AS. Aunque se encontró que la mayoría de las PM tienen riesgo de AS, es difícil comparar los resultados con otros estudios, ya que se emplearon diferentes instrumentos de medición (NIA, 2021). A pesar de esto, los resultados confirman que en la muestra estudiada el AS es una problemática en las PM, por lo que se deben buscar estrategias para fomentar e incrementar las interacciones sociales en este grupo poblacional.

Por otra parte, los resultados para síntomas depresivos indicaron que dos tercios de las PM tenían depresión mínima. Este dato es similar a lo repor-

tado en la literatura a nivel nacional (Molés et al., 2019; Rodríguez-Vargas et al., 2022)

Flores-Villavicencio et al., 2019). Esto puede deberse a que las PM tienen características similares de edad, actividad laboral y condiciones de salud.

De acuerdo con la relación entre el AS y los síntomas depresivos en PM con enfermedades crónicas, se encontró una relación negativa entre el AS y los síntomas depresivos. Este hallazgo, coincide con el estudio de Cho et al. (2018). Sin embargo, difiere con el estudio de Muller et al. (2021), quienes encontraron que el AS no se relaciona con los síntomas depresivos. Esto puede deberse a que, se utilizaron diferentes instrumentos para medir el AS, considerando como AS vivir solos y no tener contacto con otras personas durante la última semana.

## Conclusiones

Se encontró una prevalencia de AS mayor a lo reportado en la literatura, además los resultados evidenciaron una relación entre el AS y síntomas depresivos, lo que indica que a mayor AS mayores síntomas depresivos. Estos hallazgos destacan la importancia de mantener las relaciones sociales para una buena salud mental, así como buscar estrategias para mejorar e incrementar el contacto social y lograr un envejecimiento saludable.

## Referencias

- AJAYI, D.T., Fabiyi, G.A., & Bello, S. (2019). Prevalencia del aislamiento social y propiedades psicométricas de la escala de la red social de Lubben entre pacientes diabéticos mayores en Abeokuta, Nigeria. *Journal of Biometrics & Biostatistics*, 10(1). Doi: 10.4172/2155-6180.1000422
- ANDRADE Palos, P., Sánchez Hernández, M. E., Betancourt Ocampo, D., & González-González, A. (2022). Apoyo social, soledad, vulnerabilidad y satisfacción con la vida en personas mayores de México. *Avances en psicología latinoamericana*, 40(2). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11187>
- ARRUEBARRENA, A. & Sánchez, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas adultas mayores. *Studia Zamoriensia*, 19, 15-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718190>
- CHO, J. H.J., Olmstead, R., Choi, H., Carrillo, C., Seeman, T. E., & Irwin, M.R. (2018). Asociaciones de aislamiento social objetivo versus subjeti-

- vo con alteraciones del sueño, depresión y fatiga en adultos mayores que viven en la comunidad. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1130-1138. Doi: 10.1080/13607863.2018.1481928
- DIARIO Oficial de la Federación (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México. Secretaría de Salud, Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- FLORES-VILLAVICENCIO, M. E., Romero-Valadez, C. R., Espinel-Bermúdez, M. C., Vega-López, M. G., Valle-Barbosa, M. A., & Robles Bañuelos, J. R. (2019). Síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida. *Anales en Gerontología*, 11(11), 40-63. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/39950>
- GENÉ-BADIA, J., Comice, P., Belchin, A., Erdozain, M., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2019). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- GONZÁLEZ, D. A., Reséndiz Rodríguez, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.033>
- GRANERO, M., Perman, G., Vazquez Peña, F., Barbaro, C. A., Zozaya, M. E., Martínez Infantino, V. S., Abdul, D., Giardini, G. S., Ramos, R. E., & Terrasa, S. A. (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 77(4), 296-300. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.28775>
- HERNÁNDEZ, S., & Mendoza, R. (2020). Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-HILL Interamericana.
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021). La depresión en la vejez y la importancia de su prevención. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>
- INSTITUTO Nacional Sobre el Envejecimiento (2021). Soledad y aislamiento social: consejos para mantenerse conectado. National Institutes of Health (NIH). <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado#:~:text=El%20aislamiento%20social%20es%20la,mientras%20est%C3%A1%20con%20otras%20personas>
- MIRANDA, S. (2019). Aislamiento social en adultos mayores mexicanos de población abierta [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

- ma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3543282>
- MOLÉS, M.P., Esteve, A., Lucas, M.V., & Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- MORENO-TAMAYO, K., Sánchez-García, S., & Doubova, S. V. (2017). Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud Pública de México*, 59(2), 119-120. <https://doi.org/10.21149/8078>
- MÜLLER, F., Röhr, S., Reininghaus, U., Riedel-Heller, S.G. (2021). Aislamiento social y soledad durante el encierro por COVID-19: asociaciones con síntomas depresivos en la población anciana alemana. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- RODRÍGUEZ-VARGAS, M., Pérez-Sánchez, L., Marrero-Pérez, Y., Rodríguez-Ricardo, A., Pérez-Solís, D., & Peña-Castillo, Y. (2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100024&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100024&script=sci_arttext&tlng=pt)
- ROSAS-SANTIAGO, F. J., Rodríguez-Perez, V., Hernández-Aguilera, R. D., & Lagunes-Córdoba, R. (2021). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 436-449. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.2.616.723>
- SECRETARÍA de Bienestar e Igualdad Social (s.f.). Quienes son las personas mayores. Gobierno de la Ciudad de México. <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
- SMITH, M. L., Steinman, L. E., & Casey, E. A. (2020). Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID-19 Social Connectivity Paradox. *Frontiers in public health*, 8, 403. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00403>
- TAYLOR, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., & Chatters, L. (2018). Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 30(2), 229-246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>



# Capítulo 7

## Influencia del comer emocional sobre la calidad de la alimentación en adultos mayores

---

LIZETH ALEJANDRA ORDOÑEZ ROSALES  
ISAÍ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ  
ANA LAURA CARRILLO CERVANTES  
PEDRO ENRIQUE TRUJILLO HERNÁNDEZ  
DAFNE ASTRID GÓMEZ MELASIO

### Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que representa un reto significativo, con un aumento sin precedentes en la proporción de adultos mayores en diversos países. Este proceso de envejecimiento, que resulta de la acumulación de daños moleculares y celulares con el tiempo, conlleva a un deterioro gradual de las capacidades físicas y mentales, lo que incrementa el riesgo de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Según el Banco Mundial, en 2022 había aproximadamente 780 millones de adultos mayores en el mundo (Banco Mundial, 2022), y en México, se estimó que había casi 18 millones de personas de 60 años o más (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2020). En este contexto, la prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, es alta entre los adultos mayores, lo que afecta su bienestar y está vinculado a factores económicos y la limitación en el acceso a servicios de salud (Salinas-Rodríguez et al., 2020).

La nutrición juega un papel crucial en el mantenimiento de una buena salud en todas las etapas de la vida, ya que fortalece el sistema inmunológico y ayuda a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (OMS, 2023). No obstante, la malnutrición, que afecta tanto a las personas con sobrepeso como a aquellas con bajo peso, constituye una amenaza importante para la salud de los adultos mayores.

La nutrición es un factor importante a lo largo de toda la vida del ser humano, pero es más relevante en adultos mayores, ya que son considerados uno de los grupos más vulnerables que pueden presentar problemas nutricionales. Por esta razón, un estado nutricional adecuado, así como una

ingesta suficiente de nutrientes, es clave para mantener una adecuada calidad de vida y, como tal, es un requisito previo para el bienestar en edades avanzadas (Velasco y Velázquez, 2023).

En México, un alto porcentaje de esta población enfrenta problemas relacionados con la nutrición, con un 74.5% de los adultos mayores teniendo algún grado de sobrepeso u obesidad, mientras que el 16.7% sufre de desnutrición (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018). Estos datos subrayan la importancia de abordar la salud nutricional de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.

No obstante, la calidad de alimentación a de los adultos mayores es influenciada por diversos factores, como aspectos físicos, fisiológicos, psicosociales y ambientales. El “comer emocional”, en particular, juega un papel importante en la elección y cantidad de los alimentos ingeridos, lo que puede afectar el peso corporal y la salud nutricional.

Las emociones, como el estrés o la ansiedad, pueden modificar los hábitos alimentarios, de manera que el estado emocional influye tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos consumidos (Pérez, 2020). Además, los alimentos en la vida de los adultos mayores están frecuentemente ligados a recuerdos y expresiones emocionales, lo que puede influir en sus decisiones alimenticias (Troncoso et al., 2019).

Una calidad alimentaria adecuada, que implique una selección equilibrada de alimentos y la correcta preparación de estos, es fundamental para que los adultos mayores mantengan un buen estado nutricional y una ingesta suficiente de energía y nutrientes. Sin embargo, factores como enfermedades crónicas, restricciones económicas o hábitos alimentarios rígidos pueden alterar esta conducta, lo que afecta negativamente su estado nutricional y, en consecuencia, su salud (Troncoso, 2017; Osorio et al., 2022).

## Objetivo General

- Determinar la influencia del comer emocional sobre la calidad de alimentación en el adulto mayor.

## Objetivos Específicos

- Describir el comer emocional y la calidad de la alimentación en Adultos Mayores de Saltillo, Coahuila.

- Identificar la correlación del comer emocional con la calidad de alimentación en adultos mayores de Saltillo, Coahuila.

## Metodología

Correlacional predictivo, ya que el objetivo de esta investigación es determinar si el comer emocional tiene influencia causal sobre la calidad de alimentación de Adultos Mayores (Grove & Gray, 2016).

El estudio se llevó a cabo con adultos mayores de Saltillo en el estado de Coahuila, México. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia, eligiendo participantes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, entre los cuales se encuentran, ser adulto mayor de 60 años o más, sin presencia de deterioro cognitivo moderado o grave.

### *Cédula de Datos Personales*

La edad, sexo, profesión, si padecen alguna enfermedad, si toman algún medicamento, personas con quien vive el participante, se registraron en una Cédula de Datos Personales (CDP).

### *Comer Emocional*

La variable de comer emocional se midió con el Emotional Eating Questionnaire (EEQ) de Garaulet (2012), compuesto por 10 ítems que evalúan tres factores: desinhibición (descontrol en la ingesta), tipo de alimentos consumidos en ciertas situaciones y culpa (sentimientos de culpabilidad relacionados con la comida). Los ítems se responden en una escala de Likert de 0 a 3, donde puntuaciones más bajas reflejan comportamientos más saludables. La puntuación total categoriza a los individuos en cuatro grupos, desde no emocionales hasta muy emocionales. La escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93, con consistencia interna de 0.77 para desinhibición, 0.65 para tipo de alimentos y 0.61 para culpa.

### *Calidad de Alimentación*

Se utilizó la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM) (Durán Agüero et al., 2017) para medir la conducta alimentaria. Esta herramienta consta de 23 ítems distribuidos en dos subescalas: hábitos

alimenticios saludables (15 ítems) y hábitos alimenticios no saludables (8 ítems). La primera subescala utiliza una escala Likert de 1 a 5, con una puntuación total entre 13 y 65, donde mayor puntuación indica mejores hábitos. La segunda subescala también utiliza una escala Likert (1 a 5 para 7 ítems y 1 a 3 para el último), con puntuación total entre 8 y 38, donde mayor puntuación también refleja mejores hábitos en la calidad de la alimentación. Las preguntas 14 y 15 no se consideran en la puntuación. La escala tiene un Alpha de Cronbach de 0.85, indicando buena fiabilidad.

### *Consideraciones Éticas*

Este estudio se basará en las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud relacionadas con la investigación en salud (SSA, 1987), particularmente en los artículos mencionados a continuación. Además, seguirá las pautas establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los lineamientos para la realización de proyectos de investigación en seres humanos.

### *Plan de Análisis de Datos*

El procesamiento de los datos cuantitativos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS para Windows, versión 25. Para el primer objetivo, se aplicó estadística descriptiva: las variables categóricas y ordinales se presentarán con frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas se analizaron mediante media, desviación estándar, valor máximo y mínimo.

Para el objetivo dos antes de realizar el análisis de correlación, se evaluó la normalidad de las variables continuas usando la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se utilizó pruebas no paramétricas para las variables con distribuciones no normales, posteriormente se aplicó la prueba de correlación de Spearman.

En cuanto al objetivo general, se aplicó análisis de regresión lineal múltiple para determinar el porcentaje de varianza explicada y los factores predictores de las variables dependientes.

## **Resultados**

La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores, oscilando la edad entre 60 y 89 ( $\bar{x}=68.13$ ,  $DE=6.77$ ), en su mayoría son hombre (54%), con

escolaridad primaria (34) y profesionales (21%), estado civil casado (63) y viudos (20.2%), tienen diabetes 39% e hipertensión arterial 42% y percepción del nivel socioeconómico medio con un 76%

Tabla 1. Descripción de variables del estudio

| Variables                         | Media | Desviación | Max   | Min   |
|-----------------------------------|-------|------------|-------|-------|
| Comer emocional                   | 6.66  | 5.22       | 27    | 0     |
| Calidad de alimentación saludable | 77.66 | 11.58      | 93    | 50    |
| IMC                               | 26.80 | 3.94       | 36.50 | 18.60 |
| Edad                              | 68.13 | 6.77       | 89    | 60    |

Nota: Max= valor máximo, Min= valor mínimo

Al realizar el objetivo número dos, se encontró que a menor comer emocional es mayor la calidad de alimentación ( $r=-.233, p=0.020$ ). Así mismo en la tabla 2 se encontró que el comer emocional influyen de manera negativa sobre calidad de alimentación en un 4.4%.

Discusión

El propósito de este estudio fue determinar la influencia del comer emocional sobre la conducta de alimentación en el adulto mayor. Este estudio subraya la importancia del comer emocional como un factor clave en la configuración de las conductas alimentarias.

En relación con la variable de comer emocional tiene una  $\bar{x}=6.66$ , estos resultados fueron menores al puntaje de alimentación emocional reportado por Sabellla et al (2022) donde se obtuvo un promedio de  $9.36 \pm 4.77$ . Lo anterior se ve reflejado que la emoción afecta desde la motivación del comer, qué se come, en qué cantidades, hasta la velocidad con que se ingieren los alimentos y sus horarios en los adultos mayores (Hernández et al, 2024).

Tabla 2. Modelo de influencia del comer emocional sobre la calidad de alimentación

| Modelo<br>R2=.409<br>B | Coeficientes no estandarizados |      | Coeficientes estandarizados | t      | p    |
|------------------------|--------------------------------|------|-----------------------------|--------|------|
|                        | Error estándar                 | Beta |                             |        |      |
| (Constante)            | 78.74                          | 1.85 |                             | 42.351 | .000 |
| Comer emocional        | -.464                          | .220 | -.209                       | -2.106 | .000 |

Nota:p=Nivel de significancia, B= Beta, ES= Error típico, t=t-student

Por otra parte, la calidad de la alimentación en este estudio fue  $X=77.66$  ( $DE=11.58$ ), siendo mayor a lo reportado en Chile por Candia et al (2019) con una  $X=73$  ( $DE=9.5$ ). Esto podría reflejar diferencias en hábitos alimentarios, contexto cultural o acceso a alimentos saludables entre ambas poblaciones, subrayando la importancia del entorno

Con base a los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que influencia negativa del comer emocional sobre la conducta alimentaria fueron similares al estudio realizado reportado por Ljubičić et al (2023) donde mostraron que las emociones pueden provocar una conducta alimentaria emocional, que puede contribuir al riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y otras consecuencias adversas para la salud.

Lo anterior puede ser explicado, debido a que el comer emocional surge como respuesta a emociones negativas, reemplazando la autorregulación emocional por la ingesta de alimentos. Esto puede alterar la calidad de la alimentación promoviendo elecciones poco saludables, exceso de calorías y patrones desordenados, es así como la satisfacción inmediata refuerza el hábito, perpetuando el ciclo y aumentando el riesgo de problemas físicos y psicológicos (Palomino, 2020).

## Conclusión

En este estudio se encontró una relación significativa entre el comer emocional y la calidad de alimentación saludable en adultos mayores, se observan conductas alimentarias más saludables, explicando un 4.4% de la influencia negativa por el comer emocional. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar el comer emocional como un factor clave en intervenciones que promuevan hábitos alimenticios saludables en esta población, considerando además las condiciones sociodemográficas y de salud presentes.

## Referencias

- BANCO Mundial. (2022). Population ages 65 and above <https://www.census.gov/library/stories/2023/05/2020-census-united-states-older-population-grew.html>
- BANCO Mundial. Población de 65 años de edad y más (% del total). <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>

- CANDÍA, S., Candia, P., Mena, R. P., & Agüero, S. D. (2019). Calidad de la alimentación de adultos mayores de Santiago de Chile. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 54(3), 147-150.
- DURÁN Agüero, S., Pérez Castro, M., & González García, E. (2017). Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- ENCUESTA Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Resultados nacionales 2018 (Vol. 1). Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/474191/ensanut\\_2018\\_resultados\\_nacionales.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/474191/ensanut_2018_resultados_nacionales.pdf)
- ESPINOSA, J. S. V., & Calderón, C. A. V. (2023). Riesgo nutricional y hábitos alimentarios en adultos mayores del centro de atención integral para grupos prioritarios, Ibarra 2023. *Horizontes de Enfermería*, (13), 91-104.
- GARAULET, M. (2012). Emotional Eating Questionnaire (EEQ). Departamento de Psicología, Universidad de Valencia.
- GROVE, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería (Elsevier (ed.); 7th ed.).
- HERNÁNDEZ, Y. V. N., Cortés, J. M. G., Ramírez, A. T. R., Ricardi, C. A. D. L., Ramírez, E. A., & RAMÍREZ, E. A. C. (2024). Diferencias en alimentación emocional en adultos con ansiedad y depresión durante el confinamiento por Covid-19. *Know and Share Psychology*, 5(2), 19-28.
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). Estadísticas a propósito del día mundial de la población 2020. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/temas/poblacion/>
- LJUBIČIĆ, M., Matek Sarić, M., Klarin, I., Rumbak, I., Colić Barić, I., Ranić, J., ... & Guiné, R. P. (2023). Emotions and food consumption: emotional eating behavior in a european population. *Foods*, 12(4), 872.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2023). Nutrición: Promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- OSORIO, M., Hernández, M., & Jiménez, D. (2022). Conductas alimentarias y su relación con la salud en adultos mayores: Un análisis crítico. *Revista de Nutrición y Salud*, 24(3), 45-58. <https://doi.org/10.1234/rns.2022.003>

- PALOMINO-PÉREZ, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291.
- PÉREZ, L. (2020). El impacto de las emociones en la conducta alimentaria de los adultos mayores. Editorial Salud Integral.
- SABELLA, A., Mangia, G. I., Fernández, P., & Petean, M. E. (2022). Influencia de las emociones en la conducta alimentaria en trabajadores de la Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina. *Actual. nutr*, 179-187.
- SALINAS-RODRÍGUEZ, A., Martínez, J., & Rodríguez, M. (2020). Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores: Un enfoque epidemiológico. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 62(5), 459-469. <https://doi.org/10.22201/cns.2020.006>
- TRONCOSO, M. (2017). Factores que influyen en los hábitos alimentarios de los adultos mayores en zonas urbanas. Universidad Autónoma de Chile. <https://doi.org/10.2345/troncoso.2017>
- TRONCOSO, M., Rojas, A., & González, L. (2019). El comer emocional en los adultos mayores: Un estudio de caso. *Revista Latinoamericana de Psicología y Salud*, 18(2), 99-110. <https://doi.org/10.5678/rlps.2019.002>

# Capítulo 8

## Estilo de vida y climaterio en mujeres adultas y adultas mayores de parroquias hidalguenses

---

NELIDA CAYLLAHUA ITUSACA

ARIANA MAYA SÁNCHEZ

BENJAMÍN LÓPEZ NOLASCO

KARINA ISABEL CASCO GALLARDO

### Introducción

La población mexicana ha experimentado un incremento en los últimos años, alcanzando un total de 126 millones de habitantes, lo que refleja un crecimiento poblacional significativo en el país (INEGI, 2020). En esta realidad, la población femenina es mayoritaria, en el 2020 el 51.2 % del total de habitantes fueron mujeres, dentro de ello el 20.8 % están en la edad de 45 a 64 años. Edad promedio de la etapa del climaterio.

El incremento de la población adulta mayor es una tendencia global. Se proyecta que para el año 2050 este grupo aumente en un 22%, una cifra significativa en comparación con el 12% actual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). En respuesta a este fenómeno, el órgano principal de las Naciones Unidas designó la década del 2021-2030 como la del Envejecimiento Saludable (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En México, datos del INEGI (2020) indican que, en 2020, las personas mayores de 60 años constituían más del 10% de la población total.

Es relevante destacar que, en esta investigación, se toman en cuenta dos grupos de mujeres que representan diferentes etapas de vida, adultas de 40 a 59 y adultas mayores de 60 a 65 años, considerando que la OMS (2024) clasifica como adulto mayor a quienes tienen más de 60 años.

El estilo de vida es la forma de vida de cada persona, esta es determinada por diferentes factores como los socioculturales, personales, entre otros; los investigadores Ortigoza y Canova (2023) toman esta definición de la Organización Mundial de Salud (OMS) para señalar que este juega un papel crucial en la prevención de enfermedades crónicas, particularmente de las no transmisibles, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. En otras

palabras, vivir de manera saludable nos hace menos propensos a desarrollar este tipo de enfermedades.

Por ello, es fundamental promover estilos de saludables desde edades tempranas, esto permitirá desarrollar hábitos saludables que mejoren la calidad de vida en edades avanzadas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023); sin embargo, la misma organización señala que gran parte de la población adulta tiene conocimiento de las ventajas de llevar hábitos de vida saludables, pero no los toma en cuenta; lo que hace aún mayor el desafío de la salud pública.

El Climaterio es una etapa de transición muy importante y trascendental en la vida de cada mujer. Es el momento en que el cuerpo comienza a dejar atrás la etapa reproductiva y se prepara para una nueva fase, la no reproductiva. Este proceso comienza unos años antes de la antes de la menopausia y puede durar hasta 15 años; siendo la edad promedio de 45 a 65 años, en este periodo el cuerpo de la mujer experimenta cambios hormonales y físicos significativos (ISEM, 2023). La sintomatología del climaterio se refiere a las experiencias perimenopáusicas y posmenopáusicas que las mujeres experimentan como “síntomas”, dado que estas pueden provocar un nivel de malestar que llegue a afectar su calidad de vida (OMS, 2022).

En esta etapa de vida, ellas son el centro de la dinámica familiar, asumen diferentes responsabilidades propias del hogar, además del cuidado de los padres y en muchos casos, de los nietos; se suma a ello, las dificultades laborales, conyugales y/o familiares que muchas afrontan. Esta realidad, llena de responsabilidades que asumir, aumenta la intensidad de los síntomas climatéricos (Guerrero; Chacón; Pizarro, 2023).

La presente investigación está sustentada bajo el Modelo estilo de vida promotor de salud, propuesto por la Teórica Nola J. Pender. Este modelo se basa en los patrones conductuales y hábitos que las personas realizan continuamente para preservar su salud; se centra en cómo las personas pueden adoptar y mantener comportamientos saludables, teniendo en cuenta factores personales, interpersonales y situacionales (Hidalgo, 2022). Esta propuesta ayuda a identificar comportamientos que tienen las personas frente a su salud para luego orientarlo a un estilo que potencia el autocuidado.

Considerando los puntos mencionados anteriormente, esta propuesta de investigación es especialmente relevante, ya que, los estilos de vida de la población en estudio, habitualmente se vislumbran no saludables; realidad que nos lleva a pensar que pudiese tener repercusiones importantes en la sintomatología del climaterio, afectando así la vida de la mujer en esta etapa.

## Metodología

El presente estudio sigue un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional (Hernández, 2022). Se realizó en dos parroquias del estado de Hidalgo, México, entre diciembre del 2023 a septiembre del 2024. La población objetivo estuvo compuesta por 9 423 mujeres católicas entre 40 a 65 años. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística por conveniencia, por la facilidad de acceso y la disponibilidad de las participantes. Utilizando una fórmula para estimar proporciones en poblaciones finitas, se determinó un tamaño muestral de 238 mujeres. Para fines del estudio la muestra se trabajó en dos grupos: 191 mujeres adultas de 40 a 59 años (80 %) y 47 mujeres adultas mayores (20%). Se incluyeron a mujeres de 40 a 65 años que accedieron a participar voluntariamente. Se excluyeron a mujeres con menopausia temprana, a las que tenían menos de 40 años y más de 65 años; y a aquellas quienes contestaron menos del 95% de los cuestionarios.

Para evaluar el estilo de vida, se aplicó la escala PEPS-I de Nola J. Pender. Este cuestionario está constituido por 48 ítems que se dividen en seis dimensiones clave: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, apoyo interpersonal y autoactualización. La puntuación obtenida en la escala se interpreta de la siguiente manera: El estilo de vida es saludable cuando la puntuación oscila entre 121 y 192 puntos, mientras que, no saludable se considera cuando la puntuación está entre 48 y 120 puntos. En la aplicación del instrumento se obtuvo una fiabilidad con Alpha de Cronbach de 0.863 (Martínez *et al.*, 2022).

Para evaluar la sintomatología del climaterio, se utilizó la escala de Blatt Kupperman (IMK). Esta escala mide la intensidad de 11 síntomas comunes durante esta etapa, como sofocos/ sudoraciones, parestesias, insomnio, irritabilidad/ nerviosismo, depresión, cefalea, vértigos/mareos, artalgias/ mialgias, palpitaciones, hormigueos/ disestesias y fatiga. Cada síntoma se evalúa según su intensidad y frecuencia, asignándole puntuaciones del 0 al 3. La puntuación total se clasifica en tres categorías: leve (0-19 puntos), moderada (20-35 puntos) e intensa (más de 35 puntos). En la aplicación del instrumento se obtuvo una fiabilidad de 0.820 (Martínez *et al.*, 2022).

En el marco de esta investigación, se tomaron en cuenta las consideraciones éticas y legales establecidas para garantizar la integridad y el respeto por las participantes. Se consideraron las siguientes normativas y regulaciones: La Declaración de Helsinki (Secretaría de Salud, 2013), La Ley General de Salud en México (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2023), El Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud

(DOF, 2014), La Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (DOF, 2013) y La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2018 (DOF, 2019). Estas normativas proporcionan un marco ético y legal que asegura la protección de los derechos y la dignidad de las participantes en el estudio.

Previo al estudio, se sometió a revisión y aprobación del Comité de Ética de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Además, se solicitó la autorización a las parroquias donde se realizaron las encuestas. Para analizar los datos recopilados, se recurrió al software estadístico SPSS v25 en el que se aplicaron técnicas de estadística descriptiva para resumir y describir datos. Para realizar el análisis estadístico inferencial, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov donde se encontró que la distribución no es normal, por lo que se optó por utilizar la prueba de correlación de Rho Spearman.

## Resultados

Los resultados de este estudio se presentan de manera estructurada. Inicialmente, se describen las características sociodemográficas de las participantes. Posteriormente, se hace un análisis de los resultados relacionados con estilo de vida y sintomatología del climaterio. Finalmente, se presenta la tabla de correlación entre estas dos variables. Para realizar un análisis más detallado, la población se dividió en grupos de edad con intervalos de 5 años. Esto permitió identificar patrones y tendencias específicas en cada grupo etario. Cabe precisar que al subdividir la muestra se encontró: 40 a 44 años: 47 mujeres, 45 a 49 años: 61 mujeres, 50 a 54 años: 44 mujeres, 55 a 59 años: 39 mujeres y 60 a 65 años: 47 mujeres.

En la Tabla 1 observamos que la mayor parte de la población es casada, la gran mayoría son ama de casa, el mayor porcentaje de nuestra población presenta obesidad, la mayoría de nuestras participantes tienen una formación académica entre primaria y secundaria, y tienen de 1 a 3 hijos en promedio.

**Tabla 1. Variable sociodemográfica**

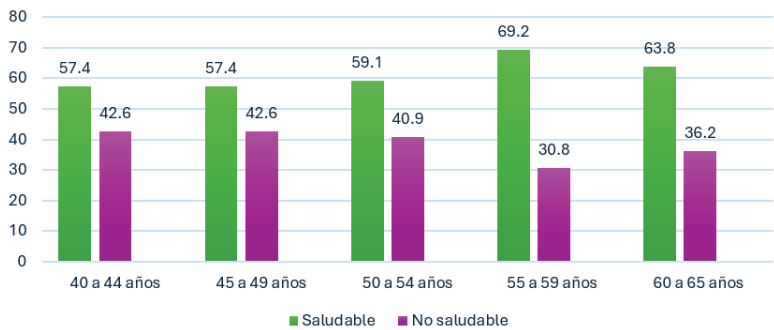
| Variables    |                       | f   | %    |
|--------------|-----------------------|-----|------|
| Estado civil | Casada                | 139 | 58.4 |
| Ocupación    | Ama de casa           | 142 | 59.7 |
| IMC          | Obesidad              | 106 | 44.5 |
| Escolaridad  | Primaria y secundaria | 147 | 61.8 |

| Variables     |          | f   | %    |
|---------------|----------|-----|------|
| Nro. De hijos | De 1 a 3 | 173 | 72.7 |

Nota: n=238. Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 1 podemos observar que la población adulta y adulta mayor presentan, en los diferentes grupos de edad, un porcentaje superior al 50 %, lo que revela que la gran mayoría siguen un estilo de vida saludable. Los resultados muestran también que, las mujeres adultas de 55 a 59 años llevan hábitos de vida más saludables con un 69. 2 %, seguida de las mujeres adultas mayores de 60 a 65 años con un porcentaje de 63.8%. Es interesante visualizar que las mujeres de menor edad muestran un porcentaje menor al 60%. Lo que hace deducir que a mayor edad hay mayor atención y cuidado para llevar hábitos de vida más saludables.

Gráfico 1. Estilo de vida

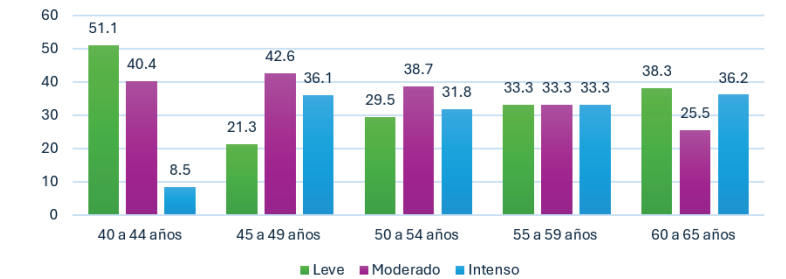


Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 2 observamos los resultados de la variable sintomatología del climaterio que son muy interesantes, ya que, las mujeres adultas de 40 a 44 años y las adultas mayores de 60 a 65 años presentan sintomatología leve, a diferencia de las tienen 45 a 54 años que presentan sintomatología moderada y las de 55 a 59 que presentan un porcentaje similar en los diferentes tipos de intensidad sintomatológica.

En la Tabla 2 observamos que, en los primeros cuatro rangos de edad de las participantes, es decir de las mujeres de 40 a 59 años el p-valor es > a 0.05 lo que determina que no hay correlación entre las dos variables. Sin embargo, en las mujeres de 60 a 65 años, adultas mayores, se observa que hay correlación negativa moderada ( $r=-.366$ ,  $p<0.5$ ) entre las dos variables en este grupo de mujeres, esto quiere decir que, a mayor estilo de vida saludable, menor intensidad de la sintomatología del climaterio.

Gráfico 2. Sintomatología del climaterio



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Tabla de pruebas estadísticas:  
Correlación de variables Spearman

| Estilo de vida y sintomatología del climaterio |                             |        |
|------------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| 40 a 44 años                                   | Coefficiente de correlación | -.177  |
|                                                | Sig. (bilateral)            | .233   |
| 45 a 49 años                                   | Coefficiente de correlación | -.191  |
|                                                | Sig. (bilateral)            | .140   |
| 50 a 54 años                                   | Coefficiente de correlación | -.187  |
|                                                | Sig. (bilateral)            | .225   |
| 55 a 59 años                                   | Coefficiente de correlación | -.167  |
|                                                | Sig. (bilateral)            | .309   |
| 60 a 65 años                                   | Coefficiente de correlación | -.366* |
|                                                | Sig. (bilateral)            | .011   |

Nota: n=238. Fuente: Elaboración propia

Discusión

En el presente trabajo de investigación, se encontró que el 63.8% de las mujeres adultas y adultas mayores llevan un estilo de vida con hábitos saludables, en tanto que el 36.2% no lo tienen. Este resultado es similar al encontrado por Cornejo *et al.* (2023), quienes reportaron que más del 80% de adultos mayores tienen un estilo de vida saludable.

Por otro lado, nuestros resultados difieren de los encontrados por Giraldo (2020), quien reportó que la gran parte de mujeres adultas en su estudio no tenían un estilo de vida saludable. En contraste, nuestra investigación sugiere que la totalidad de las participantes en el estudio muestran tener hábitos de vida saludables.

Beltrán *et al.* (2021) encontraron que una vida con hábitos poco saludables es un factor de riesgo para síntomas climatéricos severos en mujeres del sur de Sonora. Sin embargo, nuestros resultados difieren, ya que no se encontró una correlación significativa entre el estilo de vida y los síntomas del climaterio en mujeres adultas. Además, la sintomatología más frecuente en nuestra investigación fue de intensidad moderada y leve, a diferencia de la severa encontrada por Beltrán *et al.* (2021).

En cuanto a la correlación entre el estilo de vida y el climaterio, Martínez *et al.* (2022) encontraron que sí existe correlación entre ambas variables, cabe señalar que su estudio fue realizado únicamente en adultas; sin embargo, en el presente estudio, los resultados no encontraron correlación entre las variables en este grupo de mujeres. No obstante, sí se encontró una relación en mujeres adultas mayores, donde la sintomatología del climaterio fue leve.

## Conclusiones

La investigación revela que las mujeres adultas y adultas mayores tienen un estilo de vida saludable. Ello evidencia que, en este grupo poblacional parroquial, está la tendencia a cuidar su salud. Sin embargo, es importante enfatizar el desafío de adoptar estilos de vida más saludables que permitan mantener y mejorar estos resultados en la población en general.

La sintomatología asociada al climaterio es leve en la población estudiada, y los resultados muestran, además, cómo los síntomas evolucionan con la edad: leve, moderado – intenso y leve de manera procesual conforme avanzan los años. En ello es importante enfatizar que, a la edad de 60 a 65 años los síntomas están presentes, aunque van disminuyendo en su intensidad. Asimismo, se encontró una correlación moderada entre las variables en las mujeres adultas mayores, lo que sugiere una oportunidad para intervenir en la promoción de un estilo de vida más saludable que les permita mejorar su calidad de vida.

La mayoría de los estudios sobre el climaterio y la menopausia se centran en mujeres de 40 a 59 años, pero no se encontraron estudios actuales sobre el tema en adultos mayores, ni en espacios eclesiales. Esta investigación demuestra que la sintomatología del climaterio no es exclusiva de mujeres adultas, sino también de mujeres adultas mayores.

En ese sentido, el presente estudio contribuye significativamente al campo de la gerontología, ya que revela que las mujeres adultas mayores aún experimentan síntomas relacionados con el climaterio y que estos síntomas

están asociados con su estilo de vida. Así mismo, esta investigación es un aporte para responder a los vacíos existentes en la literatura científica sobre este tema y proporciona nuevos conocimientos para mejorar las estrategias de atención en la salud y prevención de las enfermedades.

## Referencias

- BELTRÁN Salazar, Alma L., et al. (2021). *Factores asociados al síndrome climaterio en mujeres del sur de Sonora. Atención Familiar*; Vol. 28 Núm. 4; 238-244. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4134788>
- CORNEJO Caverro, E. S., Unocc Pacheco, S. N., Yupanqui LLanqui, I. E., Juárez Silva, M. V., Ahuanlla Anco, M., & Alvarez Huari, M. Y. (2023). *Estilos de Vida del Adulto Mayor desde un Enfoque Social, Biológico y Psicológico*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(5), 6753-6769. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i5.8258](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8258)
- DIARIO Oficial de la Federación. (2014) *Reglamento de la ley General en Materia de Investigación para la Salud*. Cámara de diputados. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- DIARIO Oficial de la Federación. (2023) *Ley General de Salud*. Gobierno de México. 29 de mayo de 2023. <https://www.gob.mx/senasica/documentos/ley-general-de-salud-299430?state=published>
- DIARIO Oficial de la Salud (2013). NOM-012-SSA3-2012, *Que establece los criterios de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- DIARIO Oficial de la Salud (2019). NOM-031-SSA3-2018, *Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=0)
- GIRALDO, E. (2020) *Caracterización estilo de vida de la mujer adulta en el caserío de Quechcap \_Huaraz, Perú, 2020*. [Tesis de licenciatura en internet]. Perú: ULADECH católica. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/30541>
- GUERRERO, C., Chacón, V., y Pizarro, M. (2023). *Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal*. Revista Médica Sinergia, 8(1), e933. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i1.933>
- HIDALGO-GUEVARA, E. (2022). *Abordaje de enfermería basado en el modelo de Nola Pender sobre hábitos del sueño*. Ene, 16(2), 1322. Epub 14 de

- noviembre de 2022. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2022000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000200010&lng=es&tlng=es).
- INSTITUTO de Salud del Estado de México (ISEM). México; 2023. *Climaterio y Menopausia*. [https://salud.edomex.gob.mx/isem/climaterio\\_menopausia#:~:text=El%20Climaterio%20es%20el%20per%C3%ADodo,de%2010%20a%2015%20a%C3%B1os](https://salud.edomex.gob.mx/isem/climaterio_menopausia#:~:text=El%20Climaterio%20es%20el%20per%C3%ADodo,de%2010%20a%2015%20a%C3%B1os)
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (2021) *Mujeres y hombres en México 2020*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México : INEGI, c2021. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/889463900009.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463900009.pdf)
- MARTÍNEZ-GARDUÑO, M., Cruz, P., Martínez, E., Ríos-Becerril, J., y Gómez-Torres, D. (2022). *Climaterio relacionado al estilo de vida en mujeres de una población mexiquense*. Enfermería Global, 21(68), 418-438. Epub 28 de noviembre de 2022. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/516611>
- ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas (2023) *Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud*. <https://www.un.org/es/chronicle/article/enfermedades-relacionadascon-el-estilo-de-vida-una-carga-economica-para-los-servicios-de-salud#:~:text=Las%20enfermedades%20relacionadas%20con%20el,como%20resultado%20el%20desarrollo%20de>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2024) *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2024) *Menopausia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (2023) *Envejecimiento saludable*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- ORTIGOZA, A. y Canova, C. (2023) *Estilos de vida de estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina*. Revista Finlay, 13(2), 199-208. Epub 30 de junio de 2023. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342023000200199&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000200199&lng=es&tlng=es)
- SECRETARIA de salud (2013) *Declaración de Helsinki Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética*. CONBIOÉTICA. Gob. 2013. <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>



# Capítulo 9

## Estilos de vida saludables en adultos mayores que asisten al Gimnasio Multidisciplinario Mante

---

XIMENA DE LEÓN PÉREZ

XÓCHITL MARISOL GARCÍA CASAS

MARÍA ANGÉLICA TÉLLEZ GONZÁLEZ

MIRIAM HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

JOEL CHÁVEZ RODRÍGUEZ

### Introducción

A nivel global la población está experimentando un proceso de envejecimiento, entre 2015 y 2050, se espera que la cantidad de adultos mayores de 60 años se duplicará, es decir, la esperanza de vida se incrementará. En México, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN citado por Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, p. 1), para el segundo trimestre de 2022 radicaban 17 958 707 personas adulto mayor, lo que representa el 14% de la población general del país.

Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2023, p13), para el 2030 la población adulta mayor alcanzará los 20.6 millones de personas, lo que equivaldría al 15% del total. Para el año 2070, esta cifra podría aumentar a 48.3 millones, representando el 34.2% de la población nacional.

Conforme a lo mencionado previamente, la esperanza de vida irá en aumento gradualmente generando oportunidades, lo que conlleva a grandes retos para el magisterio de salud, atrayendo diversas enfermedades no transmisibles propias del envejecimiento (Ponce & Lois, 2020, p.979).

El envejecimiento, constituye un cambio natural irreversible que progresivamente va disminuyendo las capacidades físicas y cognitivas, lo que deriva a un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles las cuales se presentan en más del 69% de este grupo etareo debido a estilos de vida dañinos o perjudiciales, con lo que disminuye progresivamente su calidad de vida, lo que genera mayores índices de dependencia y discapacidad (Guallo et al., 2022).

Un estilo de vida saludable son un conjunto de hábitos diarios que realizan los individuos para lograr un nivel de bienestar óptimo, como es la alimentación variada y balanceada, actividad física acorde a su edad, disminuir o eliminar el consumo de sustancias dañinas, entre otros (Toapaxi, Guarate, Cusme, 2020).

El estilo de vida abarca múltiples dimensiones entorno a los determinantes de salud, cultura, religión y sociales. Según lo citado por Tatiana Otiniano Goicochea, son las siguientes (Otiniano, 2019):

**Dimensión nutricional:** es el nivel de salud de acuerdo con la ingesta alimentaria cotidiana de un individuo, entendiéndose esta como el “mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida”.

**Dimensión actividad física:** es la ejecución de ejercicios físicos de cada individuo, así mismo con la evolución de las actividades motoras, donde su propósito principal es el mantenimiento de la salud; y se expresa como “el esfuerzo corporal que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte de este de manera armónica, ordenada y repetida, la cual se realiza regularmente con el propósito de mejorar y conservar las funciones del cuerpo”.

**Dimensión de corresponsabilidad:** esto implica el cuidado que deben tener la persona adulta en el autocuidado de su propia salud, así resaltan los siguientes: elegir y seleccionar intervenciones saludables y certeras, que eviten la generación de riesgos en la persona, tratando de conseguir un cambio conductual y cultural.

**Dimensión apoyo interpersonal:** se basa en la premisa de la interrelación que los individuos demuestran entre las personas, familia y comunidad. Estas relaciones se crean sobre el fortaleciendo de la autoestima y la motivación que cada individuo desarrolla y así mismo permite compartir con otros.

**Dimensión Autorrealización:** se sustenta en el logro y satisfacción de los sentimientos controlando sus pensamiento, emociones y acciones hacia el mismo, que le permiten logran un nivel de superación y autodominio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado por Toapaxi, Guarate, Cusme, 2020), estos estilos de vida saludable son factores protectores contra las principales causas de muerte durante el envejecimiento.

La práctica regular de actividad física contribuye a prevenir la disminución de la densidad mineral ósea, así como la osteoporosis y las fracturas.

Además, promueve la relajación, mantiene el tono y el trofismo muscular, mejora la capacidad respiratoria y optimiza la funcionalidad del sistema circulatorio. También ayuda a disminuir la rigidez articular, lo que incrementa la movilidad y mejora la percepción de la calidad de vida (Guallo et al., 2022). En concordancia con estos beneficios, Mija et al. (2024) reportaron una disminución en los síntomas depresivos lo cual es proporcional al nivel de ejercicio físico, al confrontar las frecuencias entre grupos con síntomas depresivos leves y aquellos con síntomas moderados a severos.

Mantener un estado nutricional adecuado actúa como un factor protector frente a diversas patologías y resulta fundamental para regular las enfermedades crónico-degenerativas (Guallo et al., 2022). En este sentido, Verdu-Rotellar et al. (2024) reportaron que la desnutrición en adultos mayores se asocia con una mayor tasa de mortalidad. Además, un modelo logístico multivariado ajustado evidenció que la desnutrición se relaciona de manera significativa con una baja calidad de vida, así como bajas puntuaciones en las categorías que evalúan la independencia en las actividades básicas de la vida diaria y el autocuidado.

La eliminación del consumo de sustancias dañinas, como el tabaco, el alcohol, el café y el exceso de sal, es fundamental para la educación en salud. Estas sustancias están asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, disfunción en el metabolismo de las grasas, así como con una disminución en la absorción de nutrientes (Guallo et al., 2022).

En relación con lo anterior, Gómez - Sánchez et al. (2021) realizaron un estudio en adultos mayores sin enfermedad vascular, encontraron que ser fumador, tener presión arterial mayor o igual de 130/85 mmHg, glucemia basal alterada, obesidad abdominal, triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl o síndrome metabólico, produce envejecimiento vascular, así mismo, mantenerse activo, tener cifras de colesterol y triglicéridos dentro de los niveles normales favorece la probabilidad de un envejecimiento vascular saludable.

La adopción de hábitos higiénicos adecuados y el seguimiento regular del estado de salud contribuyen significativamente a la prevención de enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas, además de facilitar la detección precoz de diversas patologías (Guallo et al., 2022). En esta misma línea, Reverté-Villarroya et al. (2020) señalan que hasta el 90% de los casos de ictus podrían prevenirse mediante un control eficaz de los factores de riesgo para cardiopatías a través de revisiones médicas regulares, la implementación de un estilo de vida saludable.

Adoptar estilos de vida saludable durante el ciclo vital contribuye significativamente a disminuir la probabilidad de desarrollar patologías no transmisibles o, en su caso, a controlar aquellas ya existentes. Además, favorece la mejora de las capacidades físicas y mentales, ayuda a preservar la función cognitiva, retrasa la aparición de la dependencia y puede revertir la fragilidad en el adulto mayor (Toapaxi et al., 2020).

## Objetivo

- Describir el estilo de vida de los adultos mayores que acuden al gimnasio Multidisciplinario Mante.

## Metodología

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por la totalidad de los integrantes del grupo “edad de oro”, los cuales fueron 25 adultos mayores, así mismo, antes de que iniciaran con su rutina de ejercicio se les explicaron los objetivos y se les entregó el consentimiento informado.

### *Criterios de inclusión*

- Persona adulto mayor que se encuentra inscrita al gimnasio multidisciplinario de la UAT.
- Persona adulto mayor todos los sexos.
- Persona adulto mayor con más de 1 año asistencia al gimnasio multidisciplinario de la UAT.
- Toda persona adulto mayor que conceda su autorización al estudio y firme la carta de consentimiento informado

### *Criterios de exclusión*

- Instrumentos incompletos.
- Adultos mayores que no deseen participar.

Se aplicó una cedula de datos personales para identificar las características de los sujetos de estudio. Además, el cuestionario de estilo de vida de González BI (Herrera et al., 2013) que evalúa 7 áreas: condiciones físicas, hábitos alimentarios, hábitos tóxicos, sexualidad, autocuidado y cuidado médico,

tiempo libre y estado emocional; está compuesto por un total de 38 preguntas dicotómicas.

En todo momento se cuidaron los lineamientos éticos tal y como se establece en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), se informó a los sujetos de estudio todo lo relacionado con la investigación, se cuidó la privacidad y el anonimato y se contó con la firma del consentimiento informado.

### ***Método de análisis***

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 26 (Statistical Package for the Social Sciences), mediante el cual se analizó la información utilizando diversos estadísticos descriptivos, como la media, la frecuencia absoluta y la frecuencia porcentual.

## **Resultados**

Al realizar el análisis estadístico, cuyos resultados se presentan en la Tabla 1, se observó que la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 65, con una edad promedio de 61 años.

**Tabla 1. Edad**

| Edad  | <i>f</i> | %   |
|-------|----------|-----|
| 60    | 10       | 40  |
| 61    | 8        | 32  |
| 63    | 4        | 16  |
| 65    | 3        | 12  |
| Total | 25       | 100 |

Nota: n=25. Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

En la Tabla 2 se observa que el género de mayor predominio fue el femenino, con una representación del 68%.

**Tabla 2. Género**

| Genero    | <i>f</i> | %   |
|-----------|----------|-----|
| Femenino  | 17       | 68  |
| Masculino | 8        | 32  |
| Total     | 25       | 100 |

Nota: n=25. Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

Referente al estado civil, se encontró que la mayoría son casados con el 58.1%, sobre la escolaridad predominó el nivel superior con el 78%, los padecimientos más comunes fueron: hipertensión arterial (36%), la diabetes mellitus (24%) y problemas visuales (7.4%).

En la Tabla 3 se describen los estilos de vida saludable de la población estudiada. Se encontró que el 17.4% presenta un estilo de vida saludable, mientras que el 10% no lo posee. No obstante, un 40.1% se encuentra en situación de riesgo, lo que indica la necesidad de intervenir preventivamente en este grupo.

**Tabla 3. Estilo de vida saludable**

| Estilo de vida | f  | %    |
|----------------|----|------|
| No saludable   | 3  | 10   |
| Con riesgo     | 10 | 40.1 |
| Poco saludable | 8  | 32.5 |
| Saludable      | 4  | 17.4 |
| Total          | 25 | 100  |

Nota: n=25. Fuente: Guía para el estudio del estilo de vida.

De forma específica, las áreas que obtuvieron un estilo de vida poco saludable fueron los hábitos tóxicos, con un 16%, y los hábitos alimentarios, con un 38%. En contraste, las áreas que reflejaron un estilo de vida saludable fueron las condiciones físicas (68%) y el autocuidado (62.2%). Por otro lado, el estado emocional se identificó como un área de riesgo, con un 61% de los participantes en esta categoría.

## Discusión

Los cambios de vida durante el envejecimiento pueden impactar de forma positiva como negativa en la aparición de complicaciones de salud. Mantener hábitos saludables constituye un aspecto fundamental para preservar su bienestar general.

En cuanto a los resultados del presente estudio, en relación con el sexo, se observa una coincidencia con lo reportado por Ponce-Soledispo y Lois-Mendoza (2020), en un estudio realizado en Ecuador, donde predominó el sexo femenino con un 62.1 %.

En relación con el estilo de vida saludable, una investigación realizada en Perú por Vela-Ruiz et al. (2022) evidenció un bajo nivel de hábitos saludables entre los adultos mayores, lo cual concuerda con los hallazgos de esta

investigación. No obstante, se difiere con lo reportado por Ponce-Soledispo y Lois-Mendoza (2020), quienes encontraron el 55.5 % de los adultos mayores evaluados mantenía un estilo de vida saludable.

Por otra parte, la alimentación adecuada representa un pilar esencial en la implementación de estilos de vida saludables. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio contrastan con los obtenidos por Yaulema, Parreño y Ríos (2021), quienes, en una provincia de Ecuador, reportaron que los adultos mayores presentaban una alimentación inadecuada en un 92.4%.

## Conclusiones

Los hallazgos obtenidos en este estudio evidencian la necesidad de promover estilos de vida saludables y tratar de realizar cambio de cultura en adultos mayores que asisten al Gimnasio Multidisciplinario Mante, sinónimo de implementar hábitos alimentarios saludables, realizar actividad física, evitar hábitos tóxicos, mantener una sexualidad responsable, realizar autocuidado y mantener un apego a tratamientos médico, concientizar que cada día hay pérdida de la salud, esto contribuyen de forma fundamental como estrategia para incrementar su calidad de vida.

Asimismo, se identificaron áreas de mejora relacionadas con la educación en hábitos alimenticios y el manejo del estrés, aspectos clave para un estilo de vida saludable integral. Es crucial que se implementen programas más estructurados que incluyan no solo actividad física, sino también talleres de nutrición, apoyo psicológico y actividades recreativas que refuercen su autonomía y participación social.

En conclusión, se requiere promover iniciativas multidisciplinarias para apoyar a la consolidación de estilos de vida saludables orientadas a demandas específicas del adulto mayor, todas ellas contribuirán a un envejecimiento activo y saludable.

## Referencias

- CÁMARA de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014, 2 de abril). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf).
- CONSEJO Nacional de Población, (CONAPO), (2023). Conciliación Demográfica de México, 1950-2019; y Proyecciones de la Población de México

- y de las Entidades Federativas, 2020-2070 [Datos \*CSV diccionario de datos]. Extraídos el 05 de agosto 2023 en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/bases-de-datos-de-la-conciliacion-demografica1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-2020-a-2070>.
- GÓMEZ-SÁNCHEZ M., Gómez-Sánchez L., Patino-Alonso C., Alonso-Do-mínguez R., Sánchez-Aguadero N., Recio-Rodríguez J., González-Sánchez J, García-Ortiz L., Gómez-Marcos M. (2021). Relación del envejecimiento vascular saludable con los estilos de vida y el síndrome metabólico en población general española. Estudio EVA. *Revista Española de Cardiología*, Volume 74. ISSN 0300-8932. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.06.033>.
- GUALLO Paca, Mariana Jesús, Parreño Urquiza, Ángel Floresmilo, & Chávez Hernández, Jaime Patricio. (2022). Estilos de vida saludables en adultos mayores. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(4), . Epub 01 de diciembre de 2022. Recuperado en 08 de junio de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962022000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000400008&lng=es&tlng=es).
- HERRERA, P. M., Martínez, N., & Navarrete C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 326-345.
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (2022). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22. Disponible en [https://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_ADULMAY2022.pdf](https://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf).
- MESA TD, Valdés ABM, Espinosa FY. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 36(4):1-10.
- MIIJA Chavez L., D., López Berrocal L., E., Carpio Coya A., Gutiérrez Villafuerte C. (2024). Correlación entre la actividad física y la sintomatología depresiva en centros integrales del adulto mayor de Lima, Perú. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Volumen 59, ISSN 0211-139X. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101489>.
- OTINIANO Goicochea TE. (2019). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto. *Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*.
- PONCE J., & Lois N. (2020). Prevalencia de hipertensión y estilos de vida saludable en adultos mayores. *Dom. Cien. Vol. 6, núm. 4*.

- REVERTÉ-VILLARROYA S., Suñer-Ictus R., S., Sauras-Colón E., Zaragoza-Brunet J., Fernández-Sáez J., López-Espuela F. (2020). Ictus isquémico y factores de riesgo vascular en el adulto joven y el adulto mayor. Estudio retrospectivo de base comunitaria (2011-2020). *Atención Primaria*, Volumen 55, Número 6 ,junio de 2023. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656723000562>
- TOAPAXI, E., Guarate, Y., & Cusme, N. (2020). Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *Enfermería Investiga*, 5(4), 18–24. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.966.2020>.
- VELA-RUIZ, José M., Medina-Rojas, Katherine, Machón-Cosme, Andrea, Turpo, Delcy, Saenz-Vasquez, Luis A., & Quiñones-Laveriano, Dante M.. (2022). Características coligadas al estilo de vida en pacientes adultos mayores en un Centro de Salud de los Andes en el Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(1), 95-102. Epub 31 de diciembre de 2021.<https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i1.4081>
- VERDU-ROTELLAR, J.-M., Calero, E., Durán, J., Muñoz, M. A., & otros. (2024). *Impacto de la malnutrición en la calidad de vida de los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca avanzada*. *Revista Clínica Española*, 224(2), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2024.01.001>.
- YAULEMA Brito, L. P., Parreño Urquiza, Á. F., & Ríos Guarango, P. A. (2021). *Estilos de vida de los adultos mayores residentes en parroquias rurales del cantón Riobamba*. *Enlace Universitario*, 20(2), 75–87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8286719>



# Capítulo 10

## Funcionalidad física y apoyo social en el adulto mayor

---

JOSÉ LUIS NUNCIO DOMÍNGUEZ

ANETH IRABÚ RUIZ

DIANA BERENICE CORTES MONTELONGO

LUIS CARLOS CORTEZ GONZÁLEZ

### Introducción

El envejecimiento es concebido como un estado continuo que se presenta en múltiples fases e irreversible de múltiples transformaciones biológicas, sociales y psicológicas a lo largo del curso vital. Estos cambios están influenciados por elementos genéticos y por las decisiones acumuladas del individuo, pero además por las condiciones socioeconómicas, medioambientales y políticas del entorno en que tiene lugar el desarrollo humano y que en conjunto permiten predecir un buen funcionamiento físico y mental o por otra parte pérdidas y enfermedades (Gallagher, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2019) la vejez, simboliza una construcción biográfica y social del último periodo de la vida de una persona, abarcando las décadas finales de su existencia, marcadas por la muerte. Este progreso se da en base a las identidades de género, las vivencias vitales, los sucesos críticos y las transiciones que se enfrentan durante el recorrido vital. Está vinculado con el progreso del tiempo y determina las modificaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales de la persona que, de manera ineludible, están emparentadas con la disminución progresiva de las habilidades corporales y funcionales y la reducción de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza. (OMS, 2019).

México ha pasado de tener una población relativamente joven a una población sobriamente adulta; se encuentra presente el fenómeno epidemiológico de transición demográfica, con una considerable disminución de la población menores a los 15 años y un crecimiento aún más acelerado de los adultos mayores. El proceso de envejecimiento implica un brote de transformaciones bioquímicas, fisiológicas, morfológicas, sociales, psicológicas y funcionales que afectan la independencia e independencia funcional

y la calidad de vida de los adultos mayores (Scott, 2006; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

La Encuesta Longitudinal de Protección Social, aplicada en países latinoamericanos entre los que se encuentran México, El Salvador, Costa Rica, Chile, Uruguay y Paraguay entre 2009 y 2015, dejar ver que conforme avanza la edad, aumenta la incidencia de dificultades y la condición de dependencia en el adulto mayor. (Echeverría, et al., 2022, Cafagna, et al., 2019).

La OMS y Organización Panamericana de la Salud (2020) precisan a un adulto mayor “funcionalmente sano” como una persona mayor capaz de enfrentar este proceso de cambios, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El análisis de la funcionalidad en la etapa geriátrica y su contraparte, el abandono funcional, han servido como puntos de referencia para definir diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar disposiciones en el contorno de las políticas de salud pública en diversos países (Yang 2005).

Los adultos mayores enfrentan mayores índices de discapacidad en comparación con otros grupos etarios, estas enfermedades tienden a empeorar con el paso del tiempo. En nuestro país, el porcentaje de personas mayores con discapacidad es del 13.2% y su incidencia aumenta con la edad; Vollset, et al., (2024) proyecta que en México para el 2050 la esperanza de vida se incrementa y alcance 75.5 años en hombres y 81.2 años en mujeres, por ende, la discapacidad aumentará. Una tercera parte de los adultos mayores con discapacidad tiene un limitado acceso a servicios de salud, hecho que incrementa el estado de vulnerabilidad entre la población envejecida por lo que requieren de redes de apoyo social que les ayude a mejorar sus condiciones de vida (Razo, et al., 2024).

Según las cifras de población y vivienda del INEGI (2020), en México residen alrededor de 12.4 % de personas mayores de 60 años, de las que alrededor de 1.7 millones de estas personas viven solas. Muchas de las personas mayores, no están en condiciones de mantenerse activas laboralmente, por lo que generalmente dependen de los ingresos que obtienen por medio de apoyos sociales del Estado o de las redes de apoyo informal en las que se encuentran inmersos.

García Morales, Meza Calleja y Ramos Esquivel (2021) definen apoyo social como “la suma de todas las relaciones que una persona percibe como relevantes o que contribuye a su sentido identitario personal, bienestar, competencia y agencia, incluyendo sus prácticas relacionadas con la salud y adaptación durante una crisis”. Una red de apoyo es esencial para mantener una buena calidad de vida en las personas que envejecen, dichas redes les

permite mantener relaciones de mayor integración en su entorno inmediato. Es necesario diferenciar el impacto emocional de los apoyos proveídos por las redes y el intercambio de apoyos emocionales para determinar la fuerza de la red social.

Villegas et al., (2020) citan que “Las redes de apoyo se refieren al flujo de intercambios entre familiares, amigos, vecinos y miembros de una comunidad”. Cardozo et al. (2017) hacen referencia que las redes sociales habitualmente son el origen de apoyo para las personas mayores y emanan las relaciones interpersonales que las personas sostienen en el transcurso de su vida. Por lo anterior mencionado es importante conocer las relaciones que existe entre la funcionalidad física con el apoyo social de las personas mayores, esto puede ayudar a comprender mejor la dinámica de los adultos mayores.

## Objetivo General

- Determinar la relación entre la funcionalidad física y el apoyo social de las personas mayores de un centro de salud, en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

## Objetivos Específicos.

- Identificar los datos sociodemográficos de las personas mayores
- Describir la funcionalidad física de las personas mayores
- Identificar el apoyo social percibido de las personas mayores
- Conocer si existe relación entre la funcionalidad física y el apoyo social de las personas mayores.

## Metodología

El diseño fue de tipo descriptivo correlacional, ya que solo determinó si la relación entre la funcionalidad física y el apoyo social de las personas mayores (Polit & Hungler, 2018; Grove y Gray, 2019).

La población estuvo integrada personas mayores de un centro de salud de la ciudad de Saltillo, Coahuila. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra total fue de 80 Personas Mayores. Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 60 años, que desearon participar en el estudio. Los criterios de exclusión personas que presentaban alguna

discapacidad para el habla, con deterioro cognitivo grave y las personas que no desearon firmar el consentimiento informado.

Instrumentos de medición: se utilizaron tres instrumentos de medición. En las variables sociodemográficas se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Salud (CDPS) que consta de 15 preguntas, seis interrogantes para las variables sociodemográficas y el resto corresponden al apartado de salud.

Para medir la funcionalidad física se utilizó el índice de Kartz, mide las actividades básicas de la vida diaria cuenta con una confiabilidad de  $\alpha$ -Cronbach=0.97 y consta de 6 preguntas que son baño, vestido, uso de sanitario, transferencia, continencia y alimentación, que se interpreta que a mayor puntaje indica mayor independencia, cualquier puntaje menor a 6 indica dependencia, el cual puede llegar a "0" en un estado de dependencia total. Los puntajes se toman de la siguiente manera: 0 = independencia total, 1 dependencia leve, de 2 a 3 dependencia moderada y de 4 a 6 dependencia severa.

Para la medición de la percepción del apoyo social se utilizó la escala de Duke-UNC (Suarez Cuba, 2011); es un interrogatorio estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 preguntas con una escala de Likert, puntuadas de 1 a 5 (mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). La puntuación oscila entre 11 y 55 puntos (Broadhead et al., 1988; Bellón Saameño et al., 1996). Compuesta por las dimensiones: afectiva, y confidencial. Para evaluar el apoyo social afectivo corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con una puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo afectivo. El apoyo social confidencial corresponde a las preguntas 2, 3, 5, 9, 11, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo social confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. El punto de corte para considerar percepción de apoyo social aceptable es de 32 puntos en adelante, en caso de tener menor a 32 puntos indica un apoyo social percibido bajo (Roure, Reig y Vidal, 2002).

Consideraciones éticas: respecto a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se debe de tomar en cuenta ciertos artículos de la Ley General de Salud en materia de Investigación, que se enfoquen en la investigación en seres humanos, como son los siguientes artículos: Artículo 13, 16, 18, 20 y 22 a fin de asegurar el criterio del respeto a su dignidad y la protección de su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, el derecho de retirarse si así lo desea, de suspender la investigación si la persona así lo desea y tener un consentimiento informado por escrito explicando la forma de su participación en el estudio.

El procedimiento para la recolección de los datos fue el siguiente: El estudio fue revisado y aprobado por el equipo de trabajo de tesis profesional y del centro de salud, posterior se acudió a el centro de salud del Saltillo, Coahuila. Se invitó a las personas mayores a participar en el estudio. Una vez que aceptaron su participación, se le entregó el consentimiento informado por escrito y se aplicó los siguientes instrumentos: cedula de datos personales, el índice de Kartz y la percepción del apoyo social de Duke-UNC.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico para ciencias sociales IBM Statistics SPSS versión 25 y Microsoft Office 365. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para las variables sociodemográficas, se manejó la prueba de la normalidad de Kolmogorov-Sminrov para identificar la normalidad de los datos y se utilizó Spearman para correlacionar las variables de estudio.

## Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el presente estudio. El promedio de edad fue de 73.4 (DE. 8.5) años con un mínimo de 61 y un máximo de 96 años. Respecto a la edad y sexo de los participantes estudiados (ver tabla 1).

En la tabla uno, el sexo de los participantes se distribuye de la siguiente manera: el 57.5% (f. 46) son mujeres, esta distribución sugiere una representación mayoritaria del sexo femenino en la población estudiada. La mayoría son “Casado(a)”, representando el 52.5% (f. 46). Esto sugiere una tendencia hacia la estabilidad en las relaciones maritales dentro de esta población. Por otro lado, un porcentaje significativo corresponde a individuos viudos 32.5% (f. 26), lo que podría indicar un contexto social donde la pérdida de pareja es un factor relevante.

La distribución de la escolaridad muestra una tendencia hacia la educación básica, la mayoría ha completado la primaria con el 20% (f. 25). Sin embargo, se observa una disminución en la proporción de personas que alcanzan niveles superiores de educación, como la secundaria y la educación profesional. Esto sugiere que, aunque hay un avance en la escolaridad, persisten barreras que limitan la continuidad educativa en niveles más altos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de las personas mayores de un centro de salud de la ciudad de Saltillo, Coahuila**

| Variable                | f  | %    | Variable                                       | f  | %     |
|-------------------------|----|------|------------------------------------------------|----|-------|
| Sexo                    |    |      | La casa donde vive es:                         |    |       |
| Femenino                | 46 | 57.5 | Propia                                         | 59 | 73.8  |
| Masculino               | 34 | 42.5 | Rentada                                        | 7  | 8.8   |
| Estado Civil            |    |      | Prestada                                       | 2  | 2.5   |
| Casado(a)               | 42 | 52.5 | de mi hijo(a)                                  | 11 | 13.8  |
| Unión Libre             | 2  | 2.5  | Algún familiar                                 | 1  | 1.3   |
| Divorciado              | 5  | 6.3  | ¿Presenta alguna enfermedad                    |    |       |
| Separado                | 1  | 1.3  | si                                             | 59 | 73.8  |
| Viudo(a)                | 26 | 32.5 | no                                             | 21 | 26.3  |
| Soltero(a)              | 4  | 5.0  | ¿Qué enfermedades padece?                      |    |       |
| Escolaridad             |    |      | Ninguna                                        | 23 | 28.8  |
| Ninguno                 | 6  | 7.5  | Diabetes Mellitus II                           | 12 | 15    |
| Sabe leer y escribir    | 2  | 2.5  | Hipertensión Arterial                          | 20 | 25    |
| Primaria incompleta     | 15 | 18.8 | Diabetes Mellitus II + Hipertensión Arterial   | 16 | 20.0  |
| primaria completa       | 20 | 25.0 | Diabetes e IRC                                 | 1  | 1.3   |
| Secundaria              | 14 | 17.5 | Diabetes, hipotiroidismo                       | 1  | 1.3   |
| Bachillerato/técnico    | 13 | 16.3 | Cardiopatías                                   | 2  | 2.5   |
| Profesional             | 9  | 11.3 | Hipertensión arterial +hipotiroidismo          | 1  | 1.3   |
| Otra                    | 1  | 1.3  | Osteomuscular                                  | 2  | 2.5   |
| Ingreso mensual         |    |      | Osteoporosis                                   | 1  | 1.3   |
| 1-2500 Pesos            | 21 | 26.3 | Próstata                                       | 1  | 1.3   |
| 2501-5000               | 26 | 32.5 | Servicio Médico                                |    |       |
| 5001-7500               | 18 | 22.5 | IMSS                                           | 59 | 73.8  |
| 7501-10000 Pesos        | 12 | 15.0 | ISSSTE                                         | 10 | 12.5  |
| 10000 o más             | 3  | 3.8  | INSABI                                         | 1  | 1.3   |
| Ocupación               |    |      | Privado                                        | 4  | 5.0   |
| labores del hogar       | 29 | 36.3 | Otro                                           | 6  | 7.5   |
| actividades personales  | 15 | 18.8 | ¿Como considera su estado de salud en General? |    |       |
| actividades recreativas | 3  | 3.8  | Excelente                                      | 7  | 8.8   |
| trabajo informal        | 4  | 5.0  | Bueno                                          | 24 | 30.0  |
| empleado(a)             | 1  | 1.3  | Regular                                        | 42 | 52.5  |
| Ninguno                 | 7  | 8.8  | Mala                                           | 7  | 8.8   |
| jubilado/pensionado     | 21 | 26.3 | Total                                          | 80 | 100.0 |

En la ocupación hay una predominancia en labores del hogar y jubilación 36.3% (f. 29) y 26.3 (f. 21) respectivamente. La distribución de los ingresos mensuales revela que, en los rangos más bajos, con casi el 60% de los encuestados ganando menos de \$5,000 pesos al mes.

En la variable de convivencia se puede describir una composición de apoyo social en donde se ve representado en que más del 35% de encuestados vive en un hogar intergeneracional, lo que podría señalar la importancia de la familia en el apoyo y cuidado mutuo. Además, la convivencia con cónyuges y la presencia de hijos e hijas refleja una estructura familiar predominantemente nuclear y la baja proporción de personas que viven solas o únicamente con nietos resalta la tendencia hacia la vida en comunidad y el apoyo familiar, lo que puede tener implicaciones en términos de bienestar emocional y social.

El tipo de vivienda y determinando que en la mayoría de la población encuestada reside en casa propia, mientras que el 13.8% que vive en casas de renta o hijos destaca la importancia de las relaciones intergeneracionales y el apoyo familiar en la vivienda.

La prevalencia de enfermedades en la población estudiada en donde más de dos tercios de los encuestados presentan alguna enfermedad. Los resultados indican que, hay una alta prevalencia de condiciones crónicas, especialmente diabetes e hipertensión.

**Tabla 2. Funcionalidad física de las personas mayores de un centro de salud de la ciudad de Saltillo, Coahuila**

| Funcionalidad física | f  | %    |
|----------------------|----|------|
| Independencia        | 52 | 65.0 |
| Dependencia leve     | 11 | 13.8 |
| Dependencia moderada | 8  | 10.0 |
| Dependencia severa   | 1  | 1.3  |
| Dependencia total    | 8  | 10.0 |

En la tabla dos se muestra el grado de dependencia de los encuestados en sus actividades de la vida diaria, revelando que un 65% (f. 52) de los encuestados es totalmente independiente, lo que plantea bajas implicaciones para la atención y el apoyo que necesitan en su vida diaria, y un bajo porcentaje (10%) indica un contexto de vulnerabilidad que requiere atención especializada.

**Tabla 3. Percepción del Apoyo Social de las personas mayores de un centro de salud de la ciudad de Saltillo, Coahuila**

| Apoyo Social percibido              | f  | %     |
|-------------------------------------|----|-------|
| Nivel de Apoyo Social Afectivo      |    |       |
| Bajo Apoyo Social Afectivo          | 10 | 12.5  |
| Aceptable Apoyo Social Afectivo     | 70 | 87.5  |
| Nivel de Apoyo Social Confidencial  |    |       |
| Bajo Apoyo Social Confidencial      | 13 | 16.3  |
| Aceptable Apoyo Social Confidencial | 67 | 83.8  |
| Nivel de Apoyo Social Total         |    |       |
| Bajo Apoyo Social Percibido         | 10 | 12.5  |
| Aceptable Apoyo Social Percibido    | 70 | 87.5  |
| Total                               | 80 | 100.0 |

En la tabla tres se muestra el nivel de apoyo social afectivo que reciben, en donde los encuestados (87.5%) sienten que tiene un nivel aceptable de apoyo social afectivo. Esto determina el bienestar emocional por el apoyo social brindado. Sin embargo, el 12.5% que reporta un bajo apoyo social puede necesitar atención específica para fortalecer sus redes de apoyo y mejorar su bienestar. Los resultados indican que una gran mayoría de los adultos mayores (83.8%) se siente respaldados en términos de apoyo social confidencial. Sin embargo, el 16.3% reporta un bajo nivel de apoyo en su entorno social.

Para dar respuesta al objetivo general, en primer lugar, se obtuvo la prueba de normalidad para las variables de funcionalidad física ( $KS = .371$ ,  $p = .00$ ) y redes de apoyo social ( $KS = .157$ ,  $p = .00$ ) se obtuvo que las variables de la presente investigación se distribuyeron de forma no normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

**Tabla 4. Correlación de Rho de Spearman de las variables edad, funcionalidad física y apoyo social de las personas mayores de un centro de salud en la ciudad de Saltillo, Coahuila.**

| Variable               | Edad | Funcionalidad Física | Apoyo Social Percibido |
|------------------------|------|----------------------|------------------------|
| Edad                   | 1    | -.219                | .007                   |
|                        |      | .051                 | .952                   |
| Funcionalidad Física   |      | 1                    | .024                   |
|                        |      |                      | .832                   |
| Apoyo Social Percibido |      |                      | 1                      |

La tabla cuatro, muestra que no existe relación entre la funcionalidad física y el apoyo social percibido ( $r_s .024$   $p = .832$ ), esto puede deberse a que el apoyo social se encuentra en buenas condiciones y existe bajos niveles de dependencia funcional.

## Discusión

En primer lugar, los datos sociodemográficos, se encontró que el promedio de edad fue de 73.4 años (DE. 8.5 años) datos similares a lo reportado por INEGI (2020) donde la media nacional es de 75.1 años, siendo que en el estado de Coahuila el índice de envejecimiento es de 43 que es menor a los 47 de la media nacional.

En cuanto a la ocupación de la población estudiada se muestra que la mayoría se dedican a labores del hogar junto a jubilados y pensionados ocupa un mayor porcentaje, por lo que INEGI (2020) menciona que más de la mitad es decir el 56% es jubilado, mientras que la población sociodemográfica a nivel Estatal un 10% de se dedica a las actividades personales, mientras que nuestros resultados están en 18.8% cifras mayores a la media nacional.

Respecto a la prevalencia de las enfermedades el 73.8% de la población presente algún tipo de morbilidad, entre las que destacan la hipertensión arterial con un 25% y la diabetes mellitus tipo II con un 20.0%. La Secretaría de Salud (2022) dice que en México más de 220 mil personas fallecieron por enfermedades cardiovasculares de las cuales 177,000 fueron por presión arterial alta y diabetes no controlada, enfatizando la alta prevalencia y viendo afectada tres cuartas partes de la población estudiada, junto con la alarmante tasa de mortalidad asociada, demanda una respuesta integral por parte de los sistemas de salud pública.

Para dar respuesta sobre el nivel de funcionalidad de las personas mayores se encontró que el 65% presentó independencia total para realizar las actividades de la vida diaria y tan solo un 10% presentó dependencia total lo que requiere de asistencia para su vida cotidiana. Por su parte Amador (2020) mencionó que en las actividades básicas de las personas mayores un 56% mostro dependencia total, en las altas tasas de dependencia resalta la magnitud de este problema en la población, sugiriendo que la dependencia funcional es una cuestión que sucede con frecuencia y se requiere de redes de apoyo que contribuyan a mejorar la calidad de vida en la vejez.

En lo que se refiere a las redes de apoyo de las personas mayores, los resultados obtenidos en este estudio indican que una amplia mayoría de los participantes (87.5%) percibe un nivel aceptable de apoyo social afectivo, mientras que solo el 12.5% reporta un bajo nivel de apoyo, el factor social de bienestar emocional y físico de los individuos estudiados especialmente en contextos de vulnerabilidad como una variable importante de mencionar.

Se puede mencionar que la red de apoyo no se reduce sólo al hogar y a la familia, pues se ha demostrado que compartir el mismo espacio con la familia y seres cercanos, permite que haya cierta protección para las personas mayores. Incluso se ha citado que el bienestar material de las personas mayores es más alto para aquellas que viven acompañadas en comparación con quienes viven solas (Saad, 2005).

Garay, et. al. (2019) citan que las redes de apoyo se refieren al flujo de compensaciones entre familiares, amigos, vecinos y miembros de una comunidad, se ha evidenciado que dichos apoyos pueden cambiar, y no son continuos en el tiempo; podemos inferir que las redes de apoyo social no son exclusivas de las de la familia, sin embargo, se ha demostrado que las personas que viven acompañadas presentan mayor bienestar en comparación con aquellas que viven solas. Cuando el apoyo a las personas mayores es forzoso puede conducir a situaciones de violencia y maltrato por parte de los familiares que se dedican al cuidado como se han señalado en algunas investigaciones (Ortiz y Arroyo, 2017).

Para dar respuesta al objetivo de investigación sobre la funcionalidad física y el apoyo social, los hallazgos muestran que el 65% de las personas mayores presentan independencia total, mientras que el apoyo social solo el 87.5% menciona un aceptable nivel de apoyo, sin embargo, en el presente estudio no existe relación entre la funcionalidad y las redes de apoyo social, esto puede deberse a que un apoyo social robusto puede ser crucial para mejorar la calidad de vida de aquellos que enfrentan dependencia funcional, por lo que al no presentar dependencia las redes de apoyo no son relevantes en estas condiciones y que en el intercambio de apoyos sociales no siempre existe reciprocidad, incluso se menciona que en situaciones difíciles, la población envejecida suele otorgar más apoyo del que recibe por parte de estas redes (Garay, Montes de Oca y Guillén, 2014).

## Conclusión

Se concluye que la mayoría de nuestros participantes fueron mujeres y el estado civil fueron casados(as), respecto a la escolaridad la mayoría han con-

cluido sus estudios de primaria, cifras que muestran que aún existen rezagos en este grupo etario.

En cuanto a los ingresos mensuales de la población mayor refieren que la mayoría cuenta con un ingreso mensual menor a los \$5,000 pesos mensuales, datos que hacen que las personas mayores necesiten seguir trabajando aun y cuando estén jubilados, esto para contar con ingresos extras para solventar sus necesidades básicas de la vida cotidiana.

Respecto a la vivienda y convivencia de las personas mayores, refieren que se encuentran en un hogar propio y que viven hijos e hijas y nietos en su hogar, lo que se puede inferir que puede existir redes de apoyo social que les permite mantenerse en buenas condiciones físicas. En cuanto a la prevalencia de enfermedades dos terceras parte de las personas mayores presentan algún tipo de enfermedad, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus II las enfermedades que padece la población mayor.

Referente a funcionalidad física, las personas mayores aún se encuentran en independencia física por lo que aún se encuentran realizando sus actividades de la vida diaria sin necesidad de ayuda de otras personas, es importante mencionar que aun y cuando las actividades básicas de la vida diaria no presentan dificultades para realizarlas, existen otro tipo de actividades como las instrumentales (trasladarse para ir al mandado, realizar operaciones en el banco hacer llamadas telefónicas) que se puede inferir que ya comienzan a tener dificultades por lo que se recomienda realizar en futuras investigaciones la medición de las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

Otra variable que se estudió fue la percepción de las redes de apoyo social y se encontró que la mayoría de las personas mayores perciben un nivel de apoyo social aceptable, además se muestra mayores puntajes en apoyo social afectivo, teniendo menores puntajes de apoyo social confidencial esto puede deberse a que va en aumento los problemas para expresarse sin miedo a ser juzgados por sus condiciones de vida.

En la presente investigación no se encontró relación entre la funcionalidad física y las redes de apoyo social, esto puede deberse a que fue poca la población estudiada, además de que la mayoría de las personas mayores no requerían de ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria. Se puede inferir que las personas mayores no requieren de redes de apoyo social cuando no presentan necesidades para realizar las actividades de la vida cotidiana.

## Referencias

- AMADOR, Y. D. (2020). Evaluación de la funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista cubana de enfermería*, 36(3), 1-16.
- CAFAGNA M, Aranco N, Ibarrarán P, Oliveri LM, Medellín N, Stampini M. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo (2019). Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. 2. Cafagna M, Aranco N, Ibarrarán P, Oliveri LM, Medellín N, Stampini M. Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019.
- CARDOZO, C., Martin, A. E., & Saldaño, V. (2017). Los adultos mayores y las redes sociales: Analizando experiencias para mejorar la interacción. *Informes Científicos Técnicos-UNPA*, 9(2), 1-29.
- ECHVERRÍA A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? [Functionality and seniors: where are we and where should we be going?Funcionalidade e pessoas idosas: onde estamos e para onde devemos ir. *Rev Panam Salud Publica*. 2022 Apr 12;46:e34. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2022.34. PMID: 35432502; PMCID: PMC9004688.
- GALLAGHER D, Ruts E, Visser M, Heshka S, Baumgartner RN, Wang J, et al. Weight stability marks sarcopenia in elderly men and women. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2000;279:E366-75.
- GARAY Villegas, S., Montes de Oca, V., Arroyo, M. C. (2019) Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 13, núm. 26, pp. 70-88.
- GARAY, S., Montes de Oca, V. y Guillén, J. (2014). Social support and social networks among the elderly in Mexico. *Journal of Population Ageing*, 7(2), 143-159. doi:10.1007/s12062-014-9099-2
- GARAY Villegas, S., Montes de Oca, V., & Arroyo, MC (2020). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 13 (26), 70-88. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>
- GARCÍA-MORALES, D. Y., Meza-Calleja, A. M., & Ramos-Esquível (2021). Apoyo emocional y reciprocidad en el envejecimiento. Un estudio sobre redes de apoyo con personas mayores de Pátzcuaro, Michoacán. J. Ú. P. I. T. E. R. *Contenido/Summary*, 63.

- GROVE, S y Gray J. (2019). Investigación en enfermería (7ª ed.). España, Elsevier.
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía (2020). Censo de población y vivienda 2020, Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion\\_Poblacion\\_01\\_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b)
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2019). Envejecimiento y ciclo de vida. Obtenido de <https://www.who.int/ageing/es/>
- ORTIZ Chávez, V. y Arroyo, C. (2017). Hombres mayores maltratados. Subjetividades y retroalimentación familiar de la violencia. *Iberofórum*, 12(24), 100-124.
- POLIT, F. D. & Hungler, B. P. (2018). Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for Nursing Practice. 9th ed., Wolters Kluwer.
- RAZO, Christian, Lozano, Rafael, & Gutiérrez-Robledo, Luis M.. (2024). La carga de la enfermedad en los adultos mayores en México, 1990-2022: tendencias y desafíos para el sistema de salud. *Gaceta médica de México*, 160(3), 345-356. Epub 02 de octubre de 2024.<https://doi.org/10.24875/gmm.24000209>
- SAAD, P. (2005). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales. *Notas de Población*, 80, 127-154.
- VOLLSET SE, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, Abbasgholizadeh R, Abbasian M, et al. (2024) Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*.



# Capítulo 11

## Miedo a morir y el autocuidado en personas adultas mayores con enfermedades crónicas

---

ROSA MARÍA MARTÍNEZ AMAYA

JUANA MARÍA RUIZ CERINO

XOCHITL PÉREZ ZÚÑIGA

ADRIANA YANETH PÉREZ MARTÍNEZ

### Introducción

Actualmente las alteraciones físicas degenerativas no transmisibles provocan el deceso de 41 millones de individuos, eso equivale al 74% de muertos a nivel mundial. Gran parte de los fallecimientos son causados por padecimientos vasculares (17,9 millones anualmente), luego el cáncer (9,3 millones), afecciones del tracto respiratorio crónicos (4,1 millones) y la diabetes mellitus (2,0 millones) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Por ello la expectativa de vida expresa un desafío en la Salud de los Adultos Mayores (PAM) en términos de enfermedades no transmisibles, generadoras de discapacidad, por lo cual el aumento prevalente de alteraciones crónicas es un aspecto por tratar, a causa de que involucra el funcionamiento provocando incapacidad que provisionalmente conlleva a la dependencia y describe un significativo en el costo de la asistencia sanitaria (Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019).

El envejecimiento genera cambios importantes en áreas físicas, psicológicas y sociales, se relacionan éstas con su entorno, como su entorno se relaciona con ellas y como perciben su realidad día a día (OMS, 2018). El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, por los cambios biológicos y psicológicos que viven las PAM los hace más susceptibles a tener padecimientos crónicos (Esmeraldas et al., 2019).

En particular las modificaciones mentales que se producen durante el envejecimiento se observa la relación de morir y el transcurso de la muerte, siendo causa de temor y desorientación, porque en esta etapa no sólo sufren una enfermedad, sino que también enfrentan la muerte o el proceso de morir de alguien cercano (Durán et al., 2020).

Las PAM son propensas a tener un impacto negativo en lo emocional, al conocer que están en el último bastón de su existencia evitar hablar sobre sus emociones y la influencia que tiene acerca de la muerte y respecto al proceso de la muerte, esto produce una pena que lleva afectar sus ideas siendo atrasado el asentimiento de morir (Viel, 2019); así mismo toda la evolución hace repercusiones en su salud en todas sus dimensiones tanto biopsicosocial y espiritual.

Las PAM poseen la necesidad de seguridad, ya que en esta etapa su aspecto físico y psicológico están en descenso, lo que ocasiona frustración, miedo y poca satisfacción; por lo cual los estilos de vida de una persona adulta mayor con enfermedades crónicas son fundamentales para evitar complicaciones y pueda alcanzar un envejecimiento con eficiencia y calidez (Heredia et al., 2019).

Se demostró que las PAM manifiestan varios niveles de daños, que son producidos principalmente por disimilitud en la dieta, en el ejercicio habitual así mismo las maneras de afrontar los problemas y resolverlos (Loredo et al., 2016). Por ello, se encarga de promover el autocuidado para un envejecimiento saludable, pero diversas investigaciones refieren que las PAM presentan autocuidado inadecuado, especialmente los que tienen enfermedades crónicas (Avazeh et al., 2019; Zhou et al., 2013).

Tradicionalmente el autocuidado se ha comparado con las actividades que promueven la salud, es decir, las acciones propias que aborda para facilitar el bienestar físico y prevención de padecimientos, militarlas enfermedades o reparar la salud después de una enfermedad o afección (Campos, Oliver, Tomás, Galiana, Gutiérrez, 2018). Mientras Orem en 1991 refiere que el autocuidado son los cuidados que se realiza por acción propia esto al llegar a la etapa de maduración habilitando una acción intencional, moderada, eficaz y certera.

La interacción efectiva ayudará al bienestar del enfermo obteniendo como resultado una mejoría en su estado de salud física, mental y emocional (Ordoñez & Monroy, 2021; Ortiz, et al., 2022). Por esto es de suma importancia que los profesionales de enfermería brinden una atención integral a las PAM que padecen enfermedades crónicas, ya que esto permitirá identificar sus miedos o dudas sobre su enfermedad y a afrontar de manera positiva la etapa de envejecimiento. En la revisión de la literatura existe poca evidencia científica que analizará el miedo a la muerte y el cuidado de sí mismo con alteraciones degenerativas, por eso se proyectó como objetivo identificar si el miedo a la muerte está relacionado con el autocuidado de las

PAM con afecciones crónicas del DIF “Club del Adulto Mayor Activo de H. Matamoros, Tamaulipas”.

## Metodología

Esta investigación fue con diseño de correlación y transversal debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento. Fueron 118 PAM con enfermedad crónica de muestra que acudían a tramitar su tarjeta de INAPAM en la “Casa Club del Adulto Mayor” de Matamoros, Tamaulipas. Además, se tomaron como criterios de inclusión a todas las PAM de 60 años que no presentaron o tuvieron diagnóstico de alguna alteración mental (deterioro cognitivo leve, moderado o severo), lo cual se validó mediante la Escala de Pfeiffer (Martínez et al., 2001).

Se aplicó una cédula de datos personales que brindó información de las PAM. Se administró la Escala de Autocuidado de González et al. (2018), consta de 31 reactivos con opciones de respuesta que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). La escala contiene las siguientes dimensiones: Falta de tolerancia al afecto positivo integrada por los ítems 2, 6, 15, 20 y 27; Conducta autodestructiva evaluada con los ítems 1, 8, 12, 16, 23, 28 y 31; Problemas para dejarse ayudar a través de los ítems 3, 11, 17 y 29; Resentimiento por no reciprocidad en los ítems 4, 9, 13, 18 y 24; No actividades positivas evaluada con los ítems 5, 21, 25 y 30; y, No atender las propias necesidades con los ítems 7, 10, 14, 19, 22 y 26. La interpretación del instrumento se realiza por dimensiones, el promedio más alto significa que tiene mayor déficit de autocuidado. Cuando el promedio es superior de 3 significa una disfunción en esa sub- dimensión. La escala completa tiene un Alpha de Cronbach de .91 (González et al., 2018).

Por último, se utilizó la Escala de Collett- Lester (1969) de Miedo a la muerte y al proceso de morir, integrada por las siguientes dimensiones: la propia muerte, la muerte de los otros (el ítem 8 su puntuación se debe invertir), el propio proceso de morir y el proceso de morir de los otros, cada dimensión se conforma por 8 ítems con opciones de respuesta donde el 5 significa mucho y el 1 nada. La interpretación del instrumento se realiza sumando las respuestas y calculando promedios, las puntuaciones más altas indican mayor fobia a morir o al proceso de la muerte.

Se respetaron los lineamientos éticos tal y como se encuentra reglamentado en la ley mexicana en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud 1987, Reformada en el 2014), se contó con la aprobación del comi-

té de investigación y ética con dictamen 110, se firmó el consentimiento informado y en todo momento se cuidó la integridad de los sujetos de estudio.

Los datos se procesaron y analizaron en el Paquete Estadístico SPSS versión 21 para Windows, donde se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y se realizó la prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov Smirnov. con Corrección de Lilliefors no mostró normalidad en las variables, por lo que, para dar respuesta al objetivo de la investigación, se aplicó la prueba de Correlación de Spearman, se interpretó significancia estadística cuando el p valor fue igual o menor a .05.

## Resultados

Las PAM que participaron en la investigación eran de una edad promedio de 66.13 años ( $DE=6.495$ ). El 66.9% ( $f=79$ ) del género femenino, el 47.5% ( $f=56$ ) casados, el 66.7% de religión católica y solamente el 28% ( $f=33$ ) reportó vivir solo (Tabla 1).

**Tabla 1. Características de las PAM con enfermedades crónicas**

|                   | f  | %    |
|-------------------|----|------|
| Género            |    |      |
| Masculino         | 39 | 33.1 |
| Femenino          | 79 | 66.9 |
| Religión          |    |      |
| Católica          | 74 | 62.7 |
| Cristiana         | 27 | 22.9 |
| Testigo de Jehová | 2  | 1.7  |
| Otra              | 15 | 12.7 |
| Estado civil      |    |      |
| Soltero           | 10 | 8.5  |
| Casado            | 56 | 47.5 |
| Unión libre       | 8  | 6.8  |
| Divorciado        | 7  | 5.9  |
| Viudo             | 37 | 31.4 |
| Cohabitación      |    |      |
| Solo              | 33 | 28.0 |
| Acompañado        | 85 | 72.0 |

En el análisis descriptivo de las variables, la puntuación promedio de miedo a la muerte y el proceso de morir fue de 86.47 ( $DE=36.59$ ) y del Autocuidado fue de 94.80 ( $DE= 33.24$ ). Con respecto a la prueba de correlación de

Spearman mostró una relación estadísticamente significativa entre el miedo a la muerte y el autocuidado ( $r_s = -.290$ ;  $p = .001$ ).

## Discusión

Este estudio permitió analizar la relación entre el miedo a morir y el autocuidado en las PAM que presentan enfermedades crónicas. Se encontró que al haber más miedo a morir y el proceso de morir existe menos déficit de autocuidado, esto puede deberse a que las PAM confrontan situaciones nuevas de vida por privación de su función familiar y social que se añade a un panorama de alteraciones, así como el declive de su capacidad de adaptarse (Esmeraldas et al., 2019), lo que genera que desee cuidarse más.

El miedo en el transcurso de la muerte se presenta por la incertidumbre de en donde moriría; en la cultura mexicana actualmente los cuidadores primarios eligen un lugar hospitalario, con el propósito de acceder a cuidados especializados, no considerando la decisión de las PAM, que probablemente prefiera permanecer en un ambiente familiar.

Las PAM deberían tener hábitos durante esta el proceso del envejecimiento fundadas en el autocuidado saludable. El conseguir hábitos de vida como cultura en la población adulta se puede disminuir riesgos de padecimientos ocasionado por enfermedades crónicas degenerativas, dando importancia a hábitos saludable como la alimentación, recreación, seguridad personal, actividad física, controles médicos rutinarios, no consumo de tabaco, alcohol y drogas, de estos dependerá en gran cantidad el padecimiento que presentan. (Heredia et al, 2019).

Se deben impulsar acciones de promoción a la salud que contemplen a las PAM como individuos que tienen la capacidad de decidir en el aspecto de cuidarse para favorecer su calidad de vida. Efectuar el entendimiento en la etapa de envejecer permite incrementar los conocimientos así mismo reconocer la existencia desde el inicio a hasta ese momento, logrando de esta forma la estabilidad mental a lo largo del tiempo que sea factible a fin de que acepte su condición actual y la aceptación de la muerte como parte del ciclo vital de cada individuo (Viel, 2019).

Es indispensable favorecer el entendimiento en el interés de realizar acciones de cuidado, así como el desarrollo de estrategias educativas efectivas para mejorar la conciencia sobre actividades del cuidarse a sí mismo las prácticas de cuidado individual con enfermedades crónicas degenerativas (Zhou et al., 2013). Así también es necesario fortalecer y promover en

las PAM, por medio de la enseñanza y participaciones, los materiales indispensables para enfrentar y residir un envejecimiento exitoso, así como plantear intervenciones de enfermería que permitan modificar el miedo ante la muerte y el curso de morir (Loredo-Figueroa et al, 2016).

## Conclusiones

Se concluye que las PAM con enfermedades crónicas al sufrir mayor miedo ante la muerte y el proceso de morir tienen menor déficit de autocuidado, es decir, presentan menor dificultad para cuidar de sí mismos, lo cual tiene un impacto importante en su calidad de vida. A pesar de esto el miedo a morir puede afectar la salud mental a tal grado de presentar ansiedad, angustia y preocupación constante que llega a generar síntomas físicos, al no querer dejar a su familia y al no saber que pasará después de fallecer. Es por ello por lo que el profesional de enfermería debe brindar intervenciones que fomenten un envejecimiento saludable en las personas adultas mayores, ya que al hacerlo ayudará a la aceptación del proceso de envejecimiento y al proceso de morir.

## Referencias

- AVAZEH, M., Babaei, N., Farhoudi, S., Kalteh, E. A., Gholizadeh, B. (2019). The Study of Self-care and Related Factors in the Elderly with Chronic Diseases in 2018. *Journal of Health and Care*, 21(2), 35-144. [https://hcjournal.arums.ac.ir/browse.php?a\\_id=1060&tsid=1&slc\\_lang=en](https://hcjournal.arums.ac.ir/browse.php?a_id=1060&tsid=1&slc_lang=en)
- CAMPOS, G. A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 53(6), 326-331. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- DURÁN, T., Maldonado, M., Martínez, M., Gutiérrez, G., Ávila, H., & López, S. J. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería global*, 19(2), 287-295. <https://doi.org/10.6018/eglobal.364291>
- ESMERALDAS, E. E., Falcones, M. R., Vásquez, M. G., Solórzano, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>

- GONZÁLEZ, A., Mosquera, D., Knipe, J., Leeds, A., & Santed, M. (2018). Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: The Self-Care Scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(6), 373-378. <https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2021/08/Self-care-Scale-English.pdf>
- HEREDIA, V. D., Ponce, O. E., & Ponce, O. K. (2019). Prevención de enfermedades crónicas degenerativa en adultos mayores: una mirada desde la experiencia de vinculación con la sociedad, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 1, 1-19. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/preven-cion-enfermedades-cronicas.html>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2019). Envejecimiento y vejez. <http://www.gob.mx>
- LESTER, D. (1969). Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester. En Neimeyer RA. Neimeyer, R. (Ed.), *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (1ª ed., pp. 57-72). Paidós Iberica Ediciones.
- LOREDO-FIGUEROA, M.T., Gallegos-Torres, R.M., Xequé-Morales, A.S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- MARTÍNEZ, I., J., Dueñas, H. R. Onís, V. M. C., Aguado, T. C., Albert, C. C., & Luque, L. R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. <https://medes.com/publication/3015>
- ORDÓÑEZ, N. A., & Monroy, Z. (2021). Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21(2), 11-24. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165747022021000200011&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v21n2/2462-859X-rlb-21-02-11.pdf](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165747022021000200011&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v21n2/2462-859X-rlb-21-02-11.pdf)
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2021). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- ORTIZ, G., Huerta, M. I., Montoya, G. E., Cira, J. L., & Correa, G. (2022). Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días

- de vida: revisión sistemática. *Sanus*, 7, e289. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.289>
- SECRETARÍA de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud (1984). <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LGS.pdf>
- VIEL, S. (2019). La experiencia emocional de envejecer. *Temas de Psicoanálisis*, 17, 1-11. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer.-1.pdf>
- ZHOU, Y., Liao, L., Sun, M., He, G. (2013). Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Exper Ther Med*, 5(4), 1137-1142. <https://doi.org/10.3892/etm.2013.945>

## Capítulo 12

# Duelo complicado en personas adultas mayores posterior a la pandemia por COVID-19

---

RAÚL ALEJANDRO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

CAROLINA ELIZABETH MACIAS DEL MONTE

KARLA IRIS CUEVAS MARTÍNEZ

YOLANDA BOTELLO MORENO

VERÓNICA GUAJARDO BALDERAS

JESSICA VALERIA LIRA BOTELLO

### Introducción

A nivel mundial, la población de las personas adultas mayores (PAM) ha tenido un incremento significativo. Las PAM se refiere a los hombres y mujeres mayores de 60 años. La (Organización Mundial de la Salud [OMS,2024]) destaca que la población de este grupo etario se duplique en el 2050, representando un cambio significativo en la demografía global.

En México, el envejecimiento de la población ha sido una tendencia notable en las últimas décadas. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) informa que, en el 2019 había 13 millones 900 mil de personas adultas mayores de 60 años en el país. En Tamaulipas, el Censo de Población y Vivienda de 2020 reveló que más de 426,227 habitantes tenían 60 años o más, representando con esto el 12.08% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

El duelo se puede presentar en todas las etapas de la vida, siendo una respuesta emocional ante la pérdida de algo o alguien significativo en las personas. Cada persona experimenta el duelo de manera diferente, dependiendo en la situación en que se presente. Si bien es un proceso individualizado, las PAM pueden llegar a presentar experiencias desagradables, pudiendo prolongarse o intensificarse este proceso (Cázares, 2022).

El proceso del duelo se intensificó durante la pandemia de COVID-19, que afecta principalmente a las personas adultas mayores, un grupo catalogado como de riesgo y con una tasa de mortalidad más alta que otros grupos de edad (Hartvig, 2021).

De acuerdo con la (Organización Panamericana de Salud [OPS, 2023]) el brote de SARS- Cov-2 (COVID-19) comenzó a finales del 2019 y en marzo 2020 se declaró una pandemia mundial. A mediados del 2023, se habían notificado más de 765 millones de casos confirmados y más de 6.9 millones de muertes en todo el mundo.

Kubler-Ross (1969) describió las etapas del duelo: negación, ira, acuerdo/negociación, depresión y aceptación, que duran períodos de tiempo variables dependiendo de la persona. Aunque se considera una reacción natural ante la pérdida, la duración y la intensidad de los síntomas pueden complicarse, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un duelo patológico (Ponce y Rodríguez, 2022). Este último puede ser desafiante de manejar y puede requerir intervención profesional para evitar complicaciones adicionales en la salud mental.

## **Objetivo general**

- Describir el nivel de duelo complicado de las personas adultas mayores posterior a la pérdida de un familiar durante la pandemia por COVID-19.

## **Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las personas adultas mayores posterior a la pérdida de un familiar durante la pandemia por COVID-19.

## **Metodología**

Se realizó un diseño descriptivo de corte transversal, para obtener de esta manera las características de una población en específico. La población total de estudio se conformó de las PAM de la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo que se utilizó en la investigación fue no probabilístico a conveniencia debido a que se asistió a diversas plazas de la ciudad, centros religiosos, algunos centros comerciales, así como también algunos centros de convivencia enfocados a la atención de la persona mayor durante tres semanas, ya que no se tenía conocimiento exacto de cuantas personas habían sufrido la pérdida de un familiar. Obteniendo con esto una muestra total de 100 PAM (Hernández y Mendoza, 2020).

Se incluyeron a todas aquellas personas de 60 años o más, que hayan perdido un familiar (directo o indirecto) durante el periodo de pandemia del COVID-19 que abarco del año 2020 hasta el 2023 que hayan decidido participar en el estudio, estando conscientes en tiempo y forma. Se excluyeron a las PAM de 60 años o menos y que no hayan perdido algún familiar (directo o indirecto) durante el periodo de pandemia del COVID-19 que abarco del año 2020 al 2023 y que no hayan aceptado participar en el estudio.

Para evaluar los datos sociodemográficos se aplicó una cédula de datos personales, en la cual se incluían variables como edad, sexo, estado civil, religión, situación laboral, años de estudio, así como si presentaba algún tipo de enfermedad.

El instrumento para evaluar el nivel de duelo complicado fue el Inventory of Complicated Grief adaptado al castellano Inventario de Duelo Complicado por Limonero, et. al. (2009) con la finalidad de diferenciar el tipo de duelo (normal o patológico). Presenta 19 ítems dividido en 5 categorías con opciones de respuesta tipo Likert (nunca=0, raramente=1, algunas veces=2, a menudo=3, siempre=4) que valora la frecuencia del síntoma explorado ya que puede ser emocional, cognitivo o conductual. Se realiza una sumatoria de los ítems siendo las posibles puntuaciones 0-76. Una puntuación mayor a 25 refiere presentar duelo complicado.

Para la obtención de los datos se acudió a realizar un recorrido a diversas plazas públicas de la localidad, tiendas de conveniencia, iglesias y centros recreativos destinadas para las personas adultas mayores. Se presentaron con los participantes explicando el objetivo de la investigación, una vez que la persona adulta mayor aceptaba formar parte del estudio, se le entregaba el consentimiento informado para que lo firmaran y posterior se resguardaba. Se les entrego la cedula de datos sociodemográficos, así como el cuestionario de Inventario de Duelo Complicado. Al terminar el llenado de datos, se les agradeció a las personas adultas mayores por su participación, informándoles que toda la información recolectada era completamente anónima y confidencial.

La presente investigación se desarrolló bajo los lineamientos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2014). A todas las personas adultas mayores se les respeto su dignidad y privacidad en todo el momento durante el desarrollo de la investigación (Artículo 13 y 16). Se considera una investigación de riesgo mínimo (Artículo 17). Por último, a todos los participantes se les entrego el consentimiento informado, explicando el objetivo de la investigación y al mismo tiempo se les comento que se podían retirar de la investigación en cualquier momento sin que esto tuviera alguna repercusión (Artículo 20 y 21).

Para poder realizar el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0. Se calcularon frecuencias, porcentajes, y medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos, así como las variables de interés.

Resultados

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos según los objetivos de la presente investigación. El Inventario de Duelo Complicado se pudo aplicar en la investigación, ya que se obtuvo una consistencia interna aceptable presentando un coeficiente de Alpha de Cronbach de .930.

Estadística descriptiva

En la Tabla 1 se observa que la mayoría de las personas adultas mayores fueron mujeres con un 56%, con relación al estado civil un 37% reportó estar casado, en cuanto a la religión la de mayor prevalencia fue la católica con un 72%, por otra parte, lo referente a la situación laboral jubilado fue la más frecuente con un 45%; las personas adultas mayores reportaron también que viven en compañía de su esposo/a en un 39%.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores**

| Variables           | f  | %    |
|---------------------|----|------|
| Sexo                |    |      |
| Mujer               | 56 | 56.0 |
| Hombre              | 44 | 44.0 |
| Estado civil        |    |      |
| Casado              | 37 | 37.0 |
| Soltero             | 14 | 14.0 |
| Divorciado          | 14 | 14.0 |
| Viudo               | 31 | 31.0 |
| Unión libre         | 4  | 4.0  |
| Religión            |    |      |
| Católica            | 72 | 72.0 |
| Cristiana           | 16 | 16.0 |
| No profesa          | 5  | 5.0  |
| Otra                | 7  | 7.0  |
| Situación laboral   |    |      |
| Trabajador          | 29 | 29.0 |
| Pensionado/Jubilado | 45 | 45.0 |
| Ama de hogar        | 26 | 26.0 |
| Con quien vive      |    |      |
| Solo                | 33 | 33.0 |
| Cónyuge             | 39 | 39.0 |
| Hijos               | 19 | 19.0 |
| Nietos              | 5  | 5.0  |
| Otros               | 4  | 4.0  |

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje

De acuerdo con los resultados de la Tabla 2, se observa que la minoría de las personas adultas mayores presenta enfermedades crónico-degenerativas (diabetes [38%], hipertensión arterial [47%], enfermedades cardíacas [7%]) y un 20% han sido diagnosticadas de COVID-19 durante la pandemia. La pérdida del familiar en un 56% fue a causa del COVID-19 siendo el parentesco más prevalente los familiares directos (57%).

**Tabla 2. Características de salud de las personas adultas mayores.**

| Variable               | f  | %    |
|------------------------|----|------|
| Diabetes               |    |      |
| Si                     | 38 | 38.0 |
| No                     | 62 | 62.0 |
| Hipertensión arterial  |    |      |
| Si                     | 47 | 47.0 |
| No                     | 53 | 53.0 |
| Enfermedades cardíacas |    |      |
| Si                     | 7  | 7.0  |
| No                     | 93 | 93.0 |
| Parentesco             |    |      |
| Familiar directo       | 57 | 57.0 |
| Familiar indirecto     | 43 | 43.0 |

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Tabla 3 se presenta que la media de edad es de 68 años ( $DE=6.4$ ) y promedio de años de estudio fue de 9 años lo que corresponde a nivel de Secundaria ( $DE=4.2$ ). En relación con el tiempo en años que ha transcurrido en la pérdida de un familiar de la persona adulta mayor corresponde a un promedio de 2.4 años ( $DE=.997$ ).

**Tabla 3. Características sociodemográficas de las personas adultas mayores. (Variables numéricas)**

| Variable                | X    | Mdn  | DE   |
|-------------------------|------|------|------|
| Edad                    | 69.0 | 68.0 | 6.4  |
| Años de estudio         | 9.0  | 9.0  | 4.2  |
| Tiempo de fallecimiento | 2.4  | 2.0  | .997 |

Nota: = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación Estándar

En la Tabla 4 se observa que el 65% de las personas adultas no presentan duelo complicado.

Tabla 4. Nivel de duelo

| Variable         | f  | %    |
|------------------|----|------|
| Duelo normal     | 65 | 65.0 |
| Duelo complicado | 35 | 35.0 |

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje.

Discusión

En lo que respecta a la prevalencia del duelo complicado, los estudios proporcionan resultados diversos. Mientras que nuestro estudio encontró que la mayoría de las personas adultas mayores no presentaban duelo complicado, otros estudios, como el de Stahl et al. (2023) y Escobar-Ágreda et al. (2023), identificaron un mayor riesgo de trastorno de duelo prolongado y una asociación significativa entre el duelo complicado y la depresión en adultos mayores. Gómez et al (2023) reportaron que el 70% de las personas adultas mayores presentaron duelo complicado, lo cual puede deberse a que en su estudio solo incluyeron personas adultas mayores con pérdida de un familiar directo.

Estas diferencias podrían atribuirse a varias razones. En primer lugar, es posible que la percepción y experiencia del duelo variaran entre las poblaciones estudiadas debido a diferencias en factores culturales, sociales y de apoyo familiar. Además, los métodos de evaluación del duelo complicado y los criterios de diagnóstico utilizados pueden haber influido en los resultados obtenidos. Es importante considerar que la comprensión del duelo como parte natural del ciclo de vida y la adopción de medidas de autocuidado, especialmente en un contexto de pandemia, podrían haber mitigado el impacto del duelo complicado en algunos participantes.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, se encontró que, en relación con el tipo de duelo, la minoría de la población encuestada presenta duelo complicado. Esto sugiere que la mayoría de las personas adultas mayores en la muestra lograron adaptarse de manera adecuada a la pérdida de un familiar durante la pandemia viendo la muerte como parte natural de la vida. Este hallazgo es oportunidad para profundizar el abordaje del cuidado integral de la persona mayor.

## Referencias

- CAZARES Blanco, R. (2022). El impacto del duelo anticipado en las actitudes reactivas de sanción. *Revista de Filosofía*. 47(1). 213-230. <http://dx.doi.org/10.5209/resf.69122>ARTÍCULOS
- ESCOBAR-ÁGREDA, S., Romero-Albino, Z., Carmona, P. J. C., & Cuba-Fuentes, M. S. (2023). Duelo complicado y su relacion con la ansiedad, depression e ideacion suicida en adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú: un análisis transversal. *Psiquiatría BMC*. 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05412-5>
- GOMÉZ, M.C., Beristain, C.L., Pazaran, S.O., Dávila, M. (2023). Duelo, ¿Cómo lo asimila el adulto mayor?. *Innovación y desarrollo tecnológico revista digital*. (15)1. 170-174. [https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/12/1\\_26\\_duelo-como-lo-asimila-el-adulto-mayor.pdf](https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/12/1_26_duelo-como-lo-asimila-el-adulto-mayor.pdf)
- HARTVIG, M. (2021). *El proceso de duelo en un adulto mayor institucionalizado*. (Tesis). <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2366/Hartvig%2C%20Mar%C3%ADa%20Micaela.pdf?sequence=1>
- HERNÁNDEZ- Sampieri, R. & Mendoza- Torres, C.P. (2020). Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana.
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). Visualizador analítico para el COVID-19. <https://gaia.inegi.org.mx/covid19/>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- LEY General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- LIMONERO, J. T., Lacasta, M., García, J. A. G., & Prigerson, H. G. (2009). *Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado*. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/234101905\\_Adaptacion\\_al\\_castellano\\_del\\_inventario\\_de\\_duelo\\_complicado](https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado)
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (2023). *La COVID-19 es ahora un problema de salud establecido y persistente*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-5-2023-covid-19-es-ahora-problema-salud-establecido-persistente#:~:text=A1%2030%20de%20abril%20del%202023%2C%20>

se%20hab%20C3%ADan,mundial%20C%20como%20lo%20demuestran%20las%20encuestas%20de%20prevalencia

- PONCE- Reyes, J.V. y Rodríguez- Álava, L.A. (2022). La dinámica familiar frente al duelo por la pérdida de un miembro del sistema. *Revista científica arbitrada en investigaciones de la salud GESTAR*. 5 (9). 38-57. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0053>
- STAHL S.T, Kazan J, Lazzari T, Krafty R.T, Reynolds C.F, Rollman B.L, Smagula S.F, Gebara M.A. (2023). Riesgo de un duelo complicado tras la muerte de un cónyuge a causa de la COVID-19 en la vejez. *Psiquiatría Geriátrica*.32(3). 386-391. [https://www.ajgonline.org/article/S1064-7481\(23\)00468-2/fulltext](https://www.ajgonline.org/article/S1064-7481(23)00468-2/fulltext)

## Capítulo 13

# Miedo a la muerte en personas adultas mayores sin pareja marital

---

ROSA MARÍA MARTÍNEZ AMAYA

JUANA MARÍA RUIZ CERINO

TIRSO DURAN BADILLO

XÓCHITL PÉREZ ZÚÑIGA

### Introducción

La población mundial está envejeciendo de un modo acelerado, se estima un incremento del 55% para los próximos 15 años (Pais et al., 2020), lo cual se debe a la disminución de la mortalidad que ha permitido que la esperanza de vida sea mayor y a la disminución de nacimientos (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019). En el 2020 la población adulta mayor aumentó de 1000 millones a 1400 millones y se estima a nivel mundial que para el 2030 una de cada seis personas tendrá más de 60 años y para el 2050 se habrá duplicado (2100 millones) (OMS, 2024).

En México aumentó de 12.3% a 14.7% en 2023 (Instituto de Estadística, Geografía e informática [INEGI], 2024), en Tamaulipas el 8.2% de esta población son personas de 65 años y más (INEGI, 2020). En cuanto a la situación marital en esta etapa de la vida de acuerdo con lo reportado por el Censo de Población y Vivienda en el 2020, en el género masculino predominaba la unión de algún tipo, ya que, por cada 10 hombres, siete se declaraban casados o en unión libre, por otro lado, en el género femenino la viudez fue más común, ya que por cada 10, tres referían ser viudas, y de los hombres solo uno de cada 10 asumía esa condición. Respecto a con quien viven, 8 de cada 10 hogares donde habita una Persona Adulta Mayor (PAM) vive en familia, la mayor parte de esos hogares son nucleares o ampliados (41% respectivamente), sin embargo, las personas que viven solas representan el 16.5% de todos los hogares donde vive esta población (INEGI, 2021).

Las PAM que viven solas pueden presentar condiciones económicas menos favorables, algunas de ellas refieren sentirse solos, y el 25% de los que tienen 65 años se consideran socialmente aislados (National Academies of Sciences, 2020). Se ha identificado que la soledad ocasiona repercusiones negativas durante el envejecimiento (Camargo & Chavarro, 2020). Los

factores de riesgo asociados a la soledad son: el no estar casados o haber perdido a su pareja, una red de apoyo social limitada, percepción mala de su salud, estado de ánimo depresivo y actividad social baja (Dahlberg et al., 2022) y quienes pasan por estas situaciones enfrentan consecuencias que amenazan su bienestar físico y mental (Santa-Cruz, 2024).

El proceso de envejecimiento implica una transformación trascendental e inevitable, que trae consigo diferentes aspectos donde el final de la vida se convierte en una verdad inminente; el entendimiento de la muerte, así como la manera de afrontarla, son elementos clave, ya que el bienestar físico y psicológico está relacionado con cómo se enfrenta esta experiencia, lo cual dependerá de la educación, género y estado de salud de la persona adulta mayor (Sanchis-Fernández, 2018)

Al encontrarse en la etapa final de su vida, las PAM se ven obligadas a enfrentar la idea de morir (Miranda et al., 2022), presentan emociones negativas que tienen un gran impacto en el significado que tienen acerca de la muerte y del proceso de morir, lo que les provoca sufrimiento y altera sus pensamientos, además de retrasar la aceptación de la muerte (Viel, 2019). Cuando la persona está sola y sabe que existe la probabilidad de muerte, las reacciones emocionales y de inestabilidad psicológica suelen aparecer la ansiedad y el miedo (Uribe et al., 2007), el cual se puede producir por una sensación de dolor o por padecer alguna enfermedad (Alonso et al., 2017). El miedo a la muerte es una respuesta emocional ante la identificación de señales de amenaza o peligro que se desencadenan ante un estímulo relacionados con la propia muerte o la de alguien más (Uribe et al., 2008).

Existe poca evidencia científica reciente sobre el estudio del miedo a la muerte. En una investigación realizada en Colombia encontraron que el 63.5% de los PAM presentaba miedo ante la muerte (Uribe et al., 2007). En el norte de México, en un estudio el 98% manifestaron tener miedo a la propia muerte, el 39.8% estaba completamente preparado para enfrentarla y el 17.3% completamente en desacuerdo, y el miedo a la muerte predominaba el género masculino (Durán et al., 2020).

El miedo ante la propia muerte está fuertemente influenciado por diversos factores, incluyendo el carácter de la persona, el tiempo que ha estado enferma, como se relaciona con los profesionales de salud, el tipo de enfermedad que padece, su ambiente familiar, su formación educativa, sus convicciones religiosas o espirituales, así como si experimenta dolor o no (Gala et al., 2002). Para la PAM, la muerte puede transformarse en una etapa de crisis existencial, debido a la falta de conocimientos sobre lo que sucede tras el final de la vida material, de tal forma que puede manifestar mecanismos

de afrontamiento ineficaces, como la negación, que afecta su manera de razonar y de reaccionar ante ciertas circunstancias (Mondragón-Sánchez et al., 2015); puede presentar sufrimiento y traer consigo alteraciones psicológicas que a su vez repercuten en su salud tanto física como mental.

Por lo cual los cambios que por sí mismo ocurren con la edad, junto con las alteraciones físicas y mentales que surgen debido a cuestiones de salud y la proximidad de la muerte, pueden generar miedo a morir, lo que perjudica la calidad de vida de las PAM (Durán et al., 2020). Debido a esto es importante un adecuado manejo de las emociones ante el miedo a la muerte y promover estrategias de afrontamiento que le permitan vivir a la PAM un envejecimiento óptimo, por este motivo, el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de miedo a la muerte en personas adultas mayores sin pareja marital del DIF “Club del Adulto Mayor Activo de H. Matamoros, Tamaulipas.

## Metodología

Se realizó una investigación cuantitativa no experimental descriptiva y transversal, debido a que la obtención de la información se realizó en un solo momento. La muestra estuvo constituida por 96 PAM que viven sin pareja marital que acudían a tramitar su tarjeta de INAPAM en la “Casa Club del Adulto Mayor” de Matamoros, Tamaulipas. Además, se tomaron como criterios de inclusión a todas las PAM de 60 años que no presentaron o tuvieron diagnóstico de alguna alteración mental mediante la Escala de Pfeiffer (Martínez et al., 2001).

Se aplicó una cédula de datos personales que brindó información de las PAM. Se aplicó la Escala de Collett- Lester adaptada y validada por Quintero y Simkin (2020), la cual describe en su análisis confirmatorio un ajuste adecuado para el modelo de cuatro factores propuestos por los autores originales (NNFI= .95; CFI= .95; IFI= .95; SRMR= .90); el análisis de la consistencia interna a partir del Omega de McDonald obtuvo valores aceptables para el miedo a la propia muerte ( $\omega = .88$ ) al proceso de morir propio ( $\omega = .81$ ), a la muerte de otros ( $\omega = .84$ ) y al proceso de morir de otros ( $\omega = .89$ ). La versión local de la FODS ofrece 28 ítems en línea con los propuestos en la versión original que fue creada en (1969), integrada por las siguientes dimensiones: la propia muerte, la muerte de los otros, el propio proceso de morir y el proceso de morir de los otros, cada dimensión se conforma por 7 ítems con opciones de respuesta donde el 5 significa mucho y el 1 nada. La interpretación del instrumento es primero haciendo prome-

dio de cada subescala sumando los ítems de cada uno entre el número siete donde el obtener <2 es miedo bajo a la muerte, de 2 a 4 es miedo moderado a la muerte y > 4 es miedo alto a la muerte.

Se respetaron los lineamientos éticos tal y cómo se encuentra reglamentado en la legislación mexicana en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud 1987, Reformada en el 2014), se obtuvo la autorización del comité de investigación y ética con el dictamen 110, se firmó el consentimiento informado y se protegió la integridad de los participantes en todo momento.

Los datos se procesaron y analizaron en el Paquete Estadístico SPSS versión 21 para Windows, donde se aplicó estadística descriptiva para caracterizar la muestra de este estudio mediante las medidas de tendencia central (media, moda, mediana, frecuencias y porcentajes) y medidas de variabilidad (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo).

Resultados

Las PAM de este estudio en promedio tenían 67.68 años (DE=7.17) y escolaridad de 7.95 años de estudio (DE= 5.09). El género que predominó fue el femenino con el 66.7 % (f=64), el 61.5% profesa la religión católica (f=59), el 41.7% no padece una enfermedad crónica (f=40) y el 55.2 % vive con la familia (f=53).

Tabla 1. Características de las personas adultas mayores sin pareja

|                       | f  | %    |
|-----------------------|----|------|
| Género                |    |      |
| Masculino             | 32 | 33.3 |
| Femenino              | 64 | 66.7 |
| Religión              |    |      |
| Católica              | 59 | 61.4 |
| Cristiana             | 23 | 24.0 |
| Testigo de Jehová     | 2  | 2.1  |
| Mormón                | 1  | 1.0  |
| Otra                  | 11 | 11.5 |
| Enfermedad crónica    |    |      |
| Diabetes Mellitus     | 9  | 9.4  |
| Hipertensión Arterial | 17 | 17.6 |
| Dislipidemias         | 2  | 2.1  |
| Mas de una            | 24 | 25.0 |

|                       | f  | %    |
|-----------------------|----|------|
| Ninguna               | 40 | 41.7 |
| Otro                  | 4  | 4.2  |
| Cohabitación familiar |    |      |
| Si                    | 53 | 55.2 |
| No                    | 43 | 44.8 |

Nota: n=96, la f = frecuencia, % = porcentaje.

El 46.9% (f=45) de las PAM presentaron un nivel de miedo a la muerte moderado a la muerte al estar sin pareja.

**Tabla 2. Nivel de miedo a la muerte en las personas adultas mayores sin pareja**

|                | f  | %    |
|----------------|----|------|
| Miedo bajo     | 10 | 10.4 |
| Miedo moderado | 45 | 46.9 |
| Miedo alto     | 41 | 42.7 |

Nota: n=96, la f = frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

Respecto al nivel de miedo a la muerte en PAM sin pareja marital, se encontró que casi la totalidad de los sujetos que participaron en la investigación resultaron con niveles entre medio y alto, similar a lo reportado por Duran-Badillo et al., pese a que se ha identificado poca evidencia científica en relación con esta variable, estos resultados ponen en evidencia que el miedo ante la muerte está presente en esta población lo que incrementa su vulnerabilidad.

La muerte es una verdad que todos los seres vivos experimentarán, su cercanía por el propio proceso de envejecimiento, padecimiento de enfermedades crónicas e incluso la experiencia de la muerte de otros puede incrementar el miedo ante la muerte (Santos et al., 2023). En este caso, esto se vio reflejado al identificar que un porcentaje elevado de PAM reportaron padecer enfermedades crónicas lo que podría ser un factor relacionado, sin embargo, no se constató a través del análisis estadístico.

Así mismo a pesar que un poco más de la mitad vivía con su familia, mostró miedo a la muerte, lo cual podría deberse a que el miedo y la tristeza suelen estar relacionados a la incertidumbre sobre la situación en la que quedarán sus familiares una vez que ellos fallezcan, por la preocupación a

no volver a verlos, a dejar de vivir momentos juntos, a que sentirán, y como afrontarán este suceso (Bauer-Mancilla et al., 2022), por lo que se sugiere que en futuros estudios se profundice en el análisis de estas variables, incluyendo el tipo de enfermedad crónica, tiempo de padecerla, adherencia al tratamiento y así como con quien cohabitan.

Otra característica que presentó esta muestra de sujetos fue que, aunque diferentes, pero todos practican alguna religión, donde, el dilema de lo que hay después de la muerte puede incrementar el miedo, por ejemplo, en el cristianismo se plantea que la vida es transitoria y con ello se propone que la muerte en la vida terrenal es el mecanismo de evolución a la inmortalidad. Por lo tanto, la religión se postula como un mediador del comportamiento humano para alcanzar la vida eterna (Silva & Herrera, 2022) lo que podría generar miedo ante la muerte por el temor a no estar preparados para alcanzar la vida eterna.

## Conclusiones

El proceso de envejecimiento es un periodo de la vida que puede generar miedo a la propia muerte y a la de los seres queridos, lo que a su vez impacta negativamente en el bienestar y salud emocional de la PAM, ya que se generan emociones desfavorables como la depresión y ansiedad; por lo que es significativo que, como parte de su atención integral se contemplen planes de intervención psicológica para ellos y sus familiares (Santa-Cruz-Espinoza, 2024), que los orienten y preparen para afrontar el proceso de morir.

Casi la totalidad de las PAM sin pareja resultaron con un nivel de miedo a la muerte entre medio y alto, lo que pone en evidencia que los profesionales de enfermería deben centrar su atención en este grupo vulnerable para la elaboración e implementación de cuidados que permitan mitigar o disminuir el miedo ante la muerte en PAM. Así mismo, debido a que es poca la evidencia científica identificada en relación con este fenómeno es necesario continuar con el desarrollo de investigaciones para explicar esta problemática.

## Referencias

- ALONSO, J. D., Castedo, A. L. y López, A. B. (2017). Evaluación de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores ourensanos. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, (14), 87-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6348914>

- BAUER-MANCILLA, M. F., Mancilla-Muñoz, E. A., & González-Sepúlveda, M. A. (2022). Percepción del concepto de muerte en personas mayores, de la región de los lagos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2675-2704. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3721](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3721)
- CAMARGO, C., & Chavarro, D. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Univ. Med*, 61(2), 1-8. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-2.essm>
- DAHLBERG, L., McKee, K., Frank, A., Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment Health*, 26(2), 225-49. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- DURAN-BADILLO, T., Maldonado-Vidales, M., Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., Ávila-Alpírez, H., & López-Guevara, S. J. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería global*, 19(58), 287-304. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000200010&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200010&nrm=iso)
- GALA, F., Lupiani, M. R., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M. & Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es&tlng=es)
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2019). Envejecimiento y vejez. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2024). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), 2023 <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020: síntesis metodológica y conceptual*. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197537.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197537.pdf)
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2020). Presentación de resultados Tamaulipas. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020\\_pres\\_res\\_tamps.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_tamps.pdf)

- LESTER, D. (1969). Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester. En Neimeyer RA. Neimeyer, R. (Ed.), *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (1ª ed., pp. 57-72). Paidós Iberica Ediciones.
- MARTÍNEZ, I., J., Dueñas, H. R. Onís, V. M. C., Aguado, T. C., Albert, C. C., & Luque, L. R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. <https://medes.com/publication/3015>
- MIRANDA, D., Hussein, B., Fernández, M., Paz, G. M. (2022). Attitudes and anxiety towards death in elderly people from 2 different cultures: Spain and Egypt. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 57(3), 168-73. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.02.002>
- MONDRAGÓN-SÁNCHEZ, E. J., Torre-Cordero, E. A., Morales-Espinoza, M. d. L. y Landeros-Olvera, E. A. (2015). A Comparison of the Level of Fear of Death among Students and Nursing Professionals in Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 323-328. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3550.2558>
- NATIONAL Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: A consensus study report*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2024, octubre). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- PAIS, R., Ruano, L., Carvalho, O., Barros, H. (2020). Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults-A Systematic Review. *Geriatrics*, 5(4), 1-16. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040084>
- QUINTERO, S. & Simkin, H. (2020). Adaptación y validación al español de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester “FODS”; Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales; *Subjetividad y Procesos Cognitivos*; 24(1), 84-93 <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprogog/article/view/897>
- SANCHÍS-FERNÁNDEZ, L. (2018). *Afrontamiento del miedo a la muerte*. (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, España. <https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>
- SANTA-CRUZ-ESPINOZA, H. (2024). Soledad y ansiedad ante la muerte en adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería*, 40. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6161>

- SANTOS, P., Monzón, S., Vicente, J., Valero, A., León, I., & Martín, N. (2023). Miedo a morir en adultos mayores. Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(6), 54. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/miedo-a-morir-en-adultos-mayores-una-revision-sistemática/>
- SECRETARÍA de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud (1984). <https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/pdf/LGS.pdf>
- SILVA, J. J., & Herrera, N. V. (2022). Muerte y vida después de la muerte: creencias científicas y religiosas ¿Conflicto, coexistencia o independencia?. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 29 (10), 92-113. <https://acupsi.org/revista-alternativas-cubanas-en-psicologia-vol-10-no-29/>
- URIBE-RODRÍGUEZ, A. F., Valderrama, L., Durán-Vallejo, D. M., Galeano-Monroy, C., Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Act Colom Psicol*, 11(1), 119-26. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79811112.pdf>
- URIBE, A. F., Valderrama, L., López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 109-120. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>
- VIEL, S. (2019). La experiencia emocional de envejecer. *Temas de Psicoanálisis*, 17, 1-11. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer.-1.pdf>



## Capítulo 14

# Estereotipos hacia la sexualidad en adultos mayores de Saltillo Coahuila

---

EDENY ADRIANA PEREZ VAZQUEZ  
REYNA TORRES-OBREGON  
MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA  
CECILIA IXEL MAZATAN OCHOA

### Introducción

La vejez es una etapa de la vida en la que se busca disfrutar de los logros alcanzados en el ámbito laboral, económico, familiar y social, a nivel mundial la esperanza de vida ha incrementado en comparación de años anteriores, encontrándose en los 60 años o más. La organización Mundial de la Salud (2022), informó que para el año 2050, se espera que la población mundial de personas de 60 años o más se haya duplicado, alcanzando los 2,100 millones. Además, se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, llegando a un total de 426 millones.

En esta etapa la sexualidad se ve afectada debido a que ya no se considera como un componente vital de la vida humana; los comportamientos y orientaciones sexuales varían y pueden estar relacionados con la salud mental, se debe aceptar que la sexualidad es un conjunto de pensamientos, conductas, actos, fantasías y atracciones que van más allá de la reproducción, es relevante considerar que el desarrollo sexual inicia antes del nacimiento y continúa a lo largo de la vida hasta llegar a la etapa de la vejez (Quevedo León, 2013).

La sexualidad ha experimentado grandes cambios a lo largo de la historia. El acto sexual ha dejado de tener un propósito exclusivamente reproductivo y ha evolucionado hacia una perspectiva en la que el placer, de cualquier individuo, cobra un papel central. Sin embargo, resulta contradictorio que aún persistan conocimientos erróneos, tabúes y moralismos que promueven actitudes discriminatorias hacia la sexualidad en los adultos mayores (Moreno, 2023). Existe un porcentaje de adultos mayores que reprimen sus deseos y necesidades sexuales, atrapadas por creencias y estereotipos sociales que arrastran de generaciones pasadas, y limitadas por una educación que no contemplaba la sexualidad plena en la vejez (Mirabal et al., 2019).

Torres y Rodríguez (2020), identificaron que las personas mayores enfrentan diversas barreras para expresar su deseo sexual, entre ellas los estereotipos sociales que limitan la sexualidad en esta etapa de la vida, la falta de espacios de intimidad y la percepción de la sexualidad como algo ligado exclusivamente a la procreación o a una obligación dentro del matrimonio. Además, el miedo a los prejuicios de quienes los rodean ya sea la familia o el personal en las instituciones donde residen, también dificulta la expresión de su sexualidad.

La sexualidad en la vejez suele verse limitada por estereotipos sociales, falta de privacidad y la percepción de que solo tiene un propósito reproductivo. Aunque existen avances hacia una visión más plena del placer y la expresión sexual, persisten tabúes y prejuicios que afectan especialmente a los adultos mayores. Muchos reprimen sus deseos debido a creencias heredadas y a la educación recibida, mientras el miedo al juicio de familiares o cuidadores también actúa como una barrera significativa para su bienestar sexual.

## **Objetivo general**

- Identificar estereotipos hacia la sexualidad de los adultos mayores.

## **Objetivo específico**

- Describir los datos sociodemográficos de los adultos mayores.
- Comparar estereotipos hacia la sexualidad entre hombres y mujeres adultos mayores.

## **Metodología**

Para la realización de este estudio se propuso un diseño descriptivo ya que la variable de estudio son los estereotipos hacia la sexualidad en el AM y no se busca manipular ni relacionar con ninguno otro fenómeno.

La población fueron personas adultas mayores residentes de la ciudad de Saltillo Coahuila, la muestra estuvo compuesta por 150 AM con un intervalo del 95% y un margen de error de 0.5, fue calculado a través de la calculadora online QuestionPro, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia obtenido por vía online.

### *Criterios de inclusión*

Adultos mayores que tuvieron pareja sexual a lo largo de su vida.

### *Criterios de exclusión*

Adultos mayores que no brindaron su consentimiento vía online para participar en el estudio.

Se aplicó un conjunto de instrumentos de medición que estuvieron conformados por una cédula de datos personales donde se solicitó colocaran, edad, sexo, estado civil, escolaridad y número de parejas sexuales a lo largo de su vida.

Se aplicó el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (CASV) (Orozco y Rodríguez 2006), el cual tiene 14 preguntas que investigan tres áreas: prejuicios (1,2,3,4,8,12 y 14), derechos y limitaciones (5, 9, 10 y 11) y mitos (6, 7 y 13). Los ítems respuestas tipo likert, que van desde “completamente falso” hasta “completamente cierto”, siendo el ítem 5 el único que se puntúa en sentido inverso. Las puntuaciones varían entre 14 y 70; es decir a mayor puntuación, más negativa es la actitud hacia la sexualidad.

Para la construcción del presente estudio se requirió aprobación al Departamento de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

La recolección de datos fue por vía online, el cuestionario estuvo disponible en la plataforma “Google Formularios”, la estructura de este estaba conformado en primer lugar por el consentimiento informado además del objetivo del estudio. Al seleccionar la opción “acepto”, el participante accedía a la cédula de datos sociodemográficos, cabe mencionar que no se solicitó ningún dato de identificación personal ni datos que lo identificaran, garantizando así el anonimato y la confidencialidad.

Se realizó difusión del estudio en las redes sociales como Facebook y WhatsApp, en las cuales se incluyó el enlace, se compartió en dichos medios hasta lograr recolectar el número de la muestra.

El estudio se apego a lo descrito en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987). En la cual se establecen lineamientos y principios generales para la investigación científica con seres humanos. En la cual se establecen consideraciones éticas para la creación de la investigación en el área de las ciencias

de la salud, garantizando la dignidad humana, bienestar de la persona y sus derechos (Artículo 13). Se brindó a los participantes la libertad de elegir si deseaba o no participar en el estudio.

Los datos se analizaron en el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Se utilizó estadística descriptiva, para determinar las características de los participantes y frecuencias y porcentajes para variables categóricas, mientras que para las variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente se evaluó la normalidad de los datos utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Finalmente, para comparar los estereotipos hacia la sexualidad entre hombres y mujeres se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

## Resultados

### *Consistencia interna del instrumento (CASV)*

Previamente al análisis estadístico se evaluó la consistencia interna del instrumento aplicado, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach .729 para el Cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez, por lo cual se considera que el instrumento cuenta con confiabilidad aceptable (Cascaes da Silva et al. ,2015).

Posteriormente el análisis estadístico se examinó la distribución para la variable del estudio por medio de la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov. El resultado mostro que se trató de una distribución no normal ( $D= .169$ ,  $p =.000$ )

### *Estadística descriptiva*

Para dar respuesta al objetivo específico, que consistió en describir los datos sociodemográficos se encontró que el género femenino predominó con un 52.7% ( $f=79$ ), la edad de AM en un rango de 60- 69 obtuvo 65.3% ( $f= 98$ ), en estado civil 56% ( $f= 84$ ) se encuentra viudo, en escolaridad se encontró que un 23.3% ( $f= 35$ ) tiene un grado de estudio en secundaria, se obtuvo que los AM tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales a lo largo de su vida 54% ( $f= 81$ ).

Dando respuesta al objetivo general planteado los AM obtuvieron un valor mínimo de 20 y un máximo de 53, con una media de 34.39 ( $DE=6.03$ ),

con dichos resultados se concluye que, si existen estereotipos negativos hacia la sexualidad en AM de Saltillo, Coahuila.

Además, analizando los 3 dominios del instrumento (Véase Tabla 1) se identificó que la población encuestada tiene un concepto negativo en aspectos de la Sexualidad en AM, como lo es en andropausia, los cambios en el envejecimiento y la impotencia en los ancianos, por resaltar algunos.

**Tabla 1. Estadística descriptiva de los dominios del CASV de los AM en Saltillo.**

| Items                                                                                                                      | CF |     | F  |      | NFNV |      | V  |      | CV |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|------|------|------|----|------|----|-----|
|                                                                                                                            | f  | %   | f  | %    | f    | %    | f  | %    | f  | %   |
| Prejuicios                                                                                                                 |    |     |    |      |      |      |    |      |    |     |
| ¿La andropausia (cambios físicos y sexuales degenerativos a través de la edad en los hombres) marca el inicio de la vejez? | 15 | 10  | 19 | 12.7 | 31   | 20.7 | 85 | 56.7 | 0  | 0   |
| Derechos y limitaciones                                                                                                    |    |     |    |      |      |      |    |      |    |     |
| ¿Los cambios que trae el envejecimiento impiden tener actividad sexual?                                                    | 21 | 14  | 40 | 26.7 | 52   | 34.7 | 30 | 20   | 7  | 4.7 |
| Mitos                                                                                                                      |    |     |    |      |      |      |    |      |    |     |
| ¿Los ancianos son impotentes?                                                                                              | 7  | 4.7 | 49 | 32.7 | 69   | 46   | 13 | 8.7  | 12 | 8   |

Nota: CF= Completamente falso; F= Falso; NFNV= Ni falso ni verdadero; V=Verdadero; CV=Completamente verdadero; f= frecuencia; %=porcentaje. N=150

Para finalizar, se da respuesta al último objetivo específico, en el cual se obtuvo que existe diferencia significativa entre género en los estereotipos hacia a sexualidad en los AM. (Tabla 2)

**Tabla 2. Estadística de empate en el CASV aplicado a AM de manera virtual**

| Variable                                            | Grupos  | N  | U    | P    |
|-----------------------------------------------------|---------|----|------|------|
| Estereotipos hacia la sexualidad en el Adulto Mayor | Hombres | 71 | 1283 | .000 |
|                                                     | Mujeres | 79 |      |      |

Nota= n=150, U = U de Mann-Whitney, p = significancia estadística. Datos procesados en SPSS del instrumento CASV aplicado en AM

## Discusión

La presente investigación demostró que el género femenino fue el que más predominó con un 52.7%, así mismo como la investigación de (Cuevas, Casimiro y Flores, 2016) de la percepción de la sexualidad en la vejez, donde al igual predominó el sexo femenino con un porcentaje del 52%, esto podría ser porque el sexo femenino tiene mayor disposición para la participación y apertura para tema de sexualidad por ende no se sienten retenida o avergonzada por el tipo de preguntas realizadas.

Se encontró que existen estereotipos negativos hacia la sexualidad con una media de 34.39 en el presente estudio lo que concuerda con Bejarano et al., (2021) el cual informa que el placer obtenido en los mayores de 65 años es igual o superior a pesar del envejecimiento y/o la edad a juicio de los encuestados, considerando que el estado civil no debe influir en la sexualidad de la persona mayor. A pesar de creer que los adultos mayores mantienen el interés por disfrutar su sexualidad y conceder su aprobación, se sigue creyendo que la población en general no les brinda el apoyo necesario para gozar de ella sin prejuicios ni tabús.

Cáceres et al. (2019) señalan que la sexualidad en la vejez debe comprenderse desde un modelo más permisivo que enfatice el placer y la intimidad más allá del coito. Esto desafía los estereotipos tradicionales que minimizan la relevancia de la sexualidad en personas mayores y promueve una visión más inclusiva de la diversidad sexual en esta etapa.

## Conclusión

Se debe considerar que los adultos mayores son personas totalmente activas y participativas dentro de la sociedad, a través de los años el grupo de AM ha incrementado, saber cómo atender en gran mayoría sus necesidades favorecerá a su envejecimiento y es por esto por lo que deben ser tratados con el menor de los estereotipos dentro de cualquiera de sus facetas.

En respuesta al objetivo planteado dentro de este estudio, centrado en identificar los estereotipos que el adulto mayor cree que existen dentro de su sexualidad y la diferencia que hay entre ambos géneros, los resultados arrojan que existen estereotipos negativos entre la población de estudio, con diferencia entre el género. Predominan las percepciones de estereotipos negativos, aunque existieron pocos ítems donde el nivel de estereotipo es positivo.

Los adultos mayores encuestados consideran que tienen derecho al amor, pero no a ejercerlo en público o creen que no pueden disfrutar de las relaciones sexuales y de considerar sus muestras de amor como ridículas, aunque también es importante el reconocimiento de que la sexualidad no solo está ligada a fines de reproducción y placer.

Una visión negativa del envejecimiento y la sexualidad puede desencadenar una serie de problemáticas hacia al adulto mayor, de este modo no se encontrará una actitud realista sobre el proceso de envejecimiento en conjunto con la sexualidad. Esta prevención debe de comenzar desde los valores y creencias que tiene cada adulto mayor sobre su sexualidad.

## Referencia

- BEJARANO Gómez, María del Carmen, Braojos Bautista, Rosana, Díez García, María Rosa, Prieto Sánchez, María del Carmen, & Sánchez Díez, Sandra. (2021). El sexo en la vejez visto desde el resto de la sociedad. *Gerokomos*, 32(3), 149-153. Epub 25 de octubre de 2021.
- CASCAES da Silva, F., Gonçalves, E., Valdivia Arancibia, B. A., Grazielle Bento, S., Da Silva Castro, T. L., Soleman Hernández, S. S., et al. (2015). Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32, 129. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1585>
- CUEVAS, P. C., Casimiro, R. B., & Flores, R. C. F. (2016) Percepción de la sexualidad en la vejez. Jorge Ignacio Peña González Rector José Ángel González Rodríguez secretario de Rectoría, 23.
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores. (5 de marzo, 2019). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- MORENO, D. M., & Suñol, D. C. (2023). LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR. UNA MIRADA DESDE LO SOCIAL. *Revista Caribeña De Ciencias Sociales*, 9(2). Retrieved from <https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/2150>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2020). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,%C3%BA%20ultima%20instancia%2C%20a%20la%20muerte>.
- OROZCO, I., & Rodríguez, D. D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología, Ciencia y Sociedad*, 8, 1-15.

- PERDOMO Cáceres, A. B., & Perdomo Cáceres, M. A. (2019). La educación sexual: su camino por la formación de enfermería. *Redalyc. Ciencias de la educación*. Centro Nacional de Educación Sexual, Cuba; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360671311020>.
- QUEVEDO Leon, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. En *Revista cultura del cuidado* (págs. 70-79).
- TORRES Mencía, Sara, & Rodríguez Martín, Beatriz. (2019). Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201909059.07 de septiembre de 2020 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1135-57272019000100105&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1135-57272019000100105&lng=es&tlng=es).

## Capítulo 15

# Papel del género en la percepción del envejecimiento y salud, emociones, espiritualidad y factores socioeconómicos: Una revisión de alcance

---

LUZ ELENA RODRÍGUEZ MEJÍA

ALEJANDRO MORALES JINEZ

ALMA ROSA QUIROZ GUERRA

SONIA GUADALUPE PAZ NAVARRO

## Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional ha iniciado desde la etapa de la disminución de la mortalidad a edades tempranas y aunada a esto, el descenso de la fecundidad que ha traído como consecuencia la transición demográfica, en la cual la población joven se ha disminuido y la población adulta ha estado aumentando (Organización Panamericana de la Salud, 2023). En el mundo el incremento de las personas mayores de 65 años se está dando de forma acelerada, pues está pasando de un 10% en el 2022 al 16% proyectado para el 2050. Las personas de 65 años y más será para esa fecha el doble que los niños menores de 5 años y en número similar a los niños de 12 años (Naciones Unidas, 2022).

En México, según la INEGI (2022) en el 2022 el 14% de la población total son personas mayores de 60 años, de acuerdo con el género, los hombres corresponden al 13% y las mujeres ocupan el 15%. Para el 2050 se estima una proporción del 24.1% de personas mayores de 60 años y el índice de feminización se incrementará de 131, 137 y 140 acorde con el grupo de edad 65, 75 y 85 años respectivamente (Kánter, 2021).

Es importante destacar, que con el envejecimiento se presenta una serie de cambios en las esferas o componentes básicos de todo ser humano, es decir, en las dimensiones física, psicológica, espiritual, económica y social.

- a. A nivel físico se presentan cambios en todos los aparatos y sistemas humanos como resultado de cambios morfológicos, estructurales, fisiológicos y bioquímicos, dando como consecuencia una disminución a las respuestas de dichos sistemas ante estresores externos

o procesos internos que demandan adaptación o alostásis corporal (Aranda Boyzo & Pérez Felegrino, 2021).

- b. En la dimensión psicológica se presentan cambios derivados de lo que algunos autores llaman como ganancias y pérdidas. Las ganancias son representadas como tener tiempo disponible para realizar actividades que antes era difícil hacer como viajar, aprender actividades nuevas, realizar ejercicio, dedicar tiempo para el cuidado a sí mismo y tener más tiempo para disfrutar en familia, lo cual fortalece la resiliencia y la capacidad de afrontamiento en el adulto mayor. Las pérdidas se refieren al abandono del hogar por parte de los hijos cuando son mayores e inician una vida independiente, el finalizar la etapa laboral e iniciar con la jubilación y el enlentecimiento de las capacidades a nivel cognitivo. Si las ganancias son menores y pérdidas tiene un mayor peso en la vida de las personas mayores pueden generar sentimientos de soledad, tristeza, depresión, angustia, aburrimiento y preocupación (Aranda Boyzo & Pérez Felegrino, 2021).
- c. En el área espiritual se fortalece y se vuelve más importante durante esta etapa de la vida, ya que al ver el declive físico, la presencia de enfermedades crónicas, así como las situaciones familiares y económicas difíciles, las personas mayores recurren a la espiritualidad mediante la religión para encontrar consuelo y fortaleza. Asimismo, se ha observado un efecto positivo en la salud cuando las personas se apegan a prácticas o rituales religiosos frecuentes, conformándose como un factor protector importante (Ramírez Pérez et al., 2022).
- d. El factor económico es importante de destacar puesto que la mayoría de adultos mayores se muestran vulnerables económicamente, pues manifiestan una situación económica regular o mala, circunstancia que pone en riesgo su salud, sobre todo aquellas que ya padecen enfermedades crónicas (Orozco & González 2021).
- e. Finalmente, en el aspecto social la cultura juega un papel imprescindible, debido a que la vejez es una construcción a nivel social e individual, que se desprende de situaciones familiares e historia de vida personal, la educación, leyes y políticas gubernamentales, la economía y los valores éticos. Los aspectos antes descritos permiten visibilizar el ciclo vital de la vejez como deterioro o éxito, utilidad o inutilidad social, inclusión o exclusión, incluso alguien con valía o una carga (Aranda Boyzo & Pérez Felegrino, 2021).

Por último, los cambios durante la vejez, previamente abordados, son diversos y dependen de un conjunto de factores de tipo económicos, políticos, culturales, familiares, educativos y de género. En este sentido, el género toma un papel central en el ciclo de vida de la vejez, ya que es determinante clave en materia de salud. El género se conceptualiza como una construcción social y cultural que involucra una serie de roles y actitudes que se espera realicen los hombres y mujeres dentro de un contexto específico. Estos roles y actitudes están impuestos y son fortalecidos por diversas estructuras sociales como son la familia, la escuela, el trabajo, etc. (Serón Díaz & Catalán A, 2021).

Bajo esta perspectiva, el género de las personas que demandan atención en salud, aquellas que la brindan y la estructura de los servicios de salud juegan un papel central en cómo se recibe, cómo se brinda y de qué manera se ofrece el cuidado. Esto pone en desventaja a la mujer, ya que son quienes viven más, pero no siempre lo hacen en las mejores condiciones de salud y tienen mayor demanda de atención sanitaria. Aunado a lo anterior, el proveedor de atención a la salud brinda cuidados a la salud bajo una perspectiva propia, haciendo que la comunicación e incluso los tratamientos sean distintos para hombres y mujeres, aunque el diagnóstico sea el mismo (Álvarez-Díaz, 2020).

Es importante que se analice el contexto en el cual se otorgará el cuidado a la salud del adulto mayor, ya que se habla de una realidad en la que existe un incremento de personas mayores con enfermedades crónicas que requieren muchos cuidados y con un sistema de salud insuficiente para dar cubrir todas las necesidades de este grupo considerado como vulnerable. Agregando también, que desde el punto de vista social la vejez se ve envuelta en estereotipos negativos que tienen como consecuencia la discriminación y maltrato. Como disciplina es necesario reflexionar sobre el papel central que juega la profesión para cambiar estos hechos y generar estrategias que fomenten el envejecimiento saludable, asimismo, en generar conciencia en el personal de salud y generaciones más jóvenes que ayuden a visualizar la vejez de una forma positiva, como una etapa de autorrealización, sabiduría y con perspectiva de género (Ponce Hernández, 2022). Es por ello que el objetivo de este trabajo es realizar una revisión de literatura acerca de la autopercepción en la salud física, mental, espiritual, económica y social en hombres y mujeres adultos mayores.

## Metodología

Para responder al objetivo del presente estudio se realizó una revisión de alcance, ya que es forma de sintetizar conocimiento que aborda una pregunta de investigación exploratoria destinada a mapear conceptos clave, tipos de evidencia y lagunas en la investigación relacionada con un área o campo definido mediante la búsqueda, selección y síntesis del conocimiento existente (Colquhoun et al., 2014). Ésta se realizó siguiendo los siguientes pasos: 1) Identificación del tema para realizar la revisión, 2) realizar la búsqueda de artículos, ésta se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, Google Scholar, Science Direct y Lilacs utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en español e inglés: Envejecimiento (aging), género (gender), percepción (perception), salud (health), espiritualidad (spirituality), emoción expresada (expressed emotion), económico (economic) y social (social). 3) se seleccionaron los artículos relevantes en base a los siguientes criterios: Incluyeran un análisis basado en el género masculino y/o femenino, cualquier enfoque y/o método de investigación, que incluyeran adultos mayores de 60 años y más en sus muestras, que abordaran la autopercepción o significado desde el punto de vista del participante mayor, que fueran recientes (últimos 5 años), 4) se agruparon los artículos en tablas divididos en dimensiones: a) autopercepción de la salud, b) autopercepción psicológica y espiritualidad y, c) dimensión económica y social, y finalmente, 5) se realiza un análisis y síntesis de los resultados principales.

## Resultados

Se recuperaron 17 artículos que cumplían con los criterios de inclusión, se agruparon y se dividieron en las siguientes áreas por género: 1) Autopercepción de la salud, 2) autopercepción psicológica y espiritualidad, y 3) dimensión económico y social.

En la revisión de la literatura en cuanto a las condiciones de salud, Simón et al. (2023), señalan que la autopercepción de la salud en las mujeres mayores fue inferior, excepto en dos subescalas, esto tomando en cuenta la adhesión a una dieta saludable, el estilo de vida, la actividad física, algunas actividades básicas y evaluando el riesgo de sarcopenia. En el estudio de González, Millán y Betancourt (2022) no se presentaron diferencias en la percepción de algunos indicadores de salud, aun con la presencia de algunas enfermedades crónicas.

Los estilos de vida saludables son clave para el desarrollo de un envejecimiento saludable, Guallo y Parreño (2021) destacan la importancia de hábitos saludables que generan un buen estado de salud previniendo afecciones tanto físicas como mentales, y dado los cambios por la edad son primordiales para disminuir el riesgo o control de enfermedades crónicas y por ende dependencia o discapacidad.

Pedroso-Chaparro et al. (2022) encontraron que las mujeres tienen una percepción del envejecimiento negativo y a su vez se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión. Igualmente se pierde el control percibido mostrándose sintomatología de ansiedad y depresión, agregándose sentimientos de culpa y percibiéndose como una carga.

En un estudio cualitativo con solo mujeres adultas mayores viudas, Lustosa et al. (2019) indicó que la mayoría de las mujeres se auto percibían con buena su salud enfatizando que tenían el apoyo de su familia y tenían sus enfermedades controladas, sin embargo, la pérdida de compañía en su viudez sí afectaba su salud pues manifestaban soledad.

López-Rincón et al. (2019) realizaron una comparación entre hombres y mujeres adultos mayores de su calidad de vida no encontrando diferencias significativas, pero en algunas dimensiones que se relacionan con la salud física sí hubo diferencias estando en desventaja el género mujer. En otro estudio de adultos mayores en este caso jubilados, se buscaban diferencias en la calidad de vida y niveles de satisfacción con la salud de los participantes encontrando que los varones presentaron niveles inferiores (Hermida, et al., 2024).

En la autopercepción psicológica y espiritualidad (tabla 2) los estudios revisados desde el punto de vista emocional y espiritual en el adulto mayor y el rol de género observando lo siguiente: los estudios en su mayoría muestran diferencias considerables en las mujeres en el aspecto emocional dado que ellas se sienten activas, útiles, con seguridad emocionalmente, sienten el apoyo de la familia a diferencia de los hombres ellos mencionan no sentir esa compañía ni apoyo emocional pero por otro lado ellos sienten mayor control del entorno y de las emociones (Iraizoz et al 2022, Benavente 2019). Dato importante es que en las mujeres el mantenerse realizando algún ejercicio lo sienten como apoyo para balancear la carga del día (Flores 2023). Otros resultados indican la vulnerabilidad que sienten las mujeres, la discriminación, la restricciones por el proceso de envejecimiento (Guzmán 2024) y mencionan que en los hombres está más asociada a la depresión pero esto cambia si ellos viven acompañados y practican la espiritualidad (Gallardo, 2020).

En la siguiente dimensión económico social en la persona adulta mayor por género ha sido poco abordada, los estereotipos como constructo social también está presente en la población adulta mayor, en el estudio de Cerquera, Flores y Linares (2010) encontraron que en las personas adultas mayores es aceptado más por las mujeres que por los hombres el que a partir de los 60 años el deterioro de la salud es más fuerte, pudiéndose atribuir a los aspectos económico-sociales diferenciados entre hombres y mujeres.

De acuerdo con Navarro, Salazar, Schnettler y Denegri (2020), el hombre presenta mayor satisfacción financiera a diferencia de la mujer, lo cual puede estar influido por la diferencia de rol social entre hombre y mujer en la edad adulta, en esta etapa de vida el hombre desarrolla actividades institucionales lo cual le permite acceder a un sistema de pensión y jubilación en tanto que la mujer tiene poca participación en actividades remuneradas o institucionales lo que a limita el acceso a los sistemas de jubilación y pensión (Sánchez, 2011, Salgado y Wong, 2007).

La vulnerabilidad de la mujer adulta mayor, Salgado y Wong (2007) la atribuyen al relativo bajo nivel educativo, la falta de pareja durante la vejez y la pérdida económica e institucional por la viudez, en tanto que en el hombre la participación económica lo predispone a un poco de interacción social y familiar por tanto una red de apoyo débil en la etapa de adulto mayor lo que lo hace vulnerable.

En cuanto a los aspectos económicos por ausencia de ingresos, la volatilidad de los mismos o la falta de protección social obliga a que las personas adultas mayores a contribuir económicamente en los núcleos familiares por lo cual el adulto mayor requiere trabajar, pero sólo consigue empleos no formales con baja remuneración económica (Tacumá, 2019) o sin remuneración económica con roles autoimpuestos de actividades del hogar o del cuidado de niños en el hogar por las mujeres por la ayuda económica que reciben de los hijos o hijas (Salgado y Wong, 2007).

Los aspectos económico-sociales descritos pueden ser detonantes de incremento en la persona adulta mayor a la dependencia y vulnerabilidad condicionándolo a presentar alteraciones de salud de dependencia física, psicológica y social (García, 2013) lo cual incrementa los requerimientos económico-sociales en la persona adulta mayor y no favorece la autonomía e independencia a la que tiene derecho la persona adulta mayor para que pueda vivir en plenitud.

## Discusión

El objetivo de este trabajo a través de la revisión fue identificar la autopercepción en la salud física, emocional, espiritual, económica y social en hombres y mujeres adultos mayores y de esa manera conocer la autopercepción del envejecimiento por género, observándose el más afectado el ser mujer y en su contexto se observan aspectos presentes para tener la percepción negativa tales como los estilos de vida, estereotipos del envejecimiento, discriminación, situación económica desfavorable y situaciones sociodemográficas que los hace vulnerables como el nivel educativo y no tener pareja o ser viuda. Algunos aspectos influyeron para tener una percepción positiva sobre el envejecimiento, en este caso, el apoyo familiar y el control de las enfermedades, así como tener un ingreso económico adecuado. En ambos géneros afecta la situación económica y pone en riesgo su salud.

Los estilos de vida saludables son clave para el desarrollo de un envejecimiento saludable, Guallo y Parreño (2021) destacan la importancia de hábitos saludables que generan un buen estado de salud previniendo afecciones tanto físicas como mentales, y dado los cambios por la edad son primordiales para disminuir el riesgo o control de enfermedades crónicas y por ende dependencia o discapacidad.

Los estereotipos negativos generalmente se atribuyen al generalizar el envejecimiento con debilidad y deterioro físico y conducen a la discriminación. Desafortunadamente la autopercepción de esos estereotipos se vuelven realidad debido a la falta de adaptación y generación de estrés que produce la aparición de enfermedades tanto físicas como psicológicas (González, Luna & Gámez, 2023). Por el contrario, una percepción positiva induce a la persona mayor a la participación en todos los ámbitos lo que contribuye al bienestar en general como lo indica la Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE (2023) .

El apoyo familiar se apega más en las mujeres mayores pues por su rol social de género lo cual las coloca como protectoras y/o cuidadoras y además les ayuda a afrontar aspectos negativos y aumentar su bienestar psicológico, de igual manera la espiritualidad destaca sentimientos de gratitud, paz y tranquilidad e impulsa un desarrollo personal positivo (Agüero, Moreno & Salgado, 2020).

No obstante, el factor económico y el nivel educativo son clave para sobrellevar el envejecimiento adecuadamente, pues estudios muestran que a mayor ingreso económico mejor envejecimiento saludable, además el nivel educativo ayuda a tener un empleo y generar recursos para mantener

una vida de calidad. Además, el duelo ante la pérdida marital que es más frecuente en las mujeres y que implican cambios en aspectos emocionales, sociales y familiares conlleva riesgo de soledad (Curcio, Giraldo & Gómez, 2020; Chaparro, Carreño & Arias-Rojas, 2020).

## Conclusiones

Se concluye que la percepción del envejecimiento tiene que ver con el género y otros factores que afectan o benefician a los adultos mayores entre ellos percibirse bien en la salud física y emocional, practicar la espiritualidad, contar con el apoyo familiar y contar con los recursos económicos indispensables para vivir saludablemente.

Los profesionales de la salud deben comprender la feminización de la vejez y contribuir a proporcionar entornos que permitan el desarrollo de los adultos mayores en particular a las mujeres, entre ellos mejorar su autoestima y mejorar su percepción del envejecimiento para que sea positivo y saludable.

## Referencias

- AGÜERO, J., Moreno, N. & Salgado, C. (2020). Significados atribuidos al envejecimiento: una revisión integrativa. *Gerokomos*, 31(2), 81-85. Epub. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200005&lng=es&tlng=es).
- ÁLVAREZ-DÍAZ, J. A. (2020). La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, 88(3), 383-388. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>
- ARANDA Boyzo, B. L., & Pérez Felegrino, V. E. (2021). Exploración del significado de vejez y envejecimiento en el adulto mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2), 675-697. [www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin)
- BENAVENTE, M. H., & Quevedo, M. P. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 10(1), 21-29. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>
- CERQUERA, C.A., Flores, J.L. y Linares, R.M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Nor-*

- te. núm. 31, septiembre-diciembre, 2010, pp. 407- 428. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>
- COLQUHOUN, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. In *Journal of Clinical Epidemiology* (Vol. 67, pp. 1291-1294). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- CURCIO, C., Giraldo, A. & Gómez, F. (2020). Fenotipo de envejecimiento saludable de personas mayores en Manizales. *Biomédica*, 40(1), 102-116. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4799>
- FLORES, A. (2023). Estados emocionales y vejez: relatos de mujeres envejeciendo, pero ejercitando el cuerpo y el alma. *Mujer Andina*, 1(2), 198-211.
- FUNDACIÓN Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas . Recuperado de: <https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2023/11/MCE-01-Demografia-Octubre12-2023.pdf>
- GALLARDO-PERALTA, Lorena, & Sánchez-Moreno, Esteban. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- GARCÍA, P.F. (2013). Autopercepción de Salud y Envejecimiento. *Ciencia e Innovación en Salud*. Vol. 1 (1): pp. 69 – 77.
- GONZÁLEZ A., Millán, A. & Betancourt D. (2022) Percepción de salud física y mental en adultos mayores del Estado de México. *Revista de Psicología de la universidad Autónoma del Estado de México. Volumen 11, No. 26, fascículo1. ISSN2007-7149* Recuperado en: [https://www.researchgate.net/publication/361875917\\_percepcion\\_de\\_salud\\_fisica\\_y\\_mental\\_en\\_adultos\\_mayores\\_del\\_estado\\_de\\_mexico/fulltext/637ebe702f4b-ca7fd087be11/percepcion-de-salud-fisica-y-mental-en-adultos-mayores-del-estado-de-mexico.pdf?origin=scientificContributions](https://www.researchgate.net/publication/361875917_percepcion_de_salud_fisica_y_mental_en_adultos_mayores_del_estado_de_mexico/fulltext/637ebe702f4b-ca7fd087be11/percepcion-de-salud-fisica-y-mental-en-adultos-mayores-del-estado-de-mexico.pdf?origin=scientificContributions)
- GONZÁLEZ, M., Luna\_Nemesio, J & Gámez C. (2021) La persona mayor y espacio social. La discriminación por edad y la calidad de vida. *Revista Paradigma Vol. LXIV, 67 – 88*
- GUALLO, M., Parreño, Á., & Chávez, J. (2022). Estilos de vida saludables en adultos mayores. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(4), . Epub .

- Recuperado: de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962022000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000400008&lng=es&tlng=es)
- GUZMÁN, D., Ortiz, Jenny P.& Usaquen, C. (2024). Reflexiones en torno a la vejez y envejecimiento desde la perspectiva de las mujeres mayores. *Revista Derechos Humanos y Educación*, 9, 147-162.
- HERMIDA, P., Ofman, S., Feldberg, C., Irrazabal, N. & Tartaglini, M. (2024) Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados. Un estudio comparativo por género. *Ajayu*, Vol. 22 No 2 pp 200-216. <https://doi.org/10.35319/ajayu.222264>
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía <INEGI> (2022) Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22 Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_ADUL-MAY2022.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADUL-MAY2022.pdf)
- IRAIZOZ, A, Santos, J., García, V. Brito, G. Jaramillo, R., León, G., Solorzano, S. & Rodríguez, I. (2022). El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(3), . Epub 01 de septiembre de 2022. Recuperado en: de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252022000300012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000300012&lng=es&tlng=es).
- KÁNTER I. (2021) Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. Mirada Legislativa No. 204. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República. Recuperado de: [http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML\\_204.pdf](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5295/ML_204.pdf)
- LÓPEZ-RINCÓN, F., Morales-Jinez, A., Ugarte-Esquivel, A., Rodríguez-Mejía, L., Hernández-Torres, J. & Sauza-Niño, L. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, 18(54), 410-425. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
- LUSTOSA, M., Santos, C., Peixoto, V., Ribeiro, A., Dias, C., Sales, C. & Livramento, M. (2019) Health situation in the perception of elderly widows assisted by primary health care. *Rev. Bras. Enferm.* (On line; 72 (supl.2): 199-204, Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SK5rVh87XzsMJJv5pwwQPWs/>
- NACIONES Unidas (2022) Desafíos globales. Envejecimiento. Recuperado de: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- NAVARRO, R., Salazar-Fernández, C., Schnettler, B. & Denegri, M. (2020) Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género

- de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Rev Med Chile* 2020; 148: 196-203. Recuperado de: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000200196](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200196)
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud y Naciones Unidas (2023) Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la región de las Américas. ISBN 978-92-75-32679-4 Recuperado de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57333/9789275326794\\_spa.pdf?sequence=6](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57333/9789275326794_spa.pdf?sequence=6)
- OROZCO-ROCHA, K. & González-González, C.(2021). Vulnerabilidad de salud y económica de los adultos mayores en México antes de la COVID-19. *Revista Novedades en Población*, 17(33), 61-84. Epub 30 de octubre de 2021. Recuperado en 17 de marzo de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782021000100061&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782021000100061&lng=es&tlng=es).
- PEDROSO-CHAPARRO, M., Cabrera, I., Márquez\_gonzález M., Vara-garcía C., Fernández-Pires, J., Gallego-Alberto, L. & Losada-Baltar A. (2022) Culpa por percibirse como una carga. Una variable relevante asociada al malestar psicológico de las personas mayores, *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.003>
- PONCE Hernández, J. P. (2022). Envejecimiento demográfico: Principal reto para enfermería geriátrica. *CuidArte*, 11(21), 58-67.
- RAMÍREZ Pérez, D., Romeo Priego Álvarez, H., & Fuentes Álvarez, M. T. (2022). Espiritualidad como factor protector en el adulto mayor. Una revisión sistemática. *SCIENTIA Journal of Basic Science and Technology*, 32(2), 125-138. <https://doi.org/10.48204/j.scientia.v32n2.a3131>
- SALGADO, S.V. & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*. Vol. 49 (Supl. 4), pp.515-521. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es).
- SÁNCHEZ, G.M. (2011). Género y vejez: una mirada distinta a un problema común. Ciencia. Enero marzo. pp. 48 - 53
- SERÓN Díaz, T., & Catalán A, M. (2021). Identidad de Género y Salud Mental. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(3), 234-247. [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)
- SIMÓN, A., Jiménez, M., Solano, J., Simón, L., Ferrer, D. & Bordonaba, D. (2023) Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional. *Enfermería Global* No. 72, ISSN 1695-6141. <https://doi.org/10.6018/eglobal.559401>

TACUMÁ, P.C. (2019). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los centros día de Bogotá. *Revista de Investigación e Innovación en Salud* 2, 12-21.

## Capítulo 16

# Percepción de la calidad de vida de cuidadores primarios adultos mayores

---

NISSA YAING TORRES-SOTO

BEATRIZ MARTÍNEZ-RAMÍREZ

CARLOS GABRIEL HOIL-SOSA

ISAÍ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ

## Introducción

El proceso de envejecimiento constituye un aspecto intrínseco de la existencia humana caracterizado por un deterioro gradual que se inicia desde el momento del nacimiento. La condición de vulnerabilidad y declive adquiere relevancia significativa en la etapa de la vejez, donde el envejecimiento conlleva modificaciones psicológicas, sociales y físicas en el individuo (Ponce, 2021). En México, según datos de la Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento, se estima que la población mayor de 60 años alcanza los 25.9 millones, distribuidos en un 45.6% de hombres y un 54.4% de mujeres. Una característica distintiva del proceso de envejecimiento es la mayor susceptibilidad a enfermedades tanto agudas como crónicas conforme avanza la edad del individuo (INEGI, 2023).

Cuando se aborda el tema de las enfermedades crónicas en la población de edad avanzada, es esencial reconocer que, aunque estas patologías pueden gestionarse para permitir el desarrollo de la persona afectada y mejorar su calidad de vida, también es crucial tener en cuenta la complejidad del control de dichas enfermedades, las cuales carecen de cura. En este contexto, si las enfermedades no se manejan adecuadamente, pueden provocar un deterioro progresivo en el adulto mayor, aumentando su vulnerabilidad y limitando o incapacitando su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas. Esta condición no solo afecta al paciente, sino también al cuidador (Butrica et al., 2020; Rangel-Dominguez et al., 2024).

El impacto del aumento de personas adultas mayores en el mundo tiene una repercusión no solo en la prolongación de enfermedades crónicas que tendrán una condición directamente vinculada a su calidad de vida, sino que igualmente repercute en las personas que están relacionadas a su cuidado y que con mucha frecuencia son la pareja o conyuge que comparte la misma

etapa de adulto mayor con o sin las propias enfermedades que pueden asociarse con la edad y el estilo de vida. En este sentido el desgaste del cuidador primario tiene importantes consideraciones que le atribuyen mayor vulnerabilidad y que repercuten en la salud física y mental. En América Latina y el Caribe, en promedio, 14,4% de las personas mayores de 65 años dependen de los cuidados que les provea otra persona (OMS, 2020).

Los cuidados a largo plazo abarcan una variedad de tareas llevadas a cabo por cuidadores y profesionales del cuidado para mejorar y contrarrestar la pérdida temporal o permanente de la capacidad natural de una persona, con el objetivo de fomentar un nivel de funcionamiento acorde con los derechos fundamentales, las libertades esenciales y la dignidad humana (OMS, 2022). Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un cuidador es aquella persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o comunidad de manera informal y, en general, no recibe remuneración. Por lo tanto, el cuidador primario se refiere a la persona que se encarga principalmente de satisfacer las necesidades físicas y emocionales de alguien que no puede hacerlo por sí mismo. Este rol suele ser desempeñado con frecuencia por la pareja, hijo(a), otro familiar o alguien cercano al paciente (OPS, 2023).

La mayoría de quienes cuidan a pacientes con diversas discapacidades, condiciones crónicas y/o necesidades de atención, especialmente aquellos que requieren cuidados paliativos, son generalmente mujeres con edades entre 40 y 70 años, quienes principalmente desempeñan roles de hijas, esposas o nueras. Además, en la Región de las Américas, las mujeres aún destinan aproximadamente el 64% del total de horas trabajadas a actividades de cuidado no remunerado, en contraste con el 37% de los hombres (López-Ortega & Aranco, 2019). Aunque estos datos también abarcan el cuidado de niños, niñas y personas con discapacidad, es de esperar que a medida que la población envejezca, aumente también la carga del cuidado de las personas mayores. En México, las mujeres son responsables del 71% de las horas dedicadas al cuidado de personas mayores de 60 años (OIT, 2018). Esto se debe a que generalmente son miembros de la familia quienes asumen estas responsabilidades de manera abrupta. Estas personas se encargan de actividades como la alimentación, el vestuario, la movilidad, la administración de medicamentos y otras características específicas de las enfermedades, además de brindar apoyo emocional a los pacientes (Urbina, 2017).

Adicionalmente, existe un amplio acuerdo sobre la importancia del riesgo de dependencia en el cuidado en relación con las enfermedades crónicas. Se reconoce que esta asociación puede tener una relación bidireccional, ya

que la condición de dependencia en las personas de edad avanzada podría contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas debido a factores como la limitación en la movilidad física, la presencia de síntomas depresivos o la insuficiencia nutricional, entre otros. Estas ramificaciones dan lugar a un ciclo de retroalimentación entre sí, lo que destaca la complejidad y la interconexión de estos procesos (Maresova et al., 2019).

La prevalencia de enfermedades crónicas, como diabetes, neoplasias y afecciones musculoesqueléticas, ha aumentado en una misma cohorte de edad con el tiempo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Sin medidas para frenar esta tendencia, la demanda de atención superará el crecimiento de la población adulta mayor. En México, el porcentaje de personas mayores de 80 años con dificultades para actividades básicas pasó del 29.7% en 2001 al 47.2% en 2018, vinculado al incremento de enfermedades como hipertensión y diabetes (López-Ortega y Aranco, 2019). Las limitaciones físicas o sensoriales, junto con las enfermedades crónicas, son factores clave en la dependencia de cuidados. Además, estas condiciones aumentan la probabilidad de caídas, que a su vez agravan dicha dependencia (Maresova et al., 2019).

El bienestar del cuidador primario depende en gran medida de la calidad de vida del receptor del cuidado, lo que implica ajustes significativos en el estilo de vida del cuidador y puede generar problemas prácticos, organizativos y económicos (Kaschowitz & Brandt, 2017). Los cuidadores de personas con enfermedades crónicas son vulnerables a problemas físicos y mentales derivados de su labor, lo que también afecta la calidad de los cuidados brindados al paciente, aumentando los riesgos de eventos adversos para ambos. La transición de una persona a un rol de dependencia es un proceso complejo, ya que las responsabilidades para satisfacer las necesidades del paciente suelen ser complicadas y demandan experiencia. El cuidador enfrenta altos niveles de estrés e incertidumbre, debiendo organizar agendas, manejar tiempos, estar alerta a inconsistencias, asumir gastos y desarrollar nuevas habilidades, lo que genera una considerable sobrecarga (Martínez, 2018).

Las evaluaciones de calidad de vida suelen centrarse en los pacientes, relegando la atención hacia los cuidadores, especialmente en cuidados paliativos, donde su rol es crucial. La OMS (2012) define la calidad de vida como la percepción individual sobre su posición en la vida en relación con su contexto cultural, objetivos y preocupaciones. Según la OPS (2023), una red de apoyo social mejora la calidad de vida, reduce la dependencia y disminuye el estrés, beneficios que también se aplican a cuidadores mayores, mejorando

su bienestar emocional y sentido de control. Ante este escenario, el objetivo de la presente investigación fue analizar la percepción de calidad de vida del cuidador primario informal adulto mayor, en Chetumal Quintana Roo.

## Metodología

### *Participantes*

Bajo el paradigma cualitativo y el marco interpretativo de la fenomenología se abordó la experiencia de los cuidadores primarios adultos mayores, este enfoque buscó describir y comprender la experiencia subjetiva de los cuidadores primarios en el contexto del cuidado siendo adultos mayores, así como cómo estos significados influyen en sus comportamientos y experiencias.

El estudio se desarrolló durante el mes de octubre 2023 en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo mediante muestreo por bola de nieve con cuidadores primarios que fueran adultos mayores y que tuvieran a su cuidado a otro adulto mayor con alguna condición crónica degenerativa con una trayectoria de cuidados mínima de un año y más, que no contaran con derechohabencia en salud y que proviniera de una colonia de nivel medio bajo. La participación fue voluntaria bajo consentimiento informado y la limitación del tamaño de la muestra se definió una vez encontrándose la saturación teórica en los discursos de los participantes. Los criterios para restringir la participación fue que el trabajo no fuera remunerado, que el cuidador primario tuviese algún tipo de deficiencia cognitiva y/o lingüística (idioma) que impidan la comprensión del entrevistador o que no aceptaran firmar el consentimiento informado y/o hacer registro de su voz.

### *Instrumento*

La guía de entrevista utilizada fue diseñada y piloteada de acuerdo con la definición y resultados obtenidos en la triangulación teórica sobre el concepto de calidad de vida y los factores que se encuentran relacionados con la misma. En este sentido, el instrumento cualitativo exploró a través de un guión semi-estructurado, información sobre salud física y psicológica, relaciones sociales, entorno y estilo de vida del cuidador primario. La guía se piloteó con personas que comparten las mismas características del estudio con el fin de lograr la saturación teórica en el discurso de los participantes.

## *Análisis de datos*

El análisis de la información se realizó mediante la codificación abierta y codificación axial de acuerdo con lo propuesto por Corbin y Strauss (2002). El material obtenido de las entrevistas fue transcrito y organizado en un procesador de palabras, para luego asignar códigos a las expresiones de los entrevistados, clasificándolas (Álvarez-Gayou, 2003). Una vez definidas las categorías, se realizó la estructuración de los códigos o clasificaciones, relacionándolos entre sí, para después ser contrastados o comparados con los referentes teóricos para finalmente pasar a la teorización para la explicación del fenómeno (Martínez, 2008).

Se utilizó el programa Atlas.Ti para facilitar el proceso de codificación y análisis de la información, permitiendo identificar y relacionar las categorías derivadas del análisis de las entrevistas. Se buscó interpretar las frases, expresiones y significados que los cuidadores primarios atribuían a su experiencia y opiniones, las cuales fueron codificadas para formar categorías. Con estas categorías, el programa creó una red semántica que mostró las relaciones entre ellas. Se utilizó el muestreo y la saturación teórica; el primero permitió la recolección y análisis simultáneo de los datos relacionados con el fenómeno estudiado, lo que facilitó la expansión de los conceptos a lo largo de la investigación. A partir de las categorías iniciales surgieron subcategorías que fueron profundizadas, explorando la dimensión y relación del tema con otros aspectos o perspectivas teóricas. Se aplicó la codificación abierta para transformar los datos en conceptos, organizándolos en categorías emergentes, que luego fueron ajustadas y relacionadas, clasificando las expresiones según sus unidades de significado para asignarles códigos y conceptos específicos (Álvarez-Gayou, 2003).

## *Consideraciones éticas*

La investigación se apegó a la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud en su artículo y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Declaración de Helsinki así como carta de consentimiento informado, (Goodyear, 2007).

## Resultados

Se entrevistaron a 18 informantes con edad entre los 60 a 68 años, 22% fueron hombres. El grado de estudios fue de primaria (33%), secundaria (50%) y preparatoria (17%). Al momento de la entrevista 72% se encontraban en una relación de pareja y cerca del 90% manifestó tener alguna condición de enfermedad, ya diagnosticada y con tratamiento vigente en alguna institución de salud. El 61% de la población entrevistada se encontraba como cuidador primario de la pareja o cónyuge, el 11% cuidaba de sus hijos con alguna condición de salud y el 28% cuidaba de sus nietos, padres u otros familiares,

Se llevó a cabo codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió generar categorías, subcategorías y una categoría de mayor abstracción (calidad de vida), basadas en la información recabada en concordancia con los objetivos de la investigación y el instrumento original, las subcategorías se desarrollaron a partir de la red semántica y la triangulación de la información teórica, se presentan los resultados obtenidos para cada categoría y subcategoría.

### *Salud física*

Los testimonios muestran una clara relación entre el rol de cuidador y las limitaciones en la salud física de los cuidadores. El testimonio de un cuidador de 64 años destaca cómo la dedicación al cuidado de la persona enferma le impide llevar a cabo actividades personales que disfrutaban, como hacer ejercicio. La prioridad del cuidador se enfoca en las necesidades de la persona bajo su cuidado, dejando de lado su propio bienestar físico. La frase “lo importante es que él esté atendido” revela un sacrificio personal constante, en el cual las necesidades propias se ven subordinadas a las de la persona cuidada. Este patrón refleja cómo el agotamiento físico y la limitación en el cuidado personal son inevitables en el proceso de cuidar, lo que afecta la calidad de vida del cuidador a largo plazo: *No he tenido tiempo para hacer cosas que disfruto hacer... no te lo voy a negar, mientras lo cuido no puedo hacer ejercicio ni lo que a mí me gusta o que yo quisiera, pero lo importante es que él este atendido, sino luego es peor..” (3,M,64).*

## Salud psicológica

La dimensión emocional de cuidar a una persona enferma se refleja en testimonios como el de la cuidadora que menciona “me hago la fuerte, pero estoy sola, yo lo sé”. Este testimonio ilustra el profundo sentimiento de soledad que experimentan muchos cuidadores, quienes, a pesar de estar acompañados físicamente por la persona que cuidan, enfrentan una carga emocional intensa. La frase “cuidar un enfermo es duro porque ves cómo está sufriendo” resalta la angustia emocional que genera el ver a un ser querido padecer, y cómo esto contribuye al agotamiento emocional del cuidador. La resignación, evidente en frases como “yo siento que no puedo ser mala”, también destaca la internalización de un rol de sacrificio y autocensura emocional, lo que implica una dificultad para expresar sentimientos negativos hacia el cuidado. Esta carga emocional, sumada a la soledad, refuerza la necesidad de apoyo psicológico para los cuidadores: *Me hago la fuerte, pero estoy sola, yo lo sé. De veras, cuidar un enfermo es duro porque ves como está sufriendo. A pesar de que pasaron muchas cosas, yo siento que no puedo ser mala* (1,M,69).

## Relaciones sociales

Al indagar con los participantes respecto a la asistencia y apoyo que reciben de otros individuos dentro de su entorno social para desempeñar su función como cuidadores primarios, estos señalaron que la red social desempeña un papel crucial para afrontar las responsabilidades del cuidado. No solo destacaron la importancia de la familia, tanto cercana como extendida, sino que también buscaron ampliar esta red buscando apoyo entre vecinos o a través de conexiones religiosas. Este enfoque hacia lo espiritual puede entenderse como una fuente de fortaleza para aquellos que tienen afinidad con esta dimensión, así como una vía para establecer y fortalecer redes de apoyo, tal como lo expresa el siguiente testimonio: *“Tengo esa fe, en creer, mi religión es cristiana mis hijos y yo vamos a la iglesia. Me ha dado muchas enseñanzas como tener mucha paciencia en lo que hago, a veces los hermanos me ayudan con mi papá... ya está muy grande y a veces le buscan ayuda con un doctor que lo viene a atender y dar sus medicinas”* (8,M,62).

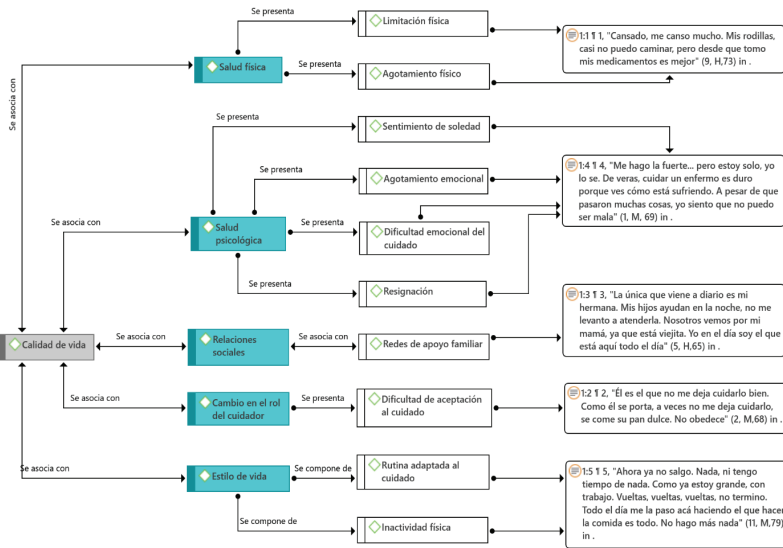
### *Cambios en el rol del cuidador*

El ambiente en el que vive el cuidador primario puede influir en las dificultades experimentadas por la persona para proporcionar un cuidado adecuado. Existen factores ambientales, como la disponibilidad de alimentos poco saludables o la falta de estructura en el hogar, que contribuyen al consumo de alimentos insalubres. Esto puede reflejar un entorno donde no se promueven hábitos de vida saludables o donde no se establecen límites claros en cuanto a la alimentación y el comportamiento del receptor del cuidado. Además, la presencia de este tipo de factores ambientales puede dificultar la capacidad del cuidador para cumplir con sus responsabilidades y afectar negativamente su calidad de vida. Por lo tanto, es importante considerar el contexto ambiental en el que se encuentra el cuidador y el receptor del cuidado al abordar sus necesidades y desafíos. *“Él es el que no me deja cuidarlo bien. Como él se porta, a veces no me deja cuidarlo, se come se pan dulce. No obedece”*(2,M,68).

### *Estilo de vida*

Los testimonios evidencian cómo el estilo de vida de los cuidadores se ve profundamente alterado por la demanda constante del cuidado. Los discursos reflejan una percepción de falta de tiempo y energía para llevar a cabo actividades fuera del hogar. Todos los entrevistados describen una rutina monótona y agotadora, dedicada principalmente a las labores domésticas y la preparación de los alimentos. El aislamiento social y la limitación en la participación en actividades fuera del hogar es otras de las condiciones que viven y experimentan los adultos mayores cuidadores primarios. Esta descripción del estilo de vida sugiere una falta de variedad y satisfacción en las actividades diarias, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional y su calidad de vida en general tal como lo expresa el siguiente testimonio: *“Ahora ya no salgo nada ni tengo tiempo de nada. Como ya estoy grande, con trabajo. Vueltas, vueltas, vueltas, no termino. Todo el día me la paso acá haciendo el quehacer, la comida, es todo. No hago más nada”* (11, M, 79).

**Figura 1. Red semántica de las categorías y subcategorías de Calidad de Vida**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de las categorías emergentes.

Por último, es fundamental destacar que todos los cuidadores primarios entrevistados, quienes han asumido la responsabilidad del cuidado de un familiar, no lo consideran como un empleo, sino como una carga adicional en su rutina diaria. Esta percepción puede resultar en una reducción del tiempo dedicado al trabajo remunerado y en una disminución general de la calidad de vida para quienes brindan el cuidado.

## Discusión

La literatura sobre los desafíos psicológicos y emocionales enfrentados por los cuidadores informales sugiere que muchos de ellos carecen de conocimientos sobre prácticas de autocuidado y otras medidas proactivas que podrían mejorar su calidad de vida en términos de salud (Kim y Woo, 2022). Es comprensible que los cuidadores, al ser familiares cercanos de personas dependientes, enfrenten niveles de malestar emocional debido al vínculo afectivo y la conexión entre ellos. Por lo tanto, la falta de participación del cuidador en prácticas de autocuidado y actividades de socialización podría

aumentar su carga, desencadenar desgaste emocional y afectar negativamente su calidad de vida tal como lo evidencia Agyemang-Duah et al. (2019).

El cuidado no remunerado puede tener fuertes repercusiones socioeconómicas y afectar negativamente la salud física, mental y la calidad de vida de los cuidadores. El estrés y la carga del cuidado incrementan el riesgo de enfermedades y reducen su bienestar (Maresova et al., 2019). Según Stampini et al. (2020), cuidar a un padre o madre dependiente disminuye significativamente la probabilidad de participar en el mercado laboral, especialmente sin remuneración, y más aún si el cuidador también requiere atención. Además, las personas mayores enfrentan retos como ingresos vulnerables, enfermedades crónicas y dependencia funcional, lo que afecta su percepción de bienestar (Aranco et al., 2022). Los resultados muestran que las limitaciones físicas y los problemas de salud afectan el bienestar físico y social, deteriorando el estilo de vida y la calidad de vida, como indica Cano-Gutiérrez et al. (2017). Una red de apoyo es clave para mitigar el desgaste del proceso. Actualmente, el 26.7% de los adultos mayores presentan dependencia leve y el 77% dependencia severa (González, 2019). Por ello, es fundamental priorizar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador, especialmente si este último también es un adulto mayor.

La prevalencia de la carga del cuidador afectó la calidad de vida en términos de mala salud física y psicológica de los cuidadores informales tal como lo demuestran previas investigaciones (Kim y Woo, 2022; Chan et al., 2023; Yuen y Wilson, 2021). Además, se ha demostrado que los cuidadores con mayor gravedad de depresión, ansiedad y estrés experimentan una mayor carga para el cuidador y una menor calidad de vida. Los cuidadores primarios destacan la importancia de las relaciones sociales y espirituales como apoyo en momentos difíciles, lo que coincide con investigaciones previas que señalan el valor del apoyo social para aliviar la carga del cuidador (Agyemang-Duah et al., 2024). La evidencia sugiere que, además de las intervenciones médicas, fortalecer las conexiones sociales y religiosas puede ser beneficioso para mitigar los efectos negativos sobre la calidad de vida de los cuidadores, especialmente entre aquellos que brindan cuidado informal a adultos mayores (Gelée & Andualet, 2021).

La mayoría de las personas entrevistadas fueron mujeres, lo que resalta la importancia de considerar el contexto histórico del cuidado, tradicionalmente asignado a las mujeres en la sociedad y la familia. Aunque se entrevistaron algunos hombres, se observa que la carga del cuidado suele ser compartida principalmente con el apoyo de mujeres, como hermanas, esposas o hijas.

## Conclusiones

En la actualidad, no se disponen de medidas de respaldo dirigidas a los familiares encargados de proveer cuidados, quienes asumen la mayor carga de trabajo, especialmente las mujeres. Es imperativo y urgente implementar estrategias de cuidado para personas dependientes que ofrezcan apoyo tanto a los receptores como a los proveedores de cuidado.

Es ampliamente reconocido y documentado que a nivel mundial existe una tendencia hacia el envejecimiento prolongado, y que en este contexto, los miembros de la familia más cercana suelen asumir el papel de cuidadores primarios. Ante esta realidad, las políticas públicas que abordan la economía global, el bienestar social y la atención sanitaria deben desarrollar estrategias dirigidas a promover un envejecimiento saludable y a ofrecer atención preventiva para mitigar el desgaste experimentado por los cuidadores primarios. Es importante considerar que estos cuidadores primarios pueden eventualmente requerir cuidados ellos mismos debido al desgaste físico y emocional que enfrentan, lo que subraya la necesidad de prestarles atención y apoyo adecuados.

Existe el riesgo de un ciclo perjudicial para los cuidadores informales, donde podrían necesitar cuidados ellos mismos si no se aborda su carga y el deterioro de su calidad de vida. Sin embargo, mediante políticas y prácticas adecuadas, podemos lograr cambios significativos en la vida de los cuidadores informales en la vejez, centrándonos en mejorar su calidad de vida. Es crucial promover un proceso de envejecimiento saludable para que las personas mayores mantengan su capacidad funcional y se adapten al entorno, como lo señalan los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030.

El papel de cuidador primario tiene impactos negativos en la salud física, emocional y social, implicando cambios importantes en la vida cotidiana y en las responsabilidades familiares, así como en las relaciones de apoyo. Es crucial investigar a fondo cómo mejorar la calidad de vida de estos cuidadores desde una perspectiva integral. Los resultados de este estudio podrían contribuir a proyectos más completos y holísticos. Estos hallazgos son vitales para que los profesionales de la salud comprendan mejor las condiciones que afectan la calidad de vida de los cuidadores primarios y sugieren la necesidad de políticas de salud y sociales que aborden la carga que implica el cuidado. Se recomienda que futuras investigaciones utilicen enfoques mixtos y longitudinales para capturar diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida de los cuidadores. Estos estudios pueden servir como base para el desarrollo de políticas más efectivas en México y otros países en desarrollo.

## Referencias

- AGYEMANG-DUAH, W., Abdullah, A., & Rosenberg, M. W. (2024). Caregiver burden and health-related quality of life: A study of informal caregivers of older adults in Ghana. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43(1), 31.
- ÁLVAREZ-GAYOU J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- ARANCO, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., et al. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecer-en-América-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>
- BANCO Interamericano de Desarrollo (2023). La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. OPS.
- BURITICA, N. B., Buitrago, L. A., & Chaquir, M. S. (2020). Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor. Revisión integrativa de la literatura. *Cultura del cuidado*, 17(1), 80-92.
- CANO-GUTIÉRREZ, C., Borda, M. G., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A. J., & Samper-Ternent, R. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 37, 57-65. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>
- CHAN, C. Y., De Roza, J. G., Ding, G. T. Y., Koh, H. L., & Lee, E. S. (2023). Psychosocial factors and caregiver burden among primary family caregivers of frail older adults with multimorbidity. *BMC Primary Care*, 24(1), 36.
- DORANTES-MENDOZA, G., Ávila-Funes, J. A., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 1-11. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7853>
- GELÉE, H., & Andualem, A. (2022). Quality of life and associated factors among family caregivers of individuals with psychiatric illness at DRH, South Wollo, Ethiopia, 2020. *Scientific Reports*, 12(1), 18550.

- GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, C. A., Stampini, M., Cafagna, G., Hernández Ruiz, M. C., & Ibarrarán, P. (2019). Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/simulaciones-del-costode-un-sistema-de-apoyo-para-los-adultos-mayores-ensituacion-de-dependencia>
- GOODYEAR, M. D., Krleza-Jeric, K., & Lemmens, T. (2007). The declaration of Helsinki. *BMJ*, 335(7621), 624-625.
- INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation (2019). GDB Results. Recuperado de: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Consultado el 27 de marzo de 2024).
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta De Evaluación Cognitiva 2021. (2023). Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf) (Consultado el 27 de marzo de 2024).
- KASCHOWITZ, J., & Brandt, M. (2017). Health Effects of Informal Caregiving across Europe: A Longitudinal Approach. *Social Science & Medicine*, 173, 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.036>
- KIM, A., & Woo, K. (2022). Gender differences in the relationship between informal caregiving and subjective health: The mediating role of health promoting behaviors. *BMC Public Health*, 22(1), 1–14.
- LÓPEZ-ORTEGA, M., y Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0001826>
- MARESOVA, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age—a scoping review. *BMC public health*, 19(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
- MARTÍNEZ, M. (2008). *Epistemología y metodología cualitativa en ciencias sociales*. Ciudad de México, México: Trillas.
- ORGANIZACIÓN Internacional del Trabajo (OIT) (2018). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra: OIT. Recuperado de: [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms\\_737394.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_737394.pdf) (Consultado el 27 de marzo de 2024).

- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) (2012). WHOQOL - Measuring Quality of life. Recuperado en: <https://www.who.int/tools/whoqol> (Consultado el 26 de marzo de 2024).
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Consultado el 27 de marzo de 2024).
- PONCE, J. A. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1),140 [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i1.213](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213)
- RANGEL-DOMÍNGUEZ, N., Robles-García, R., & Sánchez-Sosa, J. J. (2024). Efectos la terapia de solución de problemas del autocuidado de cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 34(1), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2839>
- STAMPINI, M., Oliveri, M. L., Ibarrarán, P., Londoño, D., Rhee, H. J., & James, G. M. (2020). ¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: Los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002738>
- STRAUSS, A. & Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- YUEN, E. Y., & Wilson, C. J. (2021). The relationship between cancer caregiver burden and psychological outcomes: The moderating role of social connectedness. *Current Oncology*, 29(1), 14–26.

## Coordinadores

---

### **Tirso Duran Badillo**

Doctor en Metodología de la Enseñanza, Profesor de Tiempo Completo y Jefe de la División de Estudios de Posgrado en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del Cuerpo Académico “Salud y Comportamiento Humano”. Miembro de la Red ESAM México. Coordinador del Comité de formación de estudiantes de pregrado – GREEFES de la Red ESAM México. Fundador de los Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES). Perfil deseable PRODEP Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Coeditor de la Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental. Miembro del Comité Editorial de la Revista Chilena de Enfermería.

### **Josué Arturo Medina Fernández**

Doctor en Salud Pública. Maestro en Enfermería con acentuación en atención de enfermería al Adulto Mayor. Licenciado en Enfermería. Jefe del Departamento de Ciencias de Enfermería. Profesor e Investigador de Carrera en la División de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Integrante de la Red Latinoamericana CRO-NIFAM y colaborador con el cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Cuenta con el reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores nivel I y PRODEP.

### **María de Jesús Jiménez-González**

Profesora de Tiempo Completo en el Departamento de Enfermería Clínica, Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato. Licenciada en Enfermería, Maestra y Doctora en Ciencias de Enfermería. Cuenta con 10 años de experiencia clínica y 17 años como docente. Lidera el Cuerpo Académico “Envejecimiento y salud”. Evaluadora e integrante del Consejo Directivo del Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. Participa en la red Red-ESAM, promoviendo el envejecimiento saludable y la salud integral del adulto mayor.



## **Autores**

---

### **Amaro Hinojosa, Marily Daniela**

Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería y Nutrología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Integrante del Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud Sexual y Reproductiva. Perfil deseable PRODEP y Miembro activo del Sistema Nacional de Investigadores en Nivel Candidato y Red de Investigación en Sexualidad y Educadora sexual por la AMSSAC.

### **Benavides Guerrero, Carolina**

Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Candidato del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Perfil PRODEP, Miembro de la sociedad de honor de enfermería Sigma Theta Tau, capítulo Tau Alpha, Miembro de la Red de Enfermería en salud del adulto mayor, Miembro organizador del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable GREEFES, sede Nuevo Laredo. Ha participado en dos proyectos financiados sobre la prevención del deterioro cognitivo y la pérdida de la funcionalidad en el adulto mayor.

### **Botello Moreno, Yolanda**

Profesora de tiempo completo con perfil deseable e investigadora del CONAHCYT, integrante del cuerpo académico salud y cuidado en personas vulnerables, autora y coautora en estudios de investigación relacionados a las personas mayores y mujeres embarazadas.

### **Candila Celis, Julia Alejandra**

Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería de la UADY y coordinadora de la Unidad Universitaria de Inserción Social “San José Tecoh”. Cuenta con Doctorado en Ciencias de la Educación y forma parte de la Red Estatal de Investigadores en salud en la península de Yucatán. Ha sido reconocida con el Mérito Universitario “Felipe Carrillo Puerto” 2020

por su compromiso institucional en educación superior. Dirige proyectos educativos y comunitarios, especialmente en salud y diabetes, presentados en ferias nacionales. Además, participa como ponente en medios institucionales.

### **Cante Hernández, Débora**

Ha dedicado su trayectoria profesional al fortalecimiento de la enfermería desde una perspectiva académica y humanista. Licenciada en Enfermería, con estudios de posgrado en Enfermería Oncológica por la UNAM y Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Cuauhtémoc. Forma parte del cuerpo académico de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo como docente e investigadora, donde también ha sido responsable de la actualización del plan de estudios y coordinadora de ciclos clínicos. Su labor se ha plasmado en diversas publicaciones, entre ellas el capítulo Programa Integral Comunitario de Enfermería y el artículo, Unidad Crítica Adultos de Puertas Abiertas.

### **Carrillo Cervantes, Ana Laura**

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato (México). Obtuvo la maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila (México). Se ha desempeñado como profesor de diversas asignaturas en la Licenciatura y maestría en Enfermería, además del Doctorado en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Coahuila. Cuenta con el reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Líder del Nodo México de la Red de Cronicidad y Familia, miembro de la Red ESAM México. Su trabajo científico se centra en el envejecimiento activo y saludable, así como en torno a los cuidadores familiares de adultos mayores.

### **Casco Gallardo, Karina Isabel**

Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas, Maestra en enfermería con acentuación en atención de enfermería al adulto mayor y licenciada en enfermería por la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores de la secretaria de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) nivel candidato. Cer-

tificada como enfermera docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C. Cuenta con producción científica en medios nacionales e internacionales. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

### **Cayllahua Itusaca, Nelida**

Religiosa de la Congragación de los Sagrados Corazones de Jesús y María, Licenciada en Teología de la Universidad Católica de Santa María – Perú, diplomado en religión y cultura de la Universidad Antonio Ruíz de Montoya – Perú; diplomado en Biotecnología en heridas, quemaduras, estomas y pie diabético por el IESECS – CPPEO – México. Actualmente realiza sus prácticas profesionales de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en IMSS Bienestar - Hospital Materno Infantil - Pachuca

### **Chávez Rodríguez, Joel**

Doctorado en Tanatología, Máster en Salud Pública, Médico Cirujano Partero. Profesor de tiempo completo y responsable del programa de Desarrollo Sustentable de Enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, integrante del Grupo Disciplinar “Promoción de la Salud”. Miembro de la Red ESAM México. Perfil deseable PRODEP.

### **Cortes Montelongo, Diana Berenice**

Doctora en Ciencias de Enfermería (UANL). Máster en Administración de la Atención de Enfermería (UASLP). Licenciada en Enfermería (UAdeC). Profesor de Tiempo Completo, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Perfil deseable PRODEP. Certificación Docente COMCE. Investigador del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel I, Investigador Honorífico del Sistema Estatal de Investigadores Coahuila. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor México (Red-ESAM). Miembro Red CRONIFAM. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International. Responsable del Cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”.

## **Cortez González, Luis Carlos**

Doctor en Ciencias de Enfermería. Máster en Enfermería con Acentuación en la Atención del Adulto Mayor. Licenciado en Enfermería. Profesor de Tiempo Completo, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Perfil deseable PRODEP. Investigador del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel I. Certificación Docente COMCE. Investigador Honorífico del Sistema Estatal de Investigadores Coahuila. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor-México (Red-ESAM). Miembro Red CRO-NIFAM. Miembro del Colegio de Actualización de Enfermería de Coahuila. Líder Académico GREEFES Saltillo. Integrante del Cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”.

## **Cuevas Martínez, Karla Iris**

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Candidato del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, Perfil PRODEP y Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Coordinador del Grupo de Estudiantes para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES) e integrante del Cuerpo Académico en Consolidación Salud y Cuidado en Personas Vulnerables de la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo.

## **De León Pérez, Ximena**

Enfermera pasante de servicio social de la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante. Técnico Laboratorista Clínico. Integrante del grupo GREFES. Certificada en Basic Life Support (BLS) por la Asociación Americana del Corazón. Miembro activo del grupo de paramédicos de la Cruz roja.

## **Delabra Salinas, María Magdalena**

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila. Miembro del NAB del programa de Maestría en Enfermería con atención al adulto mayor

e integrante del Cuerpo Académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Miembro del SNI nivel 1, Sigma Theta Tau (Capítulo Tau Alpha), Red ESAM-México, Red CRONIFAM, Red Temática de Auto-manejo y Red Multidisciplinaria de cuidado, tecnología, conducta y salud”. Trabajo en proyectos comunitarios y de prevención como riesgo de pie diabético, cuidado espiritual de enfermería, incontinencia urinaria con adultos mayores y sus cuidadores; fomento a la lactancia materna y parto respetado.

### **Facundo Solís, Naomy Montserrat**

Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

### **Farah Carrillo, Najia Mohamed**

Enfermera egresada de la Universidad Popular del Cesar y magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado Crónico por la Universidad del Norte. Cuenta con más de 15 años de experiencia en docencia, investigación, cuidado intensivo y gestión de riesgo en pacientes con enfermedades crónicas de alto costo. Es experta en el cuidado del adulto mayor en contextos comunitarios y hospitalarios. Ha liderado la creación de la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico al Adulto. Se distingue por su pasión por la ciencia y el arte del cuidado, guiada por la ética y la filosofía del amor.

### **García Casas, Xóchitl Marisol**

Doctorado en Tanatología, Máster en Salud Pública, Máster en enfermería, Especialista en administración de los servicios en enfermería, Licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo y Coordinadora de Investigación y Posgrado de enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, integrante del Grupo Disciplinar “Promoción de la Salud”. Miembro de la Red ESAM México. Honoris Causa de la Asociación Iberoamericana Internacional.

### **Gómez Luján, María del Pilar**

Licenciada en Enfermería. y Doctora en Enfermería. Directora de la Unidad de Posgrado de Enfermería de la EPG/UNT, Docente Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, miembro de la Red del Adulto Mayor Perú, calificada como investigador

RENACYT, Docente de posgrado, investigadora y asesora tesis de posgrado y pregrado en la áreas/ líneas de Enfermería, Salud Pública orientado a Cuidado Humano, Salud del adulto, adulto Mayor, educación en Salud y Enfermería, realiza estudios con abordaje metodológico cualitativo y cuantitativo. Investigadora Renacyt - Perú Nivel V. ORCID:0000-0003-0429-5873. [mpgomezl@unitru.edu.pe](mailto:mpgomezl@unitru.edu.pe)

### **Gómez Melasio, Dafne Astrid**

Doctora en Ciencias de Enfermería, Maestra en Enfermería con acen- tuación en atención de enfermería al adulto mayor y Licenciada en Enfer- mería. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Inte- grante del Cuerpo Académico “Conducta de riesgo y salud en poblaciones vulnerables”. Nivel 1 en el Sistema Nacional de Investigadores.

### **Guajardo Balderas, Verónica**

Profesora de tiempo completo, integrante del cuerpo académico salud y cuidado en personas vulnerables, autora y coautora en diversas revistas de investigación con temas relacionados a las personas mayores, miembro activo de la red ESAM- México.

### **Montero Canul, Edwin Guillermo**

Licenciado en Enfermería por la Universidad de Quintana Roo y Maes- tro en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Actualmente se desempeña como profesor de tiempo completo en la Licen- ciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Su experiencia profesional incluye el ejercicio como enfermero general en atención domiciliaria, fortaleciendo el vínculo entre la práctica clínica y la comunidad. Ha participado en diversos trabajos de investigación, entre los que destacan: Prevalencia de soledad del adulto mayor en un programa de APS y Atención preventiva integrada en alumnos de la Universidad de Quintana Roo.

## **Hernández Hernández, Raúl Alejandro**

Profesor de horario libre, pertenece al cuerpo académico en consolidación salud y cuidado en personas vulnerables, miembro activo de la Red ESAM- México, asesor de tesis de licenciatura en enfermería.

## **Hernández Rodríguez, Miriam**

Doctorante en Salud Pública, Máster en Enfermería, Especialista en Enfermería Quirúrgica, Licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo y Coordinadora de prácticas clínicas de enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, integrante del Grupo Disciplinar “Promoción de la Salud”. Miembro de la Red ESAM México. Perfil deseable PRODEP.

## **Hoil Sosa, Carlos Gabriel**

Licenciatura en Medicina en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, con publicaciones en artículos arbitrados e indexados, ha recibido premios estatales por investigación aplicada.

## **Irabú Ruiz, Aneth**

Licenciada en Enfermería, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Participación en grupos de investigación de la Facultad de enfermería, enfermera en Atención Domiciliaria, Miembro GREEFES Saltillo.

## **Leitón Espinoza, Zoila Esperanza**

Licenciada en Enfermería. Especialista en Gerontología y Geriátrica. Maestría en Enfermería con mención en Salud del Adulto y Anciano y Doctora en Salud Pública. Profesora Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo e Investigadora RENACYT-Nivel III. PERÚ. Investigadora en la temática de envejecimiento, vejez y cuidado y ponente en eventos científicos nacionales e internacionales. Asesora tesis de posgrado y pregrado en la áreas/ líneas de Enfermería, Salud Pública. Revisora de artículos de revistas científica nacionales e internacionales. Miembro de la Sociedad Peruana de Enfermeras/os Especialista en Geriátrica y Gerontología. (SOPEGG). Coordinadora Internacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (RED ESAM). Investigadora Re-

nacyt - Perú Nivel III. ORCID: 0000-0001-5040-7042. zeleiton@unitru.edu.pe

## **Lira Botello, Jessica Valeria**

Profesora de horario libre, pertenece al cuerpo académico en consolidación salud y cuidado en personas vulnerables, miembro activo de la Red ESAM- México, asesora del grupo de estudiantes de enfermería para el fomento del envejecimiento saludable (GREEFES).

## **López Nolasco, Benjamín**

Doctorado en Ciencias de la Enfermería Universidad de Guanajuato campus Celaya Salvatierra, Editor en jefe del Boletín científico Xikua de la Escuela superior de Tlahuelilpan, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Revisor de la revista científica de Enfermería Neurológica y en la revista de la Universidad de Sonora (SANUS). Colaborador y evaluador de la Revista de Enfermería Neurológica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Cd. de México. Miembro activo de la red del Adulto Mayor México (Red ESAM). Reconocimiento al SNI (Sistema Nacional de Investigadores) nivel 1. Reconocimiento al Perfil Deseable (PRODEP) 2023-2025.

## **Macías Del Monte, Carolina Elizabeth**

Pasante de enfermería del servicio social, cuenta con ponencias en cartel en congresos nacionales, miembro del grupo de estudiantes de enfermería para el fomento del envejecimiento (GREEFES).

## **Marín Hernández, Yesica Guadalupe**

Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

## **Martínez Amaya, Rosa María**

Maestría en Enfermería. Especialista en enfermería en Gerontogeriatría por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Adscripción: Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. Integrante del Grupo de Estudiantes

de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES). Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor- México.

### **Martínez Ramírez, Beatriz**

Dra. En Salud Pública, Maestra en Ciencias de la Salud y Médica General, Profesora Investigadora de Carrera en el Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma del Quintana Roo, con reconocimiento PRO-DEP y pertenece al Sistema Estatal de Investigadores nivel III. Forma parte del Cuerpo Académico de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente. Sus líneas de investigación se enfocan en atención primaria de la salud, autocuidado, bienestar y grupos vulnerables.

### **Maya Sánchez, Ariana**

Licenciado en Enfermería por la UAEH, Maestra en Ciencias de la Enfermería por la UPAEP egresada con mención honorífica por investigación, Perito en Enfermería, integrante del colegio de enfermeras y parteras del estado de Hidalgo, obtención de Certificado de calidad como enfermera docente por el COMCE, Profesor Investigador de Tiempo Completo, tutor, director y sinodal de tesis de licenciatura, miembro del grupo de investigación y comité de ética de la UAEH en la Escuela Superior de Tlahuelilpan; Certificada en TICs, diplomado en formación didáctico pedagógico nivel licenciatura, diplomado en innovación educativa y valores académicos, Diplomado en competencias docentes e integridad nivel superior.

### **Mazatan Ochoa, Cecilia Ixel**

Licenciada y Maestra en Enfermería, Doctora en Ciencias de Enfermería y especialista en cuidados intensivos y enfermería quirúrgica. Se ha desarrollado como enfermera industrial, asistencial y docente. Actualmente es Profesora de Tiempo Completo en la UAdeC, realizando investigación centrada en el cuidado holístico de la persona con énfasis en la dimensión espiritual y en población en condiciones de vulnerabilidad. Tiene perfil deseable PRODEP y es investigador estatal junior por COECYT.

### **Medina Fernández, Isaí Arturo**

Doctor en Salud Pública por la UNICLA(México), Maestro en Enfermería con acentuación en atención al adulto mayor por la UAdeC (México)

y Licenciado en Enfermería por la UADY(México). Profesor de Tiempo Completo por la Universidad Autónoma de Coahuila. Cuenta con el reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Integrante del CA Cuidado para el envejecimiento activo y saludable. Su trabajo científico se centra en conductas para el envejecimiento activo y saludable, así como en el entorno de cuidadores familiares de adultos mayores.

### **Méndez Domínguez, María Isabel**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Maestra y Doctora en Educación, doctorante en Salud Pública. Desde 2009, es Profesora Investigadora de Carrera en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, donde también fue jefa del Departamento de Ciencias en Enfermería. Su trayectoria abarca la educación en enfermería, el cuidado y la salud, y las enfermedades crónicas no transmisibles. Laboró en el IMSS como jefa de enseñanza en enfermería y coordinadora delegacional de salud pública. Entre sus publicaciones recientes destaca un estudio sobre adaptación transcultural y validez de un instrumento de actitudes y conocimientos sobre seguridad del paciente (2023).

### **Morales Jinez, Alejandro**

PTC. Facultad de Enfermería Unidad Laguna. UAdeC. Perfil PRO-DEP. SNII Nivel 1. Líder CA Consolidado Enfermería Gerontogeriatrica. Miembro RedESAM México.

### **Muñoz Zacarias, Blanca Selene**

Maestrante en Enfermería y Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante de Nodo México de la Red de Cronicidad y Familia, miembro grupo GREEFES de la Red ESAM México.

### **Nuncio Domínguez, José Luis**

Doctor en Ciencias Sociales (UAdeC), Máster en Administración de la Atención de Enfermería (UASLP), Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Investigador Estatal Junior del Sistema Estatal de Investigadores Coahuila, Catedrático Investigador, Miembro del Cuerpo Académico *Desarrollo y Transformación social*, miem-

bro del claustro académico de *Administración en Servicios de Enfermería y Salud*, colaborador en el Cuerpo Académico *Cuidado Integral para la Atención al Adulto Mayor*, Certificación Nacional como Enfermero Docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, Miembro Red ESAM-México.

### **Ochoa González, Brayan Rafael**

Pasante de la Licenciatura en Enfermería por la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

### **Ordoñez Rosales, Lizeth Alejandra**

Maestrante en Enfermería y Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante de Nodo México de la Red de Cronicidad y Familia, miembro grupo GREEFES de la Red ESAM México.

### **Ostigüín Meléndez, Rosa María**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM. Diplomada en Docencia en Enfermería y Administración Estratégica de los Servicios de Enfermería; maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León y doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Cuenta con experiencia académico-administrativa: Coordinadora General del Plan Único de Especialización en Enfermería, Secretaria Académica de la División de Estudios de Posgrado y Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM. Actualmente, es Secretaria General de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO). Profesora Titular “B” definitivo de Tiempo Completo adscrita a la Unidad de Investigación de la FENO. Investigadora Nacional Nivel I. ORCID: 0000-0003-3030-3240. omrm2011@gmail.com

### **Pacheco Chan, María Verónica de los Ángeles**

Doctora en Educación, Maestra en Educación y Licenciada en enfermería. Se desempeña desde 2015 como Profesor Investigador de Carrera en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Quintana Roo. Cuenta con una amplia trayectoria profesional en la Secretaría de Salud, donde ocupó cargos como jefa de Enfermeras y Coordinadora Estatal. Está certificada como Docente en Enfermería y ha contribuido con

publicaciones académicas, entre ellas el capítulo del libro Programa Integral Comunitario de Enfermería (2019). Entornos laborales generadores de depresión, burnout y riesgo de suicidio por COVID-19 en personal de salud de Yucatán 2024.

### **Paz Navarro, Sonia Guadalupe**

PTC. Facultad de Enfermería Unidad Laguna. UAdeC. Perfil PRODEP. Colaboradora CA Consolidado: Enfermería Gerontogerítrica. Miembro RedESAM México.

### **Pérez Martínez Adriana Yaneth**

Doctorado en Metodología de la Enseñanza. Jefe de Enfermeras CH Matamoras ISSSTE Dr. Manuel F. Rodríguez Brayda. Docente de Horario Libre de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoras de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro activo de la mesa directiva del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de la Cd de H. Matamoras, Tamaulipas. Recertificada por la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería (FEMCE)

### **Perez Vazquez, Edeny Adriana**

Licenciada en Enfermería y estudiante de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdes Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Enfermera del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Coahuila.

### **Pérez Zúñiga, Xóchitl**

Doctor en Metodología de la Enseñanza por el Instituto Mexicano de Pedagogía (IMEP), Profesor de Tiempo Completo, Coordinadora del Programa Mi Tutoría UAT en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoras de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Colaborador del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano con la línea de Investigación “Conductas Promotoras de Salud y Atención a Grupos Vulnerable, Miembro del Capítulo Sigma Tau Alpha-México, Miembro de la Red ESAM México. Coordinador del Comité de formación de continua en la Red ESAM México. Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

## **Quiroz Guerra, Alma Rosa**

PTC. Facultad de Enfermería Unidad Laguna. UAdeC. Perfil PRO-DEP. Candidata SNII. Integrante CA en Formación: Educación para la Salud y Formación Universitaria. Miembro RedESAM México.

## **Rendon Torres, Luis Antonio**

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestro de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, con perfil PRODEP y Nivel Candidato en el Sistema Nacional de Investigadores. Ha dirigido y participado en proyectos financiados de investigación encaminados a la prevención del deterioro cognitivo, la inclusión digital y abandono en la persona mayor. Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación de Salud y cuidado en personas vulnerables. Miembro del comité Nacional e Internacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (ESAM).

## **Reyes Audiffred, Virginia**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, y Especialista en Enfermería del Anciano por la ENEO-UNAM; maestra en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Nuevo México y doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Profesora Titular “B” Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la UNAM. Es miembro del Grupo Técnico de Expertos en el Instituto Nacional del Geriatria, así como del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez-UNAM. A partir del 2020 es Coordinadora de la Zona Sur de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor en México. Investigadora Nacional Nivel I. <http://orcid.org/0000-0002-9366-9883>. [virginia66@yahoo.com](mailto:virginia66@yahoo.com)

## **Rodríguez Mejía, Luz Elena**

PTC. Facultad de Enfermería Unidad Laguna. UAdeC. Perfil PRO-DEP. Candidata SNII. CA Consolidado Enfermería Gerontogeriátrica. Miembro RedESAM México, Coordinadora de GREEFES

## **Ruiz Cerino, Juana María**

Doctora en Metodología de la Enseñanza por el Instituto Mexicano de Pedagogía (IMEP). Adscripción: Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo, Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Coordinadora del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES). Integrante del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano con la línea de Investigación “Conductas Promotoras de Salud y Atención a Grupos Vulnerables. Miembro de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor- México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

## **Téllez González, María Angélica**

Doctorante en Salud Pública, Máster en Enfermería, Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos, Especialista en Enfermería de Medicina de Familiar, Licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo y Coordinadora de evaluación y desempeño docente de enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, integrante del Grupo Disciplinar “Promoción de la Salud”. Miembro de la Red ESAM México. Perfil deseable PRODEP.

## **Torres Soto, Nissa Yaing**

Licenciada en Psicología Social Comunitaria por la Universidad Autónoma Indígena de México, con maestría en Innovación Educativa y doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad de Sonora. Profesora Investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, con Reconocimiento PRODEP. Es Investigadora Honorífica del Sistema Estatal de Investigadoras e Investigadores y miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores Nivel 1. Forma parte del Cuerpo Académico de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente. Sus líneas de investigación se enfocan en atención primaria de la salud, autocuidado, bienestar y grupos vulnerables.

## **Torres-Obregon, Reyna**

Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora- Investigadora de la Facultad de Enfermería “Dr.

Santiago Valdes Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del Cuerpo Académico Envejecimiento activo y Saludable Nivel En Consolidación. Perfil deseable PRODEP y Miembro activo del Sistema Nacional de Investigadores en Nivel I y Red de Investigación en Sexualidad.

### **Trujillo Hernández, Pedro Enrique**

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestro en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila. Director y profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería UAdeC. Integrante del CA “Salud Integral: Promoción, Prevención y Cuidado”, colaborador del Cuerpo Académico “Cuidado para el Envejecimiento Activo y Saludable”. Cuenta con el reconocimiento del Sistema Nacional de Investigadores nivel I.

**APORTES CIENTÍFICOS EN LA DÉCADA D  
EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE 2021-2030**

se terminó de imprimir en Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.  
ubicados en Manantiales 29, Colonia Chapultepec,  
Cuernavaca, Morelos, C.P. 62450  
en el mes de septiembre de 2025.

Su edición consta de 600 ejemplares