

Número 2

Universidad Autónoma de Chiapas

Julio-
Diciembre
2023

Revista de la Licenciatura en
Gerontología

GERONTOLOGÍA LATINOAMERICANA

En esta edición:

CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL DE LA VEJEZ, VGI,
MEDICINA ALTERNATIVA Y MUCHO
MÁS....

ISSN:
2992-6933

FUENTE DE LIBRE USO: PINTEREST

LG
GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA



DIRECTORIO

Editor en jefe

Dr. Carlos Miranda Videgaray
Responsable de la Revista Gerontología Latinoamericana
"FMH UNACH"

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

Dr. Carlos Faustino Natarén Nandayapa
Rector de la Universidad Autónoma de Chiapas

Vicepresidente

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña
Directora de la "FMH-UNACH"

Secretaria Técnica

Dra. Gladis Karina Hernández López
"FMH-UNACH"

Coordinadora de Enseñanza

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada
"FMH-UNACH"

Coordinadora de la Licenciatura

Mtra. Georgina Montero López

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Víctor Manuel Alegría Pérez

Dra. Jessica Paola Chávez Morales

Mtra. Dennise Díaz Pedroza

Mtra. Geraldine Hernández Albores

Dra. Liliana Bellato Gil

APOYO EDITORIAL

Alejandra Fabiola Salazar Escobar

Karla Yuseth Aguilar Mendoza

Litzy Anahy Ríos Mandujano

Gerontología Latinoamericana, Año 1, No. 2 julio-diciembre de 2023, es una publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Chiapas, C.P. 29050 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tel.: +52 (961) 617-8000, www.unach.mx. Editor en Jefe: Carlos Miranda Videgaray. Reserva de Derechos de Uso Exclusivo. NO: 04-2022.112516494300-102, otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. ISSN: 2992-6933. Siendo el Editor en Jefe el responsable de la última actualización de este número, con fecha del 01 de diciembre de 2023.





ÍNDICE

Presentación.....	4
Florentino Pérez Pérez	
Valoración gerontológica en adultos mayores del Sector Carirubana, estado de Falcón. Una propuesta de educación gerontológica	7
Sandra Quintero y Michell Arias	
Construcción de la imagen corporal de la vejez	31
Victoria I. Tirro A.	
Realidad o mito: La importancia que presenta hoy en día la medicina alternativa	39
Daniel Ulises López Sarmiento	
Poema: "Yu'ni k'ob Le'on"	45
Juana María Ruíz Ortiz	
Artritis Reumatoide en la persona adulta mayor: caso aplicación de parafina.....	50
María del Carmen García Reyes, Erandi Zareth Moron Carranza, Pablo Jiménez Martínez y Azucena Paola Gonzáles Gonzáles	
Riesgo de atragantamiento en pacientes con demencia en una residencia de Toluca, estado de México, 2023	61
Neydhelin Martínez Sánchez	
Factores sociales que afectan la calidad de vida del cuidador primario de personas con alzheimer	64
Reyna C. Osorio Diaz y Ma. Guadalupe Valasco Ovando	
Viviendo por Fe: La experiencia de un ministro de culto evangélico en Yucatán	69
Ángel Eduardo Cárdenas Herrera y Daliz Abisai Mijangos Cuj	

Presentación

Dr. Florentino Pérez Pérez

Escritor, académico de la UNACH

Es un buen tipo mi viejo
que anda solo y esperando
tiene la tristeza larga
de tanto venir andando

Viejo, mi querido viejo
ahora ya caminas lerdo
como perdonando el viento

Piero y Tcherkaski

La vejez por ser vejez, lleva mil males a cuestras;
difícil respiración, en el orinar torpeza,
y las toses catarrales que a todos nos son molestas.

Vahídos, apoplejías, pesadeces de cabeza y
nefríticos dolores...

Manuel Casal y Aguado

Es un honor para mí darle la bienvenida a la Revista académica Gerontología Latinoamericana, órgano de divulgación en estos temas de la licenciatura en Gerontología de la Facultad de Medicina Humana Campus II, de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Este programa educativo está por cumplir su primera década de actividades académicas. A lo largo de estos años, ha contribuido a formar a profesionales en la atención al adulto mayor y a visibilizar la convivencia de las múltiples formas de transitar la vejez y resaltar la heterogeneidad de las personas mayores, primero a través del Boletín Gerontológico de Chiapas y ahora mediante la Revista Gerontológica Latinoamericana, cuyo primer número se presenta el día de hoy en el marco de la décima edición de la feria internacional del libro de la UNACH.

El tema del envejecimiento de la población cada vez más esta cobrando mayor relevancia. El Informe de la Comisión Económica para la America Latina (CEPAL) Inclusión y derechos de las personas mayores.

Es un honor para mí darle la bienvenida a la Revista académica Gerontología Latinoamericana, órgano de divulgación en estos temas de la licenciatura en Gerontología de la Facultad de Medicina Humana Campus II, de la Universidad Autónoma de Chiapas.

Este programa educativo está por cumplir su primera década de actividades académicas. A lo largo de estos años, ha contribuido a formar a profesionales en la atención al adulto mayor y a visibilizar la convivencia de las múltiples formas de transitar la vejez y resaltar la heterogeneidad de las personas mayores, primero a través del Boletín Gerontológico de Chiapas y ahora mediante la Revista Gerontológica Latinoamericana.

El tema del envejecimiento de la población cada vez más esta cobrando mayor relevancia. El Informe de la Comisión Económica para la America Latina (CEPAL) “Inclusión y derechos de las personas mayores”, expresa que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en el mundo. En 2022, viven en la región de América Latina y el Caribe 88.6 millones de personas mayores de 60 años, que representan el 13.4 por ciento de la población total, proporción que llegará al 16.5 por ciento en 2030.



Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48.6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. Se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030. El informe agrega que este incremento en la proporción de personas mayores, así como la prolongación del curso de vida, supone oportunidades y retos para las sociedades e importantes desafíos para los gobiernos y las universidades.

El envejecimiento y sus secuelas ha sido abordado desde diferentes miradas. Desde los confines del tiempo, el tema de la vejez está asociado a la finitud del ciclo vital, de la temporalidad humana en su tránsito terrenal. Algunos la definen como el séptimo estadio del desarrollo humano; está precedida de la etapa prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud y adultez.

De Senectute o Diálogo sobre la vejez es un tratado filosófico sobre el tema del envejecimiento. Su autor, Marco Tulio Cicerón, es el primer gerontólogo de la antigüedad, en sentido amplio, toda vez que destaca la calidad y estilo de vida mejores que le corresponde vivir al ser humano en sus años finales; destacar sus cualidades mentales o virtudes del intelecto como la dignidad alcanzada, que son la prolongación de una biografía así llevada, en el disfrutado de los deleites de los sentidos y la vida social que han alimentado el espíritu y las capacidades intelectuales. La vejez puede entenderse como la ocasión de pensar la propia condición, la meditación saludable que prepara el camino hacia una sabia muerte, mejor dicho, la propia muerte. De lo contrario sería una vejez sin contenido y una muerte sin sentido.

Baudelaire decía: “Me voy de espaldas a acostar, y en vuestros velos a ocultar, ¡oh tinieblas refrigerantes”. Por su parte en el testamento intelectual de Norberto Bobbio, De Senectute, escribe: “Mientras que el mundo futuro está abierto a la imaginación, y ya no te pertenece, el mundo del pasado es aquel donde a través de la remembranza te refugias en ti mismo, retornas a ti mismo, reconstruyes tu identidad, que se ha ido formando y relevando en la ininterrumpida serie de todos los actos de la vida, concatenados entre sí, te juzgas, te absuelves, te condenas, y también puedes intentar, cuando el curso de la vida esté a punto de consumarse, trazar el balance final”.

Fue Gabriele Zerbi de Verona a quien con su libro Gerontocomia, se le considera predecesor directo de la Gerontología. En este libro habla de las enfermedades de los ancianos y explica cómo proteger la vida, prolongar la juventud y retrasar la vejez.

Estos son solo algunos ejemplos de autores que pueden ser considerados paradigmáticos en el abordaje sobre la vejez y el envejecimiento, y que por tanto, son antecedentes de la gerontología. Fue Michel Elie Metchnikoff quien propuso a la Gerontología como una disciplina de las Ciencias de la salud. Hoy en día la Gerontología se identifica como un campo de conocimiento interdisciplinario que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sirvan estas digresiones para agradecer al consejo y al comité editorial, a su editor en jefe Dr. Carlos Miranda Videgaray la invitación a presentar **La Revista académica Gerontología Latinoamericana**, que a decir de sus editores



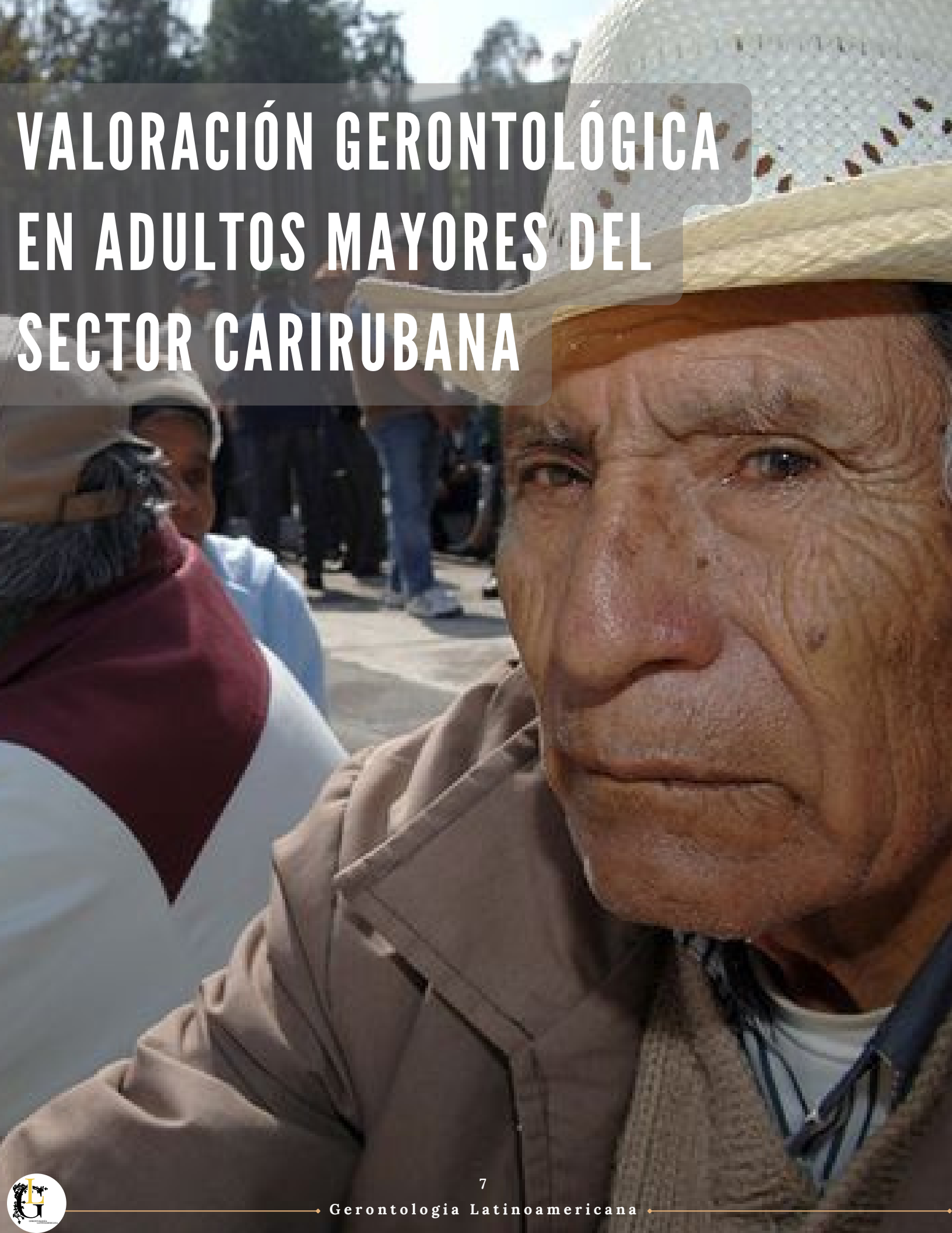
“nace bajo la convicción de la importancia que representa abrir espacios a todas las personas que tengan experiencias que compartir en relación a la gerontología, el envejecimiento y la vejez y que son producto del trabajo profesional y la investigación y al ser digital, permite una distribución en toda América Latina”.

Para este proyecto editorial los editores se preguntan ¿Cuáles son las perspectivas desde las cuales se están formando los recursos humanos que impulsarán las políticas públicas que el envejecimiento poblacional demanda? ¿De qué manera están cambiando los mapas epidemiológicos en esta etapa de vida? ¿Cómo impactó la pandemia por Covid-19 en el proceso de envejecimiento de la población? ¿Qué significa envejecer en el continente que presenta la mayor desigualdad en el planeta?

Estas y otras interrogantes, sin duda, serán abordadas en el seminario permanente de actualización en temas de gerontológicos y el resultado de sus aportaciones divulgado a través de esta revista que, en su formato digital, contribuirá a diseminar estos conocimientos, no solo con la Red Panamericana de Programas y Carreras Universitarias de Gerontología, sino también con otras universidades latinoamericanas y caribeñas.

Mi felicitación y reconocimiento a la Facultad de Medicina Humana, a su directora Dra. Ma. Rosalba Jiménez Ocaña, a la Mtra. Georgina Montero López coordinadora de la Licenciatura en Gerontología de la UNACH y al editor en jefe Dr. Carlos Miranda Videgaray por este proyecto editorial universitario de largo aliento.





VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DEL SECTOR CARIRUBANA

VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DEL SECTOR CARIRUBANA, ESTADO DE FALCÓN. UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN GERONTOLÓGICA

Sandra Quintero[1] y Michell Arias[2]

Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM. Programa de Gerontología. Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER

[1]. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Magister Scientiarum en Pedagogía Crítica (UPT Kleber Ramírez 2021), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (UNEFM 2021). Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual (UPT Kleber Ramírez) Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UUNEFM). PEII-A2. Directora Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Locutora universitaria. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. -Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con “Gerontología al Día”. Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

[2]. Licenciada en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM-Venezuela. Teniente de Corbeta de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana del Componente Armada. Labora en Hospital Naval “TN Pedro Manuel Chirino” de Punto Fijo como Jefe en Oficina de Atención Social y Gerontología. Formación en cuidado humano.

Resumen

La valoración gerontológica es un mecanismo de evaluación que permite integrar los conocimientos de todas las esferas gerontológicas, psicológicas, funcionales y sociales del adulto mayor.

Por eso, los propósitos del estudio son determinar el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica y diseñar una propuesta de educación al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor.

Se usó el paradigma positivista de tipo descriptivo y modalidad proyecto factible. La población fue de 15 adultos mayores del ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez sector Carirubana.

Palabras clave: valoración, calidad, instrumento, funcional, integral.

Los instrumentos usados fueron: índice de Katz (AVD), Lawton y Brody (AVDI), Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, Valoración de ansiedad y depresión Yavasage y la escala de recursos sociales de OARS.

Se concluye que: los adultos mayores en su mayoría presentan un estado de salud a nivel biopsicosocial con escasa o poca dependencia, aún cuando presentan alguna enfermedad señalan que está controlada, ya que su participación en el Club les mantiene activos. Manifiestan su interés por desarrollar un programa educativo que potencie sus capacidades y favorezca su bienestar a su edad. Recomiendan implementar un programa de este tipo en el Ambulatorio dirigido por un gerontólogo.



Introducción

En la vida de todo ser humano, todo lo concerniente a los cambios y transformaciones propios del envejecimiento que experimenta se hayan integrados en el devenir de su día a día, por eso, es preciso hacer un proceso de valoración gerontológica que tribute al reconocimiento de las capacidades o no que posea la persona adulta mayor e su envejecimiento.

En el caso de a valoración multidimensional, es preciso referir que la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG, 2010) la concibe como la valoración global definida como “un procedimiento diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar los problemas médicos y la capacidad funcional y psicosocial del individuo adulto mayor con la intención de elaborar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo”, otra opción que permite individualizar la necesidad de realizar una valoración en profundidad es la presencia de factores de riesgo o indicadores de fragilidad en el sujeto adulto mayor. De hecho, lo resalta en estas dos visiones:

- **Multidimensional** se refiere a que se valoran todos los componentes de la salud del adulto mayor, tanto el área médica como la situación funcional física (la capacidad para realizar distintas actividades como comer, desplazarse, etcétera), mental (área cognitiva y afectiva) y social (entorno en el que vive).
- **Interdisciplinario** porque la valoración del adulto mayor debe ser realizada por distintos profesionales sanitarios: básicamente médico, enfermera, terapeuta físico y trabajador social.

Sea cual fuere la forma de abordaje, lo importante es reconocer que la valoración gerontológica del adulto mayor, se tiñe de una forma metodológica empleada en la valoración y también a la heterogeneidad de la población de personas mayores. En este sentido, es preciso estar al tanto de todo lo que circunda al adulto mayor, estar alerta y aprender a valorar el estado de salud de los adultos mayores para corregir las alteraciones lo antes posible.

Una forma de contrarrestar y corregir estas formas de declive con la edad que se han evidenciado en la valoración gerontológica es posible gracias a la educación la cual ha sido concebida como elemento de desarrollo a nivel individual y de un país, no solo por lo que implica aprender si no por los aportes que dicho aprendizaje ofrece al colectivo. En el campo gerontológico la educación con adultos mayores va mucho más allá que el simple hecho de aprender conjuga lo social, económico, político, familiar comunitario; de modo que, fuera de la mera concepción enseñanza-aprendizaje esta la representación social de la intervención social y educativa a favor de una educación en el tiempo.

Al respecto, Farias, Salas y Sánchez (2012), mencionan que durante el proceso de envejecimiento muchos adultos mayores pueden identificar limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente, siendo estos elementos claves para medir la calidad de vida y capacidad funcional. Entonces, la valoración que realice todo individuo debe tomar en cuenta la salud y el estado funcional pues es de gran importancia para una buena calidad de vida y mantenerse de manera independiente, y conservar un envejecimiento social activo, por eso, el nivel



de capacidad permitirá al adulto mayor desenvolverse con independencia dentro del núcleo familiar, en la comunidad y sociedad en general, y así enriquecerse como persona sin importar la edad.

Este progreso puede consolidarse con la educación como ya se refirió, por eso al concebirla como una constante convivencia dentro de un colectivo, informándoles, orientándoles e ilustrándoles de manera eficaz y motivadora, afianzando la percepción propia del ser, que asuma posturas ante la vida; es una educación también de retos, superación y credibilidad, en sí misma, que hagan de esos conocimientos, formas de vida diferentes para una plenitud total a lo largo de la vida.

De un modo particular, específicamente en la Península de Paraguaná en la ciudad de Punto Fijo, en el sector Carirubana se encuentra el ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez el cual atiende a una población aledaña con un promedio de 500 habitantes, cuya descripción geográfica lo caracteriza como un sector popular. En dicho centro de salud se atiende aproximadamente de forma documentada a 30 adultos mayores en edades comprendidas entre 60 y 85 años y con diversas patologías como por ejemplo la hipertensión y diabetes, que pertenecen al asisten a el Circulo de Adultos Mayores Luz y Amor, los días miércoles, donde por las mañanas se realizan las consultas rutinarias a esta población.

Por lo planteado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál será el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica? y¿De qué manera puede contribuir una propuesta de educación gerontológica al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana?.

Objetivos Generales: Determinar el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica. Así como, Diseñar una propuesta de educación al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana.

Marco Teórico

Antecedentes de la investigación:

Como antecedentes, se tiene el estudio de García (2017) titulado Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. El cual tuvo como propósito establecer la asociación entre la Autopercepción de Salud y estado funcional se llevó a cabo una investigación No experimental, descriptiva transversal y correlacional; para lo cual se tomó una muestra intencional de 20adultos mayores voluntarios, que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos fue la encuesta tipo cuestionario; los instrumentos aplicados fueron pregunta relacionada a la salud, índice de Barthel, escala de Lawton y Brody, cuestionario de pfeiffer y escala de depresión de yesavage, cuya validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados son reconocidos internacionalmente.

La técnica que se aplicó para el análisis de los datos fue la estadística descriptiva representada en tablas. Los resultados obtenidos fueron en relación a la autopercepción de salud un 89,47% que se consideran sanos en su mayoría hombres, de acuerdo a el estado funcional el 76,47% son independiente para las ABVD, el 76,47% son dependiente en alguna AIVD, en el



cuestionario de pfeiffer un 85,25% obtuvo un estado cognitivo normal, y para la escala de depresión un 76,5% obtuvo resultados normales, en relación a la autopercepción de salud y estado funcional; el 63,16% se consideran con estado funcional adecuado, mientras que el 16,84% se consideran con un estado funcional aceptable. Como dato relevante se encontró una asociación positiva entre la auto-percepción de salud y el índice de Barthel y una marcada tendencia entre los adultos mayores con buen estado de salud a percibirse sanos así mismos.

Igualmente están Gómez y Peña (2019) con el estudio titulado Valoración de la salud en adultos mayores de la Casa del Abuelo Agustín Medina del Municipio Falcón, cuyo propósito fue diagnosticar las condiciones de salud de los adultos mayores de la casa del abuelo Agustín Medina municipio Falcón mediante un estudio positivista con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y de campo con una población de 30 adultos mayores de esta Casa a los cuales se les aplicó el índice de Katz, escala de Lawton y Brody, cuestionario de Pfeiffer, escala de depresión de Yasavage y escala de recursos de Duke encontrándose como resultado que el 90% es independiente para las actividades de la vida diaria, el 66,6% tiene depresión leve, el 50% participa en actividades sociales y familiares.

Se concluye la necesidad de fortalecer las relaciones interpersonales y familiares, así como el fortalecimiento de la salud a través de programas educativos que permitan ahondar en las capacidades de este grupo poblacional. Con esto se deja claro la importancia de la educación frente a los planteamientos de dependencia que puedan presentarse en la edad adulta mayor.

Apoyo teórico

La valoración gerontológica del estado biopsicosocial del adulto mayor, constituye el primer escalón del tratamiento de las posibles patologías que puedan presentarse. Por lo general, los métodos de valoración existentes contribuyen con la definición del estado de salud del adulto y adulta mayor, de modo que se minimicen los riesgos de dependencia y declive funcional con la edad, y con ello, prevenir a tiempo las complicaciones derivadas de estos.

El cuidado de un adulto mayor, tiene una particularidad que lo diferencia del cuidado de los más jóvenes, básicamente porque el concepto de salud es más difícil de perfilar con claridad en las personas mayores.

Por ejemplo, si se entiende por salud la ausencia de enfermedad, en el caso de un adulto mayor sería poco frecuente encontrar alguien sano, sin ninguna patología: ¿consideraremos enfermo a un adulto mayor cuyo único problema es que necesita gafas para ver de cerca?, de allí que un adulto mayor toma especial relevancia la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud “aquel estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente una ausencia de enfermedad”, es decir, la salud de los mayores se apoya en estos cuatro pilares: ausencia de enfermedad, independencia física, bienestar psíquico y buena cobertura social (SEGG, 2010).

En este apartado se exponen los instrumentos aplicados en el estudio a fin de mostrar la heterogeneidad de la población de personas



mayores como parte del proceso de revisión no sistemática sobre las condiciones de este grupo etáreo a fin de centraremos en analizar la información suministrada para determinar el estado biopsicosocial de los adultos mayores del estudio.

En cuanto a la Independencia para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor, las actividades de la vida diaria llamadas también AVD son aquellas que las personas en un marco temporal concreto, han de satisfacer para su propio beneficio, a fin de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible (Sánchez 2010). Por esto, para efectos de este estudio se midió la independencia a través del índice de Katz, el cual contiene 10 ítems de suma importancia para medir el grado de independencia o dependencia del adulto mayor para realizar las AVD.

El otro instrumento para medir las actividades instrumentales de la vida diaria conocida como AIVD, son actividades más complejas que las actividades de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resoluciones de problemas de la vida cotidiana y pueden resultar complejas para personas que hayan sufrido una enfermedad cerebral (Sánchez 2010).

De forma concreta, para evaluar las AVDI fue necesario utilizar la escala de Lawton y Brody, ya que el mismo, estudia la autonomía física del adulto mayor a través de 8 preguntas, las cuales indican la independencia o dependencia del adulto mayor estudiado.

Sobre el estado Mental del Adulto Mayor, tanto la salud mental como el bienestar emocional tienen la misma importancia, por ejemplo, las personas mayores realizan aportes e ideas valiosas a la familia y a la sociedad en general pues la mayoría cuentan con una buena salud mental, pero al mismo tiempo corren el riesgo de padecer trastornos neuronales. Por esta razón que se hizo necesario tomar en consideración el cuestionario de Mini mental-deterioro cognitivo, el de Valoración de ansiedad y depresión así como la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Mientras que en el estado psicológico del Adulto Mayor, el estado psicológico se muestra en una serie de dificultad en el proceso de la información cognitiva y emocional. Valoración de ansiedad y depresión Yavasage es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo (Sánchez, 2010).

Por su parte, los Recursos Sociales en el Adulto Mayor, desde una perspectiva histórica el término de recursos sociales aparece vinculado al concepto de necesidad, generalmente aparece como sinónimo de servicios sociales (aunque son medios componentes por todos los sistemas de bienestar) (Ortega 2006).



Por eso, para estudiar los recursos sociales de los adultos mayores en este estudio, se consideró pertinente aplicar la escala de recursos sociales de OARS, el cual permitió evaluar las consideraciones sociales, tomando en cuenta aspectos tales como la familia y amistades, que son parte importante del crecimiento personal de cada adulto mayor, elevando así su calidad de vida.

Ahora bien la Educación gerontológica, se puede decir que “La educación es un proceso interactivo entre el educando y su entorno (educare) en su capacidad personal para desarrollarse (educere)”. Así lo señala Castillejo (1998 citado por Bermejo 2004). Por lo tanto, permite proporcionar herramientas factibles que mejoren el aprendizaje de las personas optimizando sus habilidades para un desarrollo pleno. Entonces, la educación implica la acción dinámica de la persona con su entorno físico y social donde lleva a cabo una escala de valores de socialización y culturización de sus miembros, los cuales de manera continua y permanente, propician las interrelaciones y el contacto directo con los demás, dando un valor práctico, espiritual y de placer para sus vidas y a otros manteniendo las tradiciones y una noción del futuro, que los oriente a vivir, convivir y sobrevivir.

La educación en el campo como un proceso permanente posee grandes vertientes con dos ámbitos de aplicación de la enseñanza en este caso la educación gerontológica y la gerontología educativa. Si bien es cierto que al llegar a la etapa de la vejez se suscitan cambios que de una u otra forma colocan en disminución algunas capacidades de las personas de edad, la capacidad de aprender también puede encontrarse comprometida. La educación gerontológica se involucra como uno de los principales enfoques para el desarrollo a lo largo de la vida desde tempranas edades.

Según las conceptualizaciones de Orduna y Naval (2001) “la educación gerontológica consiste en la enseñanza de los aspectos gerontológicos; es decir a todos aquellos aspectos educativos relacionados con el proceso, mecanismos, tipos, estrategias de enseñanza” (de las múltiples cuestiones gerontológicas a profesionales y público en general). Se evidencia entonces, que ésta pretende otorgar y/o afianzar conocimientos gerontológicos a la población en general, donde se fomentan diferentes tópicos acerca de los aspectos que involucran el proceso de envejecimiento y lo relacionado al adulto mayor y la vejez.

Metodología asumida

El presente estudio asume el paradigma cuantitativo o positivista, que para Hernández, Fernández y Baptista (2010) es “parte de una situación particular y dentro de una representación del mundo objetivo” de igual manera, “se fundamenta en la recolección de datos para probar una hipótesis o medir una realidad, con base en la medición numérica y el análisis estadístico. El tipo de estudio es descriptivo aquí refieren Hernández, Fernández y Baptista (2010) que “la realidad se presentan tal cual ocurre sin manipulación de la variable en cuestión”, y asume la modalidad de proyecto factible que tal como señala la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2006):

El proyecto factible consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo variable, o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de campo, o en una investigación de tipo documental; y puede referirse a la formación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos (p.7).



En lo relación al diseño de la investigación, se desarrolló bajo una investigación de campo, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) se refiere al análisis de un problema cuyos datos son recolectados directamente de la realidad. Sobre las técnicas más usadas son la observación y la entrevista, la primera consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que se necesitan para resolver un problema de investigación; mientras que la entrevista, es la forma específica de interacción social.

En cuando a la muestra objeto de estudio estará constituida por 15 de adultos y adulta mayores que constituye el 50% de la población total siendo un número accesible a la investigadora por cuestiones económicas para la aplicación del instrumento.

Por su parte, la validez es “el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”, en este estudio se utilizarán instrumentos de validez internacional comprobada por tanto no necesitaron de nueva validación. Los datos se analizaron cuantitativamente, a través de la estadística descriptiva como técnica de análisis.

Análisis de la información

A continuación se presenta a través de tablas organizadas de forma cronológica, los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a los adultos mayores seleccionados, tal como se expone a continuación:

Tabla 1
Distribución de los adultos mayores entrevistados según la edad

Respuesta	Frecuencia	%
60-64	3	20%
65-69	6	40%
70-74	2	13%
75-79	1	7%
80-84	2	13%
85-89	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021).

En la tabla 1, el 40% de los adultos mayores entrevistados presentan ser mayoría en edades comprendidas entre 65-69 años, seguido del 20% con el grupo de 60-64 años, y en minoría con un 13% las edades 70-74 años, 80-84 años y por último en minoría un 7% de 75-79 años.

Tabla 2
Distribución de los adultos mayores según su profesión u oficio

Respuesta	N°	Frecuencia (%)
Enfermeras	2	19%
Arquitecto	1	10%
Ama de casa	6	59%
Pescador	6	12%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 2 sobre la profesional u oficio que desarrolla el adulto mayor entrevistado, se observa que un 59% amas de casa, adultos(as) mayores que están jubiladas(os) y que se encuentran actualmente presentes en el hogar, mientras que con un 19% son enfermeras, un 10% arquitecto, adultos(as) mayores que aún ejerce su profesión y solo un 12% que son pescadores.

Esto refleja que Las personas prefieren envejecer en su casa, en un ambiente familiar y



rodeado en la medida de lo posible de sus pertenencias y seres queridos. Este deseo de envejecer en casa no es simplemente una preferencia personal.

La Organización Mundial de la Salud (2002) resalta que el lugar en donde se envejece tiene impactos importantes sobre la salud de las personas: el hacerlo en un lugar conocido aumenta los niveles de confianza, independencia, y autonomía.

Tabla 3

Valoración Gerontológica según Índice de Katz ABVD- Dependencia de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Nivel de dependencia	Nº	Frecuencia (%)
Dependiente	2	20%
Independiente	13	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

La tabla 3 sobre la Valoración Gerontológica según Índice de Katz ABVD- Dependencia, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón se observa que el 80% de los entrevistados durante la aplicación del el Índice de Katz ABVD-Dependencia, manifiestan que son independientes en sus actividades básicas de la vida diaria, esto quiere decir que no necesitan ayuda para sus labores diarias personales, mientras que un 20% manifiestan que son dependientes y no pueden realizar todas sus actividades, esto se debe a que estos adultos mayores están en silla de rueda y necesitan atención de un cuidador.

Como señala la OMS (2002), los adultos mayores dependientes se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ya que precisan de apoyos para poder ejercer sus derechos, para poder acceder a los bienes sociales y para recibir

una atención sin la que no pueden desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria.

La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor.

Tabla 4

Valoración Gerontológica Escala de Lawton AIVD- Autonomía, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Nivel de autonomía	Nº	Frecuencia (%)
Sin autonomía	2	20%
Independiente	13	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

Como se observa en la tabla 4 sobre la Valoración Gerontológica Escala de Lawton AIVD- Autonomía, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, el 80% de los entrevistados refirieron según La escala de Lawton, instrumento útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos y adultas mayores, se puede observar que son independientes para realizar sus actividades personales en el hogar, mientras que el otro 20% manifestó que no tienen autonomía y necesitan de otra persona que los ayude para actividades como, utilizar medios de transporte o ir de compras ya que son personas con discapacidad.

En lo que respecta a las tablas sobre valoración gerontológica a adultos mayores según índice de Katz ABVD- dependencia y valoración gerontológica a adultos mayores según escala



de Lawton AIVD-Autonomía, se observan dos resultados igualitarios un 20%, que se deben a las mismas personas, dos adultos mayores que no pueden realizar sus AIVD ABVD de manera independiente y con autonomía ya que por su condición, de ser personas adultos mayores amputados parcialmente del miembro inferior derecho ambos.

E incluso no logran realizar sus actividades personales de la vida diaria de una manera completa sin ayuda de una segunda persona o en ésta caso un cuidador, mientras que el otro 80% son personas dependientes y totalmente autónomos de sí mismos ya que son personas activas que aún toman sus decisiones y pueden realizar todas sus actividades del día, esto se debe a que son adultos mayores totalmente activos y se han mantenido así a lo largo de los años, y que la mayoría han experimentado los métodos utilizados en el círculo de adultos, de actividades físicas en el hogar para mejorar los hábitos de vida que les permitan disminuir posibles complicaciones.

La valoración gerontológica utilizando la Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Escala de Lawton AIVD- Autonomía (mide la autonomía funcional para el auto cuidado de las personas mayores) permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente: como vestirse, caminar, ir al baño, comer, entre otras.

Tabla 5

Valoración Gerontológica según Test Mini Mental- Deterioro Cognitivo, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Grado deterioro cognitivo	N°	Frecuencia (%)
Deterioro cognitivo	3	20%
Sin deterioro	12	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 5 acerca de la Valoración Gerontológica según Test Mini Mental- Deterioro Cognitivo, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 80% de los entrevistados aplicándoles el test mini mental- deterioro cognitivo manifiestan que no padecen ningún deterioro, ya que son adultos mayores capaces de responder concretamente el test aplicado, mientras que un 20% manifiestan que si presentan deterioro cognitivo, debido a que son adultos mayores con problemas de Alzheimer moderado.

Al analizar la tabla, correspondiente a valoración gerontológica a adultos mayores según test mini mental- deterioro cognitivo, se detectó que el 20% presentan deterioro cognitivo debido a una falta de estimulación como método de prevención para el avance del Alzheimer que está en una etapa de nivel moderado por tal motivo, mientras que el otro 80% se mantienen cognitivamente activos por medio de actividades de estimulación o neurogym, gracias a la persona que los atiende en el círculo de adultos al que pertenecen. El envejecimiento trae consigo también la disminución cognitiva y fisiológica



causando aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones.

La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad para realizar cálculos son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones (Ortega, 2006).

Tabla 6

Valoración Gerontológica según Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Ansiedad y depresión	Nº	Frecuencia (%)
Ansiedad	6	40%
Depresión	3	20%
Ninguna	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 6, sobre la Valoración Gerontológica según Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 40% entrevistados a quienes se les aplicó la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, manifestaron que tienen ansiedad ya que se sienten preocupados frecuentemente por problemas y por su salud, con dificultad para relajarse y para dormir, mientras que por otro lado con el otro 20% manifestó que tienen depresión ya que estos factores se multiplicaron con características como falta de confianza, poca energía y pérdida de el interés por sí mismo y para finalizar el último 40% manifestó que no presentan ninguna de las anteriores ya que son adultos mayores que viven con sus familiares y son personas que pretenden permanecer en su vínculo social día a día.

En cuanto al análisis realizado a la tabla, correspondiente a valoración gerontológica a

adultos mayores según escala de ansiedad y depresión de Goldberg, se evidencia que un 40% de los elementos muestrales manifiestan que no presentan ninguna de estas anteriores, mientras que el otro 40% evidenció ansiedad ya que son adultos mayores que viven solos en sus viviendas y no tienen a nadie que les de afecto o ayuda en su vida diaria, esto trajo como consecuencias pensamientos de desánimo, preocupaciones en su día a día y en algunas ocasiones aislamiento de parte de un pequeño número de éstos adultos mayores, el otro 20% presentó depresión leve, ya que estos adultos mayores evidenciaron baja autoestima y sentimientos de soledad, con éste resultado es necesario ofrecer información a cerca de el aislamiento, retraimiento y inclusión social, ya que un adulto mayor necesita estar en un grupo social, un adulto mayor aislado, adulto mayor que necesita ser estimulado cognitivamente porque las consecuencias de esto son la demencia o Alzheimer avanzado.

Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento por lo tanto debe ser diagnosticado y tratado a tiempo (Fernández, 2019).

Tabla 8

Valoración Gerontológica según Test de Yesavage- Depresión, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Grado depresión	Nº	Frecuencia (%)
Leve	3	20%
Sin depresión	12	80%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)



En la tabla 8 sobre la Valoración Gerontológica según el Test de Yesavage-Depresión, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 20% de los entrevistados a quienes se les aplicó la escala geriátrica de depresión de Yesavage, que es uno de los instrumentos que valora la depresión en las personas mayores, cuya ventaja radica en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, manifestaron que sufren de depresión leve, frecuentemente, ya que su estado de ánimo y su amor propio se encuentra deteriorado por problemas mayormente de autoestima, mientras que el otro 80% manifestó que no tienen depresión.

En lo referente al análisis de la tabla, sobre valoración gerontológica a adultos mayores según test de yesavage- depresión, se detecta que el 80% no presentó depresión ya que manifiestan ser adultos mayores con iniciativa de autocuidado, mientras que el otro 20% sufre una depresión leve, ya que estos adultos mayores se preocupan por el día a día de una manera aguda, son los mismos AM que presentan depresión en el cuadro anterior, se pretende con respecto a éste diagnóstico, su cuidado para evitar complicaciones empleando estrategias así como métodos con principios educativos para lograr la comprensión de esto y sus consecuencias, la degeneración cognitiva debe tratarse y prevenirse, y ésta es la principal consecuencia de la depresión, ésta estimulación debe ser constante con la posibilidad que ambos, AM- Gerontólogo estén involucrados igualmente para la terapia braingym que se debe ejecutar. La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus 2 grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad (García, 2017).

Tabla 9

De los recursos sociales con los que cuenta el adulto mayor. OARS a los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Recursos Sociales	N°	Frecuencia (%)
Excelentes recursos sociales	4	27%
Buenos recursos sociales	8	53%
Recursos sociales moderadamente deteriorados	2	13%
Recursos sociales bastante deteriorados	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla y gráfico 9 correspondiente a la escala de Recursos Humanos, tuvo predominio en la escala, con mayor porcentaje, Buenos recursos sociales 53% y Excelente recursos sociales con un 27%, mientras que se resaltan las respuestas que son menor dominantes en el cuadro pero más importantes ya que una persona con recursos sociales moderadamente deteriorados con el 7% y bastante deteriorados solo el 13% son personas con relaciones sociales insatisfactorias, de baja calidad y pocas, que obtienen ayuda de vez en cuando, son AM que presentan aislamiento social, depresión y quizá ansiedad.

Las relaciones con el otro fortalecen el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores, así lo señala Moncada (2016) al decir que, en tanto se fortalezcan las relaciones interpersonales su efecto se verá reflejado en la calidad de vida y bienestar emocional evitando con ello estado de depresión y aislamiento.



Propuesta de la educación gerontológica

Frente a la información presentada se cumple el primer objetivo del estudio, mientras que del análisis de estos surge la creación del Programa de Educación Gerontológica como respuesta al segundo objetivo el cual permite prevenir patologías que se puedan generar si un adulto mayor tiende a aislarse, el sentimiento forzado de soledad, que decae sobre cada persona, los aísla y trae como consecuencias muchas variantes que pueden llegar a ser mortales para el adulto mayor.

Objetivo del Programa: Ejecutar un Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez.

Etapas del Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez:

I.-Preparación: Mediante la motivación se espera que el adulto mayor se interese en el Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez y así poder lograr un resultado positivo.

II.-Desarrollo: Mediante actividades de estimulación cognitiva, de tipo funcional y social, los cuales se espera que el adulto mayor reciba y desarrolle a tono con nuevas formas de vida y emociones y sus propias capacidades funcionales.

III.- Evaluación

- **Ex - Ante:** Tiene la finalidad de evaluar el programa antes de ser aplicado a la comunidad para conocer el grado de definición de los objetivos generales y

específicos, así como la congruencia que tiene el programa y el diseño y metodología que se emplearán y comprobar si los objetivos específicos ayudarían al cumplimiento de los objetivos generales del mismo.

- **Evaluación de proceso:** Tendrá el propósito de comparar sistemáticamente el nivel de avance de las actividades del programa que se estará implementando en un período determinado de 6 semanas para poder establecer las posibles desviaciones, indagar las causas y llegar a la toma de decisiones correctivas pertinentes y así se abordará el interés, tomado en cuenta en la asistencia y empatía recibida por los adultos mayores.
- **Evaluación Ex - Post:** este tipo de evaluación se realizará un tiempo considerable después de concluido el programa, con el fin de comprobar el impacto que se genere con estas actividades, como los objetivos específicos e inmediatos, mediante la última actividad que servirá de evaluación ex post, donde los adultos suministrarán la información comprendida.

IV.- Devolución: El Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez permite ser una oportunidad para satisfacer las necesidades comunes de la población adulta mayor beneficiada generando así un grado de valoración personal y social, por eso, los resultados de este programa serán expuestos ante el Club de adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez. Vale acotar que el Programa quedó en propuesta a fin de ser aplicado una vez validado por la comunidad.



Contenido Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II

Dr. José María Rodríguez.

BLOQUE	UNIDADES	ESTRATEGIAS
<p>BLOQUE ELEMENTAL MODULO I.</p> <p>FORTALECER LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICA E INSTRUMENTAL (AIVD, ABVD)</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de ABVD, AIVD. • Diferencias y relación. • Importancia de autonomía y independencia. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Ejercicios estimulantes para fortalecer las ABVD, AIVD.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de rutina. • Terapias físicas. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Cómo ayudar en el proceso de fortalecimiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicación adulto- profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversatorio • Mesas de trabajo • Ejercicios de funcionalidad. • Lluvia de ideas.
<p>BLOQUE INTERMEDIO MODULO II.</p> <p>FORTALECER LA EDUCACIÓN EMOCIONAL (GOLBERT)</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Educación emocional.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones. • La depresión. • Importancia de intervención. • Consecuencias de no intervención. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Planificación de la atención a las personas que sufren esta patología.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de intervención partiendo de la base. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Estimulación y educación gerontológica para pacientes con depresión.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Círculos de experiencias. • Video foro. • Dialogo simultáneo. • Ejercicios de estimulación emocional.



<p align="center">BLOQUE INTERMEDIO MODULO III. FORTALECER EL DESARROLLO COGNITIVO (MINI MENTAL FOLSTEIN- LOBO).</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Desarrollo cognitivo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación gerontológica. • Estimulación cognitiva. • Brain gymnasie (gimnasia cerebral). • Demencia. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Desarrollo de técnicas de intervención en pacientes con principio de demencia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de deterioro. • Nivel de terapias cognitivas. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Estimulación y atención en los entornos de la evaluación y la atención con diagnóstico base.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de estimulación cognitiva. • Ejercicios de memoria. • Ejercicios de gimnasia cerebral.
<p align="center">BLOQUE AVANZADO MODULO IV. FORTALECER LAS RELACIONES SOCIALES (INTERPERSONALES, OARS).</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Las relaciones sociales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales. • Importancia. • Apoyo social. • Independencia social. • Salud social. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Planificación e intervención a personas con situación de aislamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de relaciones sociales. • Inclusión a grupos sociales. • Reintegro a grupos sociales. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Cómo ayudar a inclusión social y evitar el retraimiento y aislamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apoyo social. • Educación gerontológica en base al apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de dialogo. • Conversatorios. • Mesas de trabajo. • Lluvia de ideas. • Panel. • Encuentros sociales.



Conclusiones

Una vez presentado el estudio, se concluye que, la valoración gerontológica el estado biopsicosocial de los adultos mayores del Sector Carirubana Estado Falcón, se tiene que, se abarcó de manera amplia el estado biopsicosocial de los adultos mayores por medio de escalas y test que dieron apertura a ésta investigación, donde se logró determinar las necesidades biopsicosociales de cada adulto mayor sirviendo este diagnostico como base para dar comienzo a prevenir y trabajar con la problemática abordada conseguida.

En este sentido, se resalta que el 80% es independiente de las actividades diarias tanto básicas como instrumentales solo un 20% necesita ayuda. Se observo que el 80% no posee deterioro cognitivo solo un 20% presenta cierto grado de deterioro que puede ser intervenido con un programa educación gerontológica. En cuanto al grado de ansiedad se observa que el 40% manifestó poseer ansiedad pero también con este mismo porcentaje hay aquellos que manifestaron no poseerlo, solo el 20% refirió tener en algunos momentos depresión. Pero se contradice con la valoración de Yesavage cuando el 80% refirió no tener ningún tipo de depresión mientras solo e 20% posee leve depresión.

La mayoría cuenta con buenos recursos sociales (35%) y hasta algunos refirieron que era excelente (27%) solo unos pocos (13%) dijo eran escasos. Ante esto la totalidad manifestó querer participar en un programa de educación gerontológica que contribuya con su salud. Por lo referido, realizar una propuesta educativa de tipo gerontológico.

Recomendaciones

Para el adulto mayor

- Permanecer en el circulo de adultos para fortalecer la vida social activa
- Contribuir en la sociedad de una u otra manera para establecer contacto con otros adultos mayores y personas de distintas edades.
- Permanecer físicamente activo participando en el Programa de educación gerontológica.
- Evitar el aislamiento social e integrarse a las actividades del programa.
- Incluir a sus familiares en sus actividades del día a día.
- No perseguir rutinas.
- Realizar las actividades de estimulación vistas en el grupo de adultos en el Programa de educación gerontológica.
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.

Para la institución

- Implementar el Programa de educación gerontológica con el acompañamiento del gerontólogo.
- Potenciar la creatividad del adulto mayor.
- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.



Referencias

Bermejo, (2004), Gerontología Educativa. Cómo diseñar proyectos educativos para mayores. Buenos aires, Madrid.

Orduna, G, y Naval, C (2001). Gerontología Educativa. Ariel Educación. Barcelona España.

Farías K, Salas H y Sánchez F (2012) Independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria y las instrumentarias de la vida diaria de adultos mayores de Aracua del municipio Bolívar Estado Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

Fernández (2019) Bienestar psicológico en adultos mayores que presentan enfermedades crónicas degenerativas en un hospital de Lima metropolitana, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima-Perú

García, R (2017) Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

García, R (2017) Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

Gómez, E y Peña, P (2019) Valoración de la salud en adultos mayores de la Casa del Abuelo Agustín Medina del Municipio Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.Venezuela.

Hernández R, Fernández, C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill.

Moncada, G (2016) Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, Angasmarca- Huánuco 2015. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina. E.A.P. de Medicina Humana. Lima Perú.

Organización Mundial de la Salud (2002). Departamento de Promoción de la Salud y Envejecimiento un documento para el debate Segunda Asamblea Mundial. España

Ortega, L (2006). “Intervención para reintegrar al anciano frágil a la sociedad”. (Documento en línea). Disponible en URL: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-154-1-intervencion-para-reintegrar-al-anciano-fragil-a-la-sociedad.html>. Tercera edad. [Consultado 2008, Febrero 21]

Sánchez, (2010) La calidad de vida en los adultos mayores de la institución Nuevo Amanecer San Rafael de Canagüa, Estado Barinas.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2010) Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. España.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales. 5ta Reedición. Caracas: Editorial Fedupel.



Valoración de las actividades de la vida diaria. Índice de Katz		
Baño	<p>Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar alguna zona (como la espalda, o una extremidad con minusvalía)</p> <p>Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo)</p>	
Vestido	<p>Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos</p> <p>Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido</p>	
Uso del sanitario	<p>Independiente: Va al sanitario solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.</p> <p>Dependiente: Precisa ayuda para ir al sanitario.</p>	
Movilidad	<p>Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo</p> <p>Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla. No realiza uno o más desplazamientos</p>	
Continencia	<p>Independiente: Control completo de micción y defecación</p> <p>Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación</p>	
Alimentación	<p>Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.</p> <p>Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral.</p>	



Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria. índice de Lawton y Brody

<p>Capacidad para utilizar el teléfono</p>	<p>I=Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A=Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D=Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por si mismo.</p>	
<p>Uso de medios de transporte</p>	<p>I=Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A=Solo viaja si los acompaña alguien. D=No puede viajar en absoluto.</p>	
<p>Ir de compras</p>	<p>I=Realiza todas las compras con independencia. A=Necesita compañía para realizar cualquier compra. D=Totalmente incapaz de ir de compras.</p>	
<p>Preparacion de la comida</p>	<p>I=Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A=Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D=Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>	
<p>Control del medicamento</p>	<p>I=Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A=Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D=Incapaz de administrarse su medicación.</p>	
<p>Manejo de sus asuntos economicos</p>	<p>I=Maneja los asuntos económicos con independencia. A=Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras. D=Incapaz de manejar dinero.</p>	



MINI-MENTAL FOLSTEIN Y LOBO

Paciente _____ Edad _____

Ocupacion _____ Escolaridad _____

Examinado por _____ Fecha _____

ORIENTACIÓN

Dígame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estado _____ Año _____ (5 puntos)

Dígame el hospital (o lugar) _____

Planta _____ Ciudad _____ Provincia _____ Nación _____ (5 puntos)

FIJACION

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana, hasta que se las aprenda (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? (5 puntos)
- Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás (3 puntos)
- Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo (¿Qué es esto?), repetirlo con un reloj (2 puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? (2 puntos)
- ¿Qué son el rojo y el verde?
- ¿Qué son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con una mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)



ÁREA AFECTIVA: TEST DE YESAVAGE (ESCALA DE DEPRESIÓN)

Test de Yesavage (Escala de Depresión Geriátrica: GDS)	Respuesta	
1-¿Esta básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2-¿Ha dejado abandonado muchas actividades e intereses?	0	1
3-¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4-¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5-¿Esta de buen talante la mayor parte del tiempo?	0	1
6-¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	1	0
7-¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8-¿Se siente sin esperanza ante su situación actual?	1	0
9-¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10-¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	1	0
11-¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12-¿Piensa que no vale para nada estar como está ahora?	1	0
13-¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
14-¿Se siente lleno de energía?	0	1
15-¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	1	0



Interpretación	
0-5:	Normal
6-9:	Depresión leve
10 o más:	Depresión severa

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG		
SUBESCALA DE ANSIEDAD	Respuestas	Puntos
1-¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.-¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.-¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.-¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.-¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.-¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



SUBESCALA DE DEPRESIÓN	Respuestas	Puntos
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación total (Si hay respuestas afirmativas, a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



**Escala De Recursos Sociales (OARS)
DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)**

Apellidos _____ Nombre _____
Entrevistador/a _____ Fecha _____

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos :

- 1.-Soltero
- 2.-Casado
- 3.-Viudo
- 4.-Separado
- No responde

¿Vive su cónyuge en la residencia?

- 1.-Si
- 2.-No
- No responde

Durante el último año, ¿con que frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

- 1.-Una vez a la semana o más
- 2.-Una a tres veces al mes
- 3.-Menos de una vez al mes o solo en vacaciones
- 0.-Nunca
- No responde

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

- 3.-Cinco o más
- 2.-Tres o cuatro
- 1.-Una o dos
- 0.-Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida).

- 3.-Una vez al día o más
- 2.-Dos veces
- 1.-Una vez
- 0.-Ninguna
- No responde





Construcción de la imagen corporal de la vejez



IMAGEN LIBRE USO: CANVA

CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA VEJEZ

Victoria I. Tirro A.

Especialista en psicogerontología, Master en Neurociencias

Resumen

La influencia social es uno de los pilares fundamentales que impulsa al desarrollo de cada individuo; la manera en que es vista una persona por su entorno social va a determinar pautas de comportamiento que a partir de los 60 años se relacionan con el deber ser y la moral. La típica persona mayor es considerada a menudo como apática, desinteresada en el sexo, camino a la senilidad, conservadora y rígida. El estereotipo hace creer que el adulto está cansado y de mal humor, pasivo, sin energía, débil y dependiente de los otros (Moñivas, 1998). Las dificultades aumentan cuando la persona mayor está convencida de eso.

Palabras claves: Vejez. Cuerpo. Relaciones. Significado

El envejecimiento viene acompañado de cambios significativos en los distintos aspectos que conforman al ser humano (psicológicos, sociales y económicos), los cuales influyen en su percepción del mundo, cómo ve a los otros y cómo siente que los otros lo perciben (Brandt et al., 2017).

La influencia social es uno de los pilares fundamentales que impulsa el desarrollo de cada

La influencia social es uno de los pilares fundamentales que impulsa al desarrollo de cada individuo; la manera en que es vista una persona por su entorno social va a determinar pautas de comportamiento que a partir de los 60 años se relacionan con el deber ser y la moral. La típica persona mayor es considerada a menudo como apática, desinteresada en el sexo, camino a la senilidad, conservadora y rígida.

El estereotipo hace creer que el adulto está cansado y de mal humor, pasivo, sin energía, débil y dependiente de los otros (Moñivas, 1998). Las dificultades aumentan cuando la persona mayor está convencida de eso. De esta forma, la vivencia de la vejez va a estar determinada por las circunstancias en que esta se desarrolla; es decir, el estado biológico y psicológico, situación económica y social, biografía y su propia escala de valores.

La vejez (Fornós, 2000) no está ligada exclusivamente a la edad; hay componentes contextuales y personales que pueden ser más influyentes que lo meramente cronológico. Sin embargo, el desconocimiento en materia gerontológica lleva a configurar imágenes e ideas sobre lo que se considera socialmente apropiado





Las venas varicosas son más comunes. Tanto en hombres como en mujeres, el cabello se vuelve blanco y más delgado, y en ocasiones brota en nuevos lugares: en la barbilla de las mujeres, o en los oídos de los hombres. La estatura de las personas puede disminuir conforme se atrofian los discos entre sus vértebras, y pueden parecer incluso más pequeñas debido a una postura encorvada. En algunas mujeres el adelgazamiento de los huesos podría provocar una "joroba de viuda" en la parte trasera del cuello (Papalia y Sterns, 2009).

El autor (Falque-Madrid, 2014), hace alusión a la percepción de este estado como una situación angustiada, estereotipada en imágenes de personas enfermas, inválidas, con alteraciones emocionales, que representan una carga económica y emotiva para sus familiares.

Las investigaciones (Vaquero- Cristóbal y cols., 2013), señalan que los medios de comunicación se han encargado de difundir a la sociedad los valores e ideales relacionados con el cuerpo, cuya elaboración personal comprende aspectos perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales. La identidad, desde un enfoque social, se ancla en las tareas específicas realizadas en el mundo laboral. Su fortalecimiento favorece la definición de los límites y la adjudicación de responsabilidades (Zapata, 2001).

Entendiendo que en la vejez algunas funciones comienzan a declinar, tales como las fisiológicas, cognitivas, sociales y laborales; y cada vez más hay adultos que alcanzan esta etapa en óptimas condiciones de salud física y emocional, es importante indagar los factores que impactan sobre su bienestar psicológico, a saber, el grado en el que un individuo juzga su vida como un todo en términos positivos (Veenhoven, 2013).

en el quehacer de la persona mayor y esto puede diferir de lo que el adulto haya construido sobre sí mismo, desde su auto percepción.

La adultez mayor (Padilla, 2005) es vista como un período de disminución física y mental, reafirmando dicha visión a través de los medios. Esto se produce por cánones impuestos por la sociedad actual con respecto a la belleza, la juventud, la productividad y el consumo. Las consecuencias son diversas, entre ellas, identificarse con el rol que la sociedad les asigna o les impone, con el objeto de ser aceptados e integrados socialmente.

Con la edad, los cambios físicos se vuelven más obvios. La piel tiende a volverse pálida y manchada, y toma una textura apergaminada, pierde elasticidad y cuelga en pliegues y arrugas.



La noción de envejecimiento activo o con éxito se vincula con el bienestar psicológico. Es así como, cada vez más estudios se han orientado en la búsqueda de indicadores que contribuyan a la calidad de vida de la persona mayor (Yanguas, 2006), entre ellos, la forma como cada quién percibe y valora su experiencia vital (Meléndez et al., 2009).

El ser humano siempre ha manifestado gran interés por su imagen corporal, y culturalmente se han ido desarrollando diversos cánones de belleza que van evolucionando y en función de los cuales se comparan y pueden variar según la cultura y los valores en los que el sujeto esté inmerso. La constitución de la imagen no es un proceso unívoco ni predeterminado biológica o psicológicamente, sino que forma parte de una elaboración compleja, establecida por un conjunto de mecanismos de producción de sentido que se da a lo largo de la vida, en un determinado tiempo social, histórico y cultural (Berriel y Pérez, 2006).

Algunas investigaciones se han centrado en la figura, el peso y el grado de satisfacción, pero estas variables cambian significativamente con la edad. De hecho, se ha encontrado mayor insatisfacción en cuanto al envejecimiento del cuerpo en el sexo femenino, más que en el masculino (Céspedes y Sacramento, 2012).

En tal sentido, hay quienes se les dificulta asimilar los cambios y limitaciones de toda índole, entre ellas, las del cuerpo, produciendo una considerable disminución en su autoestima y autoimagen.

La autopercepción puede sufrir variaciones en cuanto a la imagen corporal, pero no significa que en otros aspectos estén incapacitados para ejercer diferentes roles a nivel sociocultural (Padilla, 2005).

Un elemento que afecta a ambos sexos es el de la apariencia física en función de la actividad sexual. La asunción del esquema corporal se disocia del deseo sexual del adulto (Flores, 1998) lo cual causa conflicto y despersonalización, más frecuente en la mujer, dado que a esta población le han hecho creer que “la identidad de la mujer está vinculada intrínsecamente a la percepción del cuerpo” (Ventura, 2000, p. 20, c.p. Becerril, 2011), juzgándolas constantemente por su imagen corporal.

La popularidad de los tratamientos antiedad es una muestra del extendido deseo de ocultar la apariencia del envejecimiento. Si tu “yo ideal” tiene el cuerpo de un joven de 20 años, entonces con cada año que pase será necesario hacer mayores esfuerzos para negar lo que ocurre. La autoestima se ve afectada cuando las personas devalúan su ser físico. Ante las poderosas fuerzas sociales que refuerzan un culto a la juventud, muchos adultos pueden y aprenden a aceptar los cambios que tienen lugar en ellos mismos (Papalia y Sterns, 2009).

En un estudio realizado (Raich, 2004), se investigó sobre el concepto de imagen corporal y las exageradas preocupaciones sobre sí mismo, al punto de llegar a constituir un trastorno dismórfico. Se encontró que la presión social por la estética es muy superior en las mujeres más que en los hombres, presentando mayor insatisfacción al valorar su apariencia física en todas las áreas.

El atractivo sexual va a depender de un desarrollo y cambio corporal medianamente satisfactorio y el mantenimiento de una buena salud. En el caso del hombre, Baile (2003, citado en Céspedes y Sacramento, 2012), describe las dificultades con las que se encuentra al estudiar la imagen corporal, debido a que no



hay una sola definición del constructo ni formas adecuadas de abordarlo para la interpretación justa en ambos géneros.

La relación entre los pensamientos negativos y la disminución de actividades placenteras provocan descuido en los repertorios de autocuidado, produciendo cambios en la apariencia personal y la autorreferencia corporal (Valera, 1997).

Para Becerril (2011), se vive en una época en la que la imagen ocupa un papel mucho más mediático; las percepciones y representaciones se basan en el ideal de cuerpo joven y delgado lo cual favorece a la forma de mantener relaciones interpersonales, valorar a los demás, valorarse a sí mismo, y es indispensable en la configuración de la identidad y autoestima de las personas.

Tribess (2006 citado en Feraboli y Becker, 2009) afirma que la insatisfacción con la apariencia física puede acarrear modificaciones del comportamiento, conduciendo a alteraciones en las áreas biofísicas, en búsqueda de transformaciones en la forma actual del cuerpo y en la mejora de la satisfacción en general.

La autopercepción tiene dos niveles de análisis: consciente cuando el individuo reconoce, compensa o repara según las experiencias adquiridas e inconscientes, en los procesos de selección y organización de las sensaciones recibidas (Goldstein, 1999). De esta forma, las experiencias cotidianas son transformadas a partir de los referentes ideológicos y culturales imperantes en el entorno (Iannotti, 2005).

El filósofo surcoreano (Byung-Chul Han, 2013), reflexiona sobre la actual sociedad, basada en el rendimiento. Para tal fin, la exposición constante del quehacer es un medio fundamental para publicitarse a sí mismo.



IMAGEN LIBRE USO: PINTEREST

Por tanto, la sociedad se convierte en un espacio donde cada uno gira alrededor de su ego, con dificultades para conectarse con las necesidades del otro. Es el canibalismo del rendimiento exagerado.

Cuando se habla de la corporalidad, su construcción está mediada por las opiniones e interpretaciones de los demás, por lo que consideran como dimensiones fundamentales (Sauch y cols., 2013): la introyectiva (generada desde el autoconocimiento y la autovaloración), extensiva (el cuerpo en el entorno) y proyectiva (expresión de símbolos y emociones).



Sin duda, con los años, la imagen externa de la persona va sufriendo transformaciones, por lo que hábitos saludables, la confianza en sus recursos internos y el apoyo del entorno socio-familiar se entretujan para fortalecer o debilitar la percepción que se tiene sobre el cuerpo y su impacto en el ambiente.

El mundo simbólico que acompaña a lo corpóreo permite comprender la red de interrelaciones que surgen con relación al cuerpo como entidad física y como fundamento de la existencia, construyendo dicha mirada día tras día a partir de las propias manifestaciones y circunstancias.

Conocer la construcción personal que hacen de la propia imagen las personas mayores fue el objetivo principal de una investigación (Tobón G., 2017), a través de la aplicación de la prueba proyectiva de figura humana de Karen Machover. Los resultados refirieron una visión positiva de la vejez, más allá de las pérdidas, cambios y deterioro que han vivido sus cuerpos al considerarlos parte de un proceso natural. Los sentimientos relacionados fueron nostalgia y aceptación.

Las tramas de la vida cotidiana implican la intervención de la corporeidad y por ende, el establecimiento de significados precisos de lo que le rodea. La noción de continuidad nace desde allí, es el medio para insertarse en el espacio social y cultural del cual forma parte (Le Breton, 2002).

Alfred Adler, destacado psicólogo, cuando hace referencia a la autopercepción, incluyendo tres elementos (Dodera 2007 citado en Agro, 2014)

de la imagen corporal en la persona mayor: apariencia física (señales visibles), competencias (percepciones de agilidad, resistencia y poder) y salud física (vivencias de salud).

En una investigación realizada (Agro y Tirro, 2014) se exploró la imagen corporal de 160 personas mayores venezolanas, laboralmente activas, a través de la escala de autopercepción corporal (Berriel y Pérez, 2002) encontrándose que la construcción del cuerpo va sufriendo ajuste con los años y no pareciera estar directamente relacionada con la edad, apariencia física real ni con las expectativas sociales.

Los adultos mayores de la muestra seleccionada consideraron estar “de acuerdo” con una noción de cuerpo con vigor, útil, fuerte y energético.

No se identificaron diferencias de género en cuanto a la vivencia subjetiva de conocer el propio cuerpo y la importancia que de forma consciente se le otorga, experimentando un cuerpo calmado, que toma su tiempo para realizar las actividades.

Por ende, el reconocimiento de la propia corporeidad resulta elemental para el éxito de las relaciones interpersonales, trascendiendo los mensajes derivados exclusivamente de la comunicación verbal. El cuerpo puede concebirse concebir al cuerpo más allá de lo material (Aguado, 2004), siendo un mediador en la construcción vincular entre lo personal y lo social.



Referencias

Agro, P. y Tirro, V. (2014). "Autopercepción de la imagen corporal y bienestar psicológico en adultos mayores laboralmente activos". Caracas. Universidad Metropolitana.

Aguado, J. (2004). "Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad". (1era ed.). México D.F. Universidad Autónoma de México Ciudad Universitaria.

Brandt, A., Guariento, H., Mirenis, G. y Tirro, V. (2017). "Significado atribuido a la vejez por adultos mayores de ambos sexos, residentes en el Municipio Chacao (Caracas-Venezuela)". *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31(3), 71-76.

Becerril, R. (2011). "Cuerpo, cultura y envejecimiento". Análisis de la imagen corporal en la publicación 60 y más (IMSERSO). *Ágora para la fe y el deporte*, 13(2), 139-164.

Berriel, F. y Pérez, R. (2002). "Escala de Autopercepción Corporal" (1era ed.). Montevideo: Psicolibros Universitario.

Berriel, F. y Pérez, R. (2006). "Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay". *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 6(3) 65 -82.

Céspedes, L. y Sacramento, V. (2012). "Significado de la imagen corporal en fisicoculturistas masculinos". (Tesis de grado). Recuperada de la base de datos de la biblioteca Pedro Grases. Universidad Metropolitana. Venezuela. (AT.BF76.C48S5).

Falque-Madrid, L. (2014). "La evidencia científica y el arte de envejecer". *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), Caracas. Pp. 110-118.

Feraboli y Becker (2009). "Una comparación de la percepción corporal entre ancianos practicantes y no practicantes de actividad física". *Revista Digital*. Buenos Aires. 14 (133).

Flores, A. (1998). "Sexualidad en la Tercera Edad". Buenos Aires: Lumen-Humanitas.

Fornós, M. (2000). El estereotipo social de la vejez. http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm (15 de abril de 2001).

Goldstein, E. (1999). "Sensación y Percepción" (5ta ed.). Madrid: Debate.

Han, B.C., (2013). "La sociedad de la transparencia". Barcelona: Herder.

Iannotti, C. (2005). "Contraste de la percepción de la imagen corporal entre hombres y mujeres" (Trabajo de grado de Licenciatura), Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires

Le Betron, D. (2002). "Sociología del cuerpo" (1era ed.). Buenos Aires: Nueva visión.

Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (enero-diciembre, 2009). "Envejecimiento y bienestar: Avances en investigación". *Persona*, (12), 83-103. <https://doi.org/10.26439/persona2009.n012.277> (15 de marzo de 2014).

Moñivas, A. (1998). "Representación de la vejez (modelos de disminución y crecimiento)". *Anales de psicología*. 14, (1). http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv03_v14-1.pdf (15 de marzo de 2021)



Padilla, D. (2005). "Sociedad y adulto mayor: condiciones actuales de desarrollo". *Sepiensa*, 11, 14. <http://www.sepiensa.net/edicion/index.php?option=contentytask=view&id=590&Itemid=40> (18 de enero de 2013).

Papalia, D. y Sterns, H. (2009). "Desarrollo del adulto y vejez". México D.F.: Mc Graw-Hill.

Pérez, R. (2007). "La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento". *La Construcción Psicosocial de las Imágenes de Cuerpo*, 1, 64-75.

Raich, R. (2004). "Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen Corporal". *Avances en psicología latinoamericana*, 22. Pp. 15-27.

Saüch, Glòria, Castañer, Marta, Híleno, Raúl. "Valorar la capacidad de equilibrio en la tercera edad". *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* [en línea]. 2013, (23), 48-50 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345732289010> [19 de Octubre de 2022]. ISSN: 1579-1726.

Tobón Giraldo, E. (2017). "Nosotros todavía estamos muy enteros": la imagen corporal en personas mayores. Universidad de Antioquía. <https://hdl.handle.net/10495/14136>. Medellín (8 de octubre de 2022)

Valera, J. (1997). "Ancianidad y desarrollo: ¿antítesis?" *Revista Mexicana de Psicología*, 14, pp. 41-54.

Vaquero- Cristóbal, R.; Alacid, F.; Muyor, J.M.; López-Miñarro, P. A. (2013). "Imagen corporal. Revisión Bibliográfica". *Nutr. Hosp.* 2013; 28(1): 27-35 <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226055004.pdf>

Veenhoven, R. (2013). "Más felicidad para un mayor número de personas ¿Es posible esto en México?" En F. Manzanilla-Prieto (Ed.), *Ranking de felicidad en México*. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (pp. 33-53).

Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (1a ed.). IMSERSO.

Zapata, H. (2001). "Adulto mayor: participación e identidad". *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 1-10.





LA IMPORTANCIA QUE PRESENTA HOY EN DÍA LA MEDICINA ALTERNATIVA



REALIDAD O MITO: LA IMPORTANCIA QUE PRESENTA HOY EN DÍA LA MEDICINA ALTERNATIVA

Daniel Ulises López Sarmiento
Gerontólogo

Técnico en enfermería general y Técnico Quiropráctico.

Resumen

La medicina alternativa abarca dietas especiales, dosis muy altas de vitaminas, preparados con hierbas, tés especiales y terapia con imanes. Por ejemplo, es posible usar una dieta especial en lugar de medicamentos contra el cáncer como tratamiento del cáncer. También se llama medicina heterodoxa, medicina marginal y medicina no convencional.

La medicina tradicional es una opción para el tratamiento y prevención de enfermedades. Aunque cada vez su uso es más común, existen varios mitos y verdades en torno a su aplicación. La medicina complementaria y alternativa es un término para describir productos y prácticas médicas que no son parte de la atención médica estándar. (Instituto Nacional del Cáncer , 2021)

La biomedicina o medicina occidental es la más conocida. También está la alternativa, que es practicada por médicos dedicados a terapias como la acupuntura y la que utiliza los principios activos de las plantas.

Cada especie de planta tiene distintas contraindicaciones. Algunas son conocidas por tener alcaloides hepatotóxicos que podrían causar problemas a la salud.

La gran mayoría de plantas medicinales que utilizamos hoy en día, han sido empleadas desde tiempos muy remotos, a lo largo de toda nuestra historia. A día de hoy, la mayoría de estas

Palabras Clave: Tratamiento, Dosis, Herbolaria, Riesgos.

Plantas cuentan con estudios científicos que demuestran su eficacia y a menudo son utilizadas en la elaboración de numerosos medicamentos.

Las plantas medicinales son medicamentos pero en cantidades muy pequeñas. Gran parte de los fármacos que utilizamos se obtienen de las plantas y por este motivo, hay que tener cuidado con su consumo ya que pueden interactuar con otros medicamentos o suplementos nutricionales.

- Vitaminas y suplementos alimentarios.
- Productos botánicos, que son plantas o partes de plantas. Un ejemplo es el cannabis.
- Hierbas y especias, como cúrcuma o canela.
- Alimentos o dietas especiales.

A ese auge ha contribuido la OMS de un modo que merece ser conocido. La organización ha tratado de delimitar el alcance de las medicinas tradicionales y, en este sentido, es digno de señalar el escaso uso que ha hecho del término de medicina alternativa.

Para la OMS, medicina tradicional es el conjunto de prácticas, métodos, conocimientos y creencias en materia de



salud que implican el uso con fines médicos de plantas, partes de animales minerales, terapias espirituales y técnicas y ejercicios manuales aplicados para tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades o preservar la salud. (Valtueña, 2003)

La medicina tradicional mexicana es un mosaico de piezas procedentes de culturas diferentes que han determinado históricamente el desarrollo de la cultura nacional. La cultura de México actual proviene del sincretismo que se produjo entre las culturas prehispánica y española fusionadas desde finales del siglo XVI. (SILVA, 2017)

En una definición tan amplia caben numerosos procedimientos, pero la OMS ha concedido atención particular a la acupuntura, la fitoterapia y la homeopatía, si bien reconociendo el creciente uso de la medicina ayurvédica y unani (procedentes de la India), la osteopatía y la quiropráctica. (Valtueña, 2003)

Se puede decir que en la actualidad aun se sigue haciendo uso de algunos remedios alternativos en base a la herbolaria que conlleva al propósito mismo del mejoramiento desde las enfermedades comunes como la gripa, resfriado, infecciones y/o dolores intestinales, hasta las más fuertes como lo puede ser el cáncer o hasta en el dado de los casos la enfermedad más reciente que dejó a nivel global con el destacable número de secuelas y síntomas que ante los más ancianos se llega a recordar los métodos caseros para tratar esos síntomas que llega a padecer una persona .Es por eso que la Organización Mundial de la Salud efectuó un análisis general de la situación actual de la medicina tradicional en todo el mundo, colaborando con expertos y definiendo una estrategia sobre la medicina tradicional de 2014 a 2023.

La medicina tradicional es reconocida hoy como un recurso fundamental para la salud de millones de seres humanos, es una parte importante de la

cosmovisión de los pueblos indígenas y representa el conocimiento milenario sobre la madre tierra y el uso de plantas medicinales que los indígenas han resguardado y que tiene un valor incalculable fortaleciendo y preservando su identidad.

Mitos de la Medicina Alternativa

Antes de consumirlas, es vital el conocer primero sus usos e indicaciones, evitar su abuso y tener muy en cuenta de que su ingesta puede interactuar con otros medicamentos que se nos hayan recetado.

Las plantas, al ser naturales, son seguras y no dañan la salud.

Lo cierto es que las plantas medicinales pueden tener efectos adversos evidentes debido a las sustancias químicas que poseen. Además, muchas plantas si no son manipuladas con cuidado pueden llegar a provocar trastornos de salud. Al igual que los medicamentos hay que saber usarlas, hacerlo con cuidado y en dosis y condiciones correctas.

Cuanto más remedios naturales con plantas medicinales se tomen, antes se obtendrán resultados.

Las plantas medicinales no hacen efecto de inmediato. De hecho, tardan más tiempo que los medicamentos en hacer efecto. Los principios activos de las plantas se suelen ir acumulando poco a poco y por ello se necesita un periodo de medicación más prolongado.

Se pueden comprar plantas medicinales de calidad en cualquier sitio.

Muchas plantas contienen componentes que en altas dosis pueden resultar tóxicos. Por ejemplo, la hiedra se utiliza en un sinfín de preparados para combatir el resfriado y la tos pero en dosis altas produce



trastornos digestivos, somnolencia y hasta convulsiones con elevación de la temperatura corporal. Por ello, conviene respetar siempre las dosis indicadas y en caso de duda consultar con el farmacéutico.

Medicina Complementaria y Alternativa

Estas terapias combinan la concentración mental, la respiración y el movimiento del cuerpo para relajar el cuerpo y la mente. Los siguientes son algunos ejemplos

Estas terapias combinan la concentración mental, la respiración y el movimiento del cuerpo para relajar el cuerpo y la mente. Los siguientes son algunos ejemplos

Meditación: concentración en la respiración o repetición de palabras o frases para calmar la mente.

Biorretroalimentación: método por el que la persona aprende a usar aparatos sencillos para controlar ciertas funciones del cuerpo de las que no suele estar consciente, como la frecuencia cardíaca (latidos del corazón o pulso).

En este caso, nuestra recomendación es que compres la planta a granel en herbolarios de confianza.

Aunque las plantas medicinales pasan por controles de calidad, el cultivo, la recolección y la clasificación de las plantas son vitales para asegurar la calidad y seguridad del producto.

Las plantas medicinales es preferible emplearlas secas.

Depende de la planta y de cómo vayamos a usarla. Si vamos a utilizar la planta en alguna receta de cocina para comerla, lo mejor es utilizarla fresca ya que así se consigue un sabor y aroma más intenso. En el caso de las tinturas y extractos también se recomienda utilizar planta fresca.

Al igual que los fármacos, las plantas medicinales durante el embarazo no pueden consumirse.

Los remedios con plantas medicinales pueden ser más útiles que algunos tratamientos clínicos.

Cierto, siempre y cuando se utilicen de la manera correcta y concienzudamente. No existen tantas diferencias entre una planta medicinal y un medicamento convencional.

La principal diferencia se encuentra en que los medicamentos sintéticos cuentan con principios activos que han sido constituidos en un laboratorio y las plantas medicinales son más naturales, pero, aun así, la mano del hombre tiene siempre la posibilidad de incrementar la dosis de principios activos y otorgarle más fuerza al medicamento o suplemento nutricional.

Hipnosis: estado de relajación y atención en el que la persona se concentra en una sensación, idea o sugestión para ayudar a sanar.

Yoga: sistema de poses y estiramientos en el que se presta atención especial a la respiración.

Tai-chi: serie de movimientos lentos y suaves centrados en la respiración y la concentración.

Imágenes guiadas: técnica por la que la persona se concentra en imágenes, fotos o experiencias para ayudar a sanar.



Intereses creativos: actividades como el arte, la música o la danza.

Manipulación corporal.

Masaje: técnica por la que se presionan, frotan o golpean los tejidos blandos del cuerpo.

Terapia quiropráctica: tipo de terapia en la que se manipula la columna vertebral, las articulaciones y el esqueleto.

Reflexología: tipo de presión en ciertos puntos de las manos o los pies para afectar otras partes del cuerpo. En todo este tema de la medicina alternativa hay que destacar que en las personas adultas mayores si pueden adentrarse a este tipo de tx.

Natural no quiere decir sin peligros.

Las terapias de medicina complementaria y alternativa comprenden una gran variedad de productos botánicos y nutricionales, como los suplementos alimenticios, los suplementos de hierbas y las vitaminas. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no tiene que aprobar estos productos antes de la venta al público. Ni siquiera hace falta receta para comprarlos. Por eso, debe saber que la decisión de usarlos es suya. Tenga en cuenta los siguientes consejos:

Es posible que los suplementos de hierbas causen daño cuando se toman solos, con otras sustancias o en dosis grandes.

Awise al médico si toma cualquier suplemento alimenticio, incluso vitaminas, aunque piense que no hacen ningún daño. Esto es muy importante. A veces hay propagandas o información sobre productos que se usan

desde hace años, pero esto no significa que son eficaces ni libres de riesgo. En particular, debe saber que combinarlos con los medicamentos causan efectos muy distintos.

Es común que las personas no se informen de manera apropiada para toma de estas incluso ante la alimentación durante algún tratamiento.

Siempre es importante comer sano, ahora más que nunca debe hacerlo. Haga lo mejor que pueda para incorporar una variedad de alimentos que son buenos para la propia. (Pharm, 2017)

Además, es indispensable el poder contar con algún experto en el área de la medicina alternativa ya que no siempre se puede contar hoy en día con personas que estén actualizadas dentro de ello en la salud. Por eso es recomendable el mantener al margen nuestra salud con sus respectivos hábitos saludables donde el cuerpo sea compensado y evitar el anexar dosis herbolarias con las dosis farmacológicas clínicas.

Referencias

Alarcon, I. (20 de 04 de 2020). Familia. Obtenido de <https://www.revistafamilia.ec/salud/mitos-verdades-medicina-tradicional-plantas.html>

Infosalus. (15 de abril de 2018). Obtenido de <https://www.infosalus.com/estetica/noticia-10-mitos-salud-medicina-deberias-conocer-desterrar-20180415075954.html>



Instituto Nacional del Cáncer . (05 de mayo de 2021). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca>

Pharm, S. (11 de 12 de 2017). Farmacia Torrent. Obtenido de https://www.farmaciatorrent.com/blog/naturopatia/mitos-y-verdades-sobre-las-plantas-medicinales/#Mitos_y_verdades_sobre_las_plantas_medicinales

SILVA, Á. A. (2017). Medicina Tradicional. BOLETIN CONAMED- OPS, pp. 31-34.

Valtueña, J. A. (diciembre de 2003). ELSEVIER. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-medicinas-tradicionales-alternativas-13055919>



CASO CLÍNICO: ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. APLICACIÓN DE PARAFINA



CASO CLÍNICO: ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PERSONA ADULTA MAYOR. APLICACIÓN DE PARAFINA

María del Carmen García Reyes*; Erandi Zareth Moron Carranza
;Pablo Jiménez Martínez *; Azucena Paola González González ****

* Profesor-Investigador en la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT).

** Licenciada en Gerontología

*** Profesor-Investigador en la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT).

**** Profesor-Investigador en la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT).

Universidad Estatal del Valle de Toluca, Acueducto del Alto Lerma No.183 Col C.P, 52756
Pedregal de Guadalupe Hidalgo, Méx. Teléfono: +52 728 287 8382

Resumen

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad que afecta a las articulaciones, produciendo destrucción articular, alteración de la capacidad funcional y compromete la calidad de vida del paciente de manera considerable. Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años de edad, de nacionalidad mexicana, con artritis reumatoide; posterior a cuatro semanas de tratamiento con parafina se obtuvieron resultados como disminución en los nódulos de Heberden principalmente en los dedos índice, medio y meñique, prolongación en los días con baja percepción de dolor, así como, mayor independencia en la realización de sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Palabras clave: artritis reumatoide, parafina, actividades básicas de la vida diaria.

Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad de tipo inmunopatológico que produce dolor, deformidad y dificultad para el movimiento, además, puede afectar otras partes del organismo; afecta a aproximadamente el 0.5% de la población y es más frecuente en mujeres que en hombres; según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indican que hay 34 millones de

personas con discapacidad permanente y 140 millones con discapacidad temporal a causa de las enfermedades reumáticas (Gamero, 2018).

Cabe mencionar, la AR no es una enfermedad propia de la edad avanzada y aunque puede aparecer en la persona adulta mayor, se presenta con mayor frecuencia entre los 45 y los 55 años

Caso Clínico

Varón de 61 años de edad, con ocupación comerciante; acude a consulta gerontológica por primera vez en la Clínica Integral Universitaria (CIU) de la Universidad Estatal del Valle de Toluca (UNEVT), a través de la firma del consentimiento informado y aviso de privacidad aceptar participar en este proceso de estudio; es un paciente orientado en tiempo y espacio, con estabilidad en signos vitales; entre sus antecedentes personales destacan los siguientes: Artritis Reumatoide de larga evolución en tratamiento con Calcio 500 mg/día y Alli - triple, Hipertensión Arterial diagnosticada hace 15 años en tratamiento con Losartán 50 mg/día y Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado hace 5 años con tratamiento farmacológico de Metformina 500 mg/día; sordera parcial ocasionada por otitis no tratada en la infancia.



A la exploración por aparatos y sistemas no presenta alteración, siendo normal en simetría, ruidos y características; en extremidades superiores, hay presencia de nódulos de Heberden en articulaciones interfalángicas distales; extremidades inferiores sin alteraciones aparentes; refiere el paciente presencia de dolor 8/10 (Escala EVA) y rigidez matutina; se aplicó la prueba Índice de Katz con la finalidad de valorar el grado de independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) obteniendo un tamizaje de 4 puntos, lo que significa dependencia severa, es decir, necesita ayuda para realizar la mayor parte de sus ABVD.

Por lo anterior, se estableció un plan de intervención que consistió en la aplicación de baños de parafina en extremidades superiores durante 20 minutos en seis sesiones a una temperatura de 55 °C (Tabla 1), donde existieron fluctuaciones en la percepción del dolor, derivado de factores ambientales y de su actividad laboral (vendedor de pollo fresco), ya que dicha actividad implica, estar en contacto con agua fría y someter a las articulaciones de la mano a movimientos fuertes y bruscos. Asimismo, se observó disminución significativa en los nódulos de Heberden principalmente en los dedos índice, medio, anular y meñique (Figura 1), así como la prolongación en los días con baja percepción de dolor.

Tabla 1. Sesiones de parafina

No. de sesión	Nivel de dolor (EVA)	Percepción del dolor
1ª	8/10	Disminución del dolor en falanges durante los tres días posteriores a la aplicación.
2ª	7/10	Disminución del dolor en falanges durante los tres días posteriores a la aplicación.
3ª	6/10	Disminución del dolor en falanges durante los cinco días posteriores a la aplicación.
4ª	7/10	Disminución del dolor en falanges durante los dos días posteriores a la aplicación.
5ª	6/10	Disminución del dolor en falanges durante los tres días posteriores a la aplicación.
6ª	6/10	Disminución del dolor en falanges durante los cuatro días posteriores a la aplicación.

Cabe mencionar, cuatro semanas después del inicio de las sesiones se aplicó el índice de Katz para revalorar el impacto de la parafina, obteniendo un puntaje de 2, lo cual permitió identificar que el paciente paso de dependencia severa a dependencia moderada, es decir, beneficio en mejorar el rendimiento y/o ejecución de sus ABVD, así como también contribuyó en la disminución del dolor e inflamación a nivel articular de sus manos.

Discusión:

La AR es una enfermedad de distribución universal, con una prevalencia mundial de entre el 0.2 y el 1.2% y de mayor frecuencia en mujeres que en varones (relación 3:1); según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México aproximadamente más de 1 millón de personas vive con AR (Arenaza, 2022). Del total de mujeres afectadas, el 75% se encuentra en edad productiva (entre 25-55 años).





Figura 1. Muestra los nódulos de Heberden antes y después de las sesiones de aplicación de parafina

Suárez M. (2011) estima que la prevalencia es menor en regiones urbanas, como en la Ciudad de México (1%) y en Nuevo León (0.7%); el Dr. Leobardo Terán (2019) presidente del Colegio Mexicano de Reumatología, señala que los pobladores de la península de Yucatán tienen una prevalencia de AR casi del triple del promedio nacional y mundial; asimismo, se estima que la prevalencia es de 2.8% en la población de los estados de Yucatán, Campeche y Quintana Roo, sea debido a la combinación de los factores: genéticos y ambientales. Asimismo, se observó disminución de los nódulos de

Heberden principalmente en los dedos índice, medio, anular y meñique (Figura 1), así como la prolongación en los días con baja percepción de dolor. Cabe mencionar, las opciones terapéuticas de tan amplia problemática son limitadas, por ello, resulta de vital la exploración de técnicas que pudieran servir como apoyo a las vías de tratamiento actuales, promoviendo así la independencia y la mejora en la calidad de vida de la persona adulta mayor; este caso, permite identificar los beneficios de la parafina en la disminución del dolor, en la disminución de los nódulos de Heberden, así como el impacto en la mejora para realizar las ABVD, sin embargo, no se puede asegurar que la parafina como terapia sea la única o bien sea suficiente para la remisión total de los síntomas de la AR, por ello, se propone un trabajo gerontológico transdisciplinario que permita educar al paciente en el manejo de su enfermedad, ofreciéndole información y apoyo emocional, así como, facilitar tratamientos que contribuyan a enlentecer su progresión y/o mejorar su bienestar y la calidad de vida.

Conclusiones

El uso de la parafina en Artritis Reumatoide crea un impacto positivo en la persona que lo padece, generando independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como en la disminución de los signos y síntomas propios de la enfermedad.

Se requiere del trabajo transdisciplinario para un mejor manejo de la enfermedad y un mayor impacto de la intervención del profesional de gerontología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- A. Bernal-González, R.M. Gallegos-Torres, G. Peza-Cruz. Perfil del estilo de vida y actividad inflamatoria en personas con artritis reumatoide. *Enfermería Universitaria*. Vol.17 · Núm 2, 2020. Pag. 124-125. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.653>
1. Arenaza CGN, Corina SB, Mendieta ZH. Artritis reumatoide y embarazo. *Inmunología y papel de la fototerapia*. *Invest Clín Mexiq*: 2022; 1 (1). Pág. 27. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/16UWijfGpRU3Uz5dHgYVAj7hLthau5Fgq/preview>
 2. Boletín epidemiológico de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. Sistémica Único de Información. Artritis reumatoide su impacto social y económico [en línea], URL: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/72394/sem12.pdf>
 3. Carabali C., S. M. Vejez y teorías del envejecimiento. En: Gómez-Ramírez E. y Calvo-Soto, AP. (Eds. científicas). *Salud, Vejez y Discapacidad*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. Pág. 33-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8430080>
 4. Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado Espinosa M, Gámez-Nava JI, Barile Fabris LA, Pacheco Tena C, et al. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clínica*. 2014;10(4):227-40.
 5. Central Ciudadano y Consumidor. (2019). Reporte sobre artritis reumatoide en México. <http://centralcyc.mx/wp-content/uploads/2019/10/REPORTE-ARTRITIS-2019-5-20-4.pdf> [consultada el 20 de octubre de 2022].



FACTORES SOCIALES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PERSONAS CON ALZHIRER.



FACTORES SOCIALES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PERSONAS CON ALZHIPER.

Reyna Carolina Osorio Díaz* y María Guadalupe Velasco Ovando**.

*Técnica Laboratorista Clínico, egresada del Cecyte plantel 01 San Fernando, Chiapas. Licenciada en Gerontología egresada de la Universidad autónoma de Chiapas (UNACH). Diplomado en Quiropráctica, egresada del Instituto de Profesionalización en Psicoterapia y Salud Alternativa (IPSA).

**Médica Cirujana, egresada de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Especialidad en Anestesiología, por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), jubilada. Licenciada en Gerontología, egresada de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

Resumen

El objetivo general de la investigación fue Identificar los factores sociales que afectan la calidad de vida de los cuidadores primarios familiares, de la Asociación de Alzheimer Chiapas, es un estudio observacional, donde participaron 10 cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer, pertenecientes a la asociación de Alzheimer en Chiapas. Para lograr dicho objetivo se realizaron entrevistas estructuradas (formulario web), así mismo se aplicaron escalas como el Gencat “calidad de vida” y la escala de Zarit “sobrecarga del cuidador”.

La persona que es cuidadora presenta múltiples problemas, sobre todo a aquello que tiende a cuidar una persona que es totalmente dependientes por lo que a lo largo produce un desgaste físico, emocional y económico en los cuidadores primarios familiares, en la mayoría de las ocasiones, las personas que asumen el rol del cuidador primario son del sexo femenino, quienes en su mayoría son hijas o

familiares cercanos de la persona adulta mayor enferma, sin embargo, muchas veces no están informados o capacitados para el cuidado, lo que muchas veces puede llevar a tener colapso del cuidador.

Palabras claves : Factores Sociales, Calidad de Vida, Cuidador Primario, Enfermedad de Alzheimer.

Introducción

En los últimos años ha crecido la población de adulto mayor y con ello la presencia de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad del Alzheimer, esta enfermedad forma parte de las demencias, y son las enfermedades que más producen dependencia de la persona enferma, dicho lo anterior esta investigación está dirigida a conocer algunos detalles de los cuidadores principales de pacientes adultos con la enfermedad del Alzheimer (EA).



Lo anterior condiciona que cada vez más la necesidad de cuidadores, estos cuidadores pueden ser formales los cuales tiene conocimiento de la enfermedad y reciben un pago por su trabajo, sin embargo, muchos de estos cuidadores suelen ser familiares de las personas enfermas los cuales se les conoce como cuidadores informales, no reciben ningún pago por sus servicios y a muchos de ellos se les deja solos en esta gran tarea, y es precisamente en los cuidadores informales familiares donde se dirige esta investigación.

La vida del cuidador primario se altera al cuidar a un paciente dependiente al grado de llegar al “colapso del cuidador”, este generado por muchos factores como la falta de conocimientos de la enfermedad de Alzheimer, los recursos económicos bajos, que los cuidadores no cuentan con redes de apoyo adecuados, etc.

Antecedentes

Actualmente se ha incrementado el aumento de adultos mayores a nivel mundial, este aumento de la población mayor se acompaña de enfermedades como la demencia y muy especialmente la de tipo Alzheimer. Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), prevé que el número total de personas con demencia alcance los ochenta y dos millones en 2030 y ciento cincuenta y dos millones en 2050, sin embargo, según el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN,2017), en México se estima que más de 350,000 personas están afectadas por la enfermedad de Alzheimer y mueren anualmente 2,030 pacientes.

En México las personas adultas mayores mexicanas no están afiliadas a alguna institución de servicio de salud, por lo que el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2021, p.2)

En el comunicado de prensa Núm., 547/21 nos indica que “casi 3 millones de personas no están afiliadas a una institución de salud”, convirtiéndolo en un problema para el país, ya que implica que trae consigo muchos costos, en donde las familias se verán mayormente afectadas.

En Chiapas según el artículo publicado por Alejandra Orozco (2020) en el cual lleva por título “Chiapas, tercer lugar nacional en incidencia de Alzheimer” nos menciona que Ana María Rosales, geriatra, señala que “El 60-80 % de los casos de demencia el diagnóstico tiene que ver con esta enfermedad”, por lo que esta enfermedad requiere de cuidadores sobre todo en etapas avanzadas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española Dwyer et al. (1994) señala que la persona que brinda los cuidados se considera como cuidador/a una persona servicial, razonante, cautelosa y centrada donde dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de dicho enfermo. (Ríos y Galán, 2012, citado por Romero y Reyes, 2022).

Dicho lo anterior la persona que es cuidadora presenta múltiples problemas, sobre todo a aquello que tiende a cuidar una persona que es totalmente dependientes por lo que a lo largo produce un desgaste físico, emocional y económico en los cuidadores primarios familiares, en la mayoría de las ocasiones, las personas que asumen el rol del cuidador primario son del sexo femenino, quienes en su mayoría son hijas o familiares cercanos de la persona adulta mayor enferma, sin embargo, muchas veces no están informados o capacitados para el cuidado, lo que muchas veces puede llevar a tener colapso del cuidador.



El síndrome del cuidador quemado, es uno de los síndromes en la cual este se caracteriza por la presencia del estrés, ansiedad, depresión, insomnio, apatía entre otros más, por lo tanto, la mayoría de las personas tiene constantemente sentimientos de culpa, en las cuales muchos dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, esto debido a que se dedican al cuidado en un 100% (Martínez, 2020, p. 97). Por lo tanto, muchos estudios indican que el asumir el rol del cuidador conlleva a una pérdida o merma de la calidad de vida, no solamente al de la personas enferma, sino también al cuidador, esto debido a que la calidad de vida del cuidador se ve afectada porque tiene que luchar con el paciente a lo largo de su vida, de acuerdo con la OMS, (2002, citado por INAPAM, 2021) la calidad de vida es: “La percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Por lo que este concepto tiene a variar para cada persona, un artículo publicado en la Universidad de Técnica de Ambato, indica que “uno de los factores determinantes que inciden en la calidad de vida del cuidador/a es el éxito de la adaptación y afrontamiento al papel del cuidador...” (Pastuña, 2021, p. 44).

La calidad de vida como se definió anteriormente va a depender de la subjetividad que presente cada individuo, muchas personas consideran que cumplir el rol del cuidador familiar es una forma de agradecer por lo que o toma del lado positivo, si bien muchas veces la calidad se ve afectado principalmente por el cambio que tienen que realizar en sus vidas, desde el rol que cumplía como sus vidas sociales.

Metodología

El estudio realizado con un abordaje mixto, cuyo enfoque es socio-critico con una visión gerontológica social, en el que el objetivo general de la investigación fue Identificar los factores sociales que afectan la calidad de vida de los cuidadores primarios, en la Asociación Chiapaneca contra el Alzheimer para implementar propuestas de una intervención gerontológica para la prevención de sobrecarga del cuidador.

Se plantearon tres objetivos específicos:

- ✓ Observar la relación entre cuidador principal familiar y la persona adulta mayor con Alzheimer.
- ✓ Analizar si los cuidadores primarios cuentan con el síndrome del cuidador
- ✓ Identificar la calidad de vida de los cuidadores primarios

La información se obtuvo mediante entrevistas estructuradas (formulario web), escalas como el Gencat “calidad de vida” y la escala de Zarit “sobrecarga del cuidador” a quienes se le aplicaron a un total de 10 cuidadores primarios.

Para poder obtener dicha información se contó con el consentimiento informado de los participantes, a quienes se les brindo previamente información de la investigación, y posteriormente se llevó a cabo la posteriormente se llevó a cabo la



investigación a quienes cumplieron con los criterios de inclusión, así mismo, se realizaron dos entrevistas a expertos del tema de Alzheimer, en la primera fue dirigida al Geriatra Dr. Darinel Navarro y la segunda a la directora de la asociación Chiapaneca Alzheimer Lic. Janeth González, con el objetivo de conocer el contexto de la enfermedad en Chiapas.

Resultados

Se aplicó la entrevista a un total de 10 cuidadores en que un total de 80% de la población son cuidadores primarios y solo un 20% informa no es cuidador primario, debido a los criterios de exclusión se excluyeron a aquellas personas que no son cuidadores primarios, teniendo un total de 80% de cuidadores, si bien nos demuestra que muchas veces no solo una persona puede formar parte de un cuidador primario, puesto que hay familias que se logran organizar para poder cuidar al familiar enfermo.

Se contó con la participación de ocho cuidadores primarios, pertenecientes a la asociación de Alzheimer, se logaron evaluar a cinco fueron mujeres y tres hombres, representando las mujeres el 62.5% y los hombres 37.5% (tabla 1.)

tabla 1. cuidados primarios

Edad	Hombres	Mujeres	Porcentaje
40 y 45 años:		1	12.5 %
46 y 50 años: 1		1	12.5 %
51 y 55 años: 4	1	3	50 %
56 y más: 2	2		25%

Se identificó que las mujeres son quienes cuidan desde una edad más joven, y los hombres desde una edad ya mucho mayor, puesto que el 12.5% son del sexo femenino

que tienen entre 40- 55 años, y 12.5% de 46-50 años, si bien el 37.5% tienen una edad de entre 51-55 años, mientras que los hombres solo el 12% tienen una edad de 46-50 años, y el 25% tienen 56 años o más, teniendo un total de la edad de los cuidadores fue entre 40 y 58 años, donde el 12.5% presenta edad de entre 40 y 45 años, y entre 46 y 50 años representa 12.5%, entre 51 y 55 años 50%, entre 56 y más 25%, y es un dato relevante.

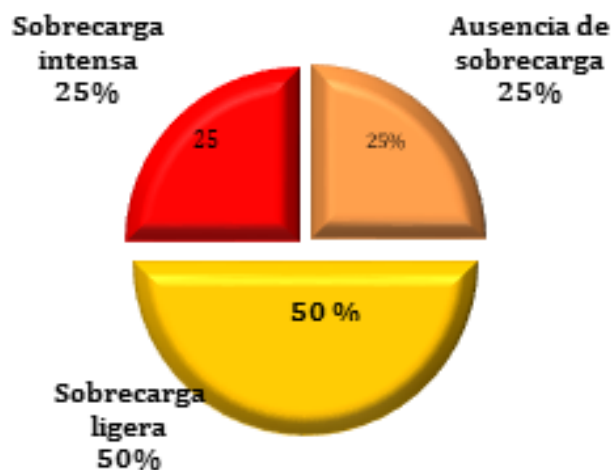
Identificamos que las mujeres son quienes deben de cuidar al familiar desde que se enferma hasta al finalizar, por otro lado lo hombres debido a sus trabajo, pueden comenzar cuidar desde muchas años después que la enfermedad, esto puede deberse a diversos factores, siendo el trabajo el más importante

La escala de Zarit: identifica la sobrecarga de la persona que cuida a una persona dependiente como aquellas personas con enfermedad de Alzheimer, valora la esfera biopsicosocial del cuidador, mide calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidador. Validada en México con una sensibilidad del 93% y especificidad 84% (IMSS, 2018).

El 25% de los cuidadores no presenta ninguna sobrecarga, si bien solo el 25% de los cuidadores presentaba una sobrecarga intensa, así mismo el 50% presentan una sobrecarga ligera, (Grafica 3) si bien cómo podemos observar los participantes del sexo masculino tiende a presentar sobrecarga del cuidador, y es que puede deberse a que no afrontan que deben cuidar, así como que los hombres son quienes más trabajan.



Grafica 3. Sobrecarga Del Cuidador



La escala de GENCAT, Este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida proporcionando indicadores sensibles al diseño ambiental y de programas por parte de las organizaciones y servicios, una escala que nos ayudo a poder identificar la calidad de vida de los cuidadores de manera objetiva.

En la gráfica (4) presentada se muestra como el 13% de la población presenta un 65% del índice de calidad de vida, el 25% de la población presenta un índice de 86%, mientras tanto el 25% presenta un índice de calidad de vida igual o mayor a 90%, por último, el 37 % de la población mantiene entre un 73% a 75% de índice de calidad de vida. Lo que nos puede indicar que en su mayoría no presentan una merma significativa en su calidad de vida.

García y Troyano (2013, citado por Sepúlveda, 2021, p. 31) nos indica que una vez diagnosticada la enfermedad es importante establecer un plan de cuidados, no solo para el enfermo sino también para la familia, sin embargo para lograr un plan se deberá de valorar el estado del paciente.

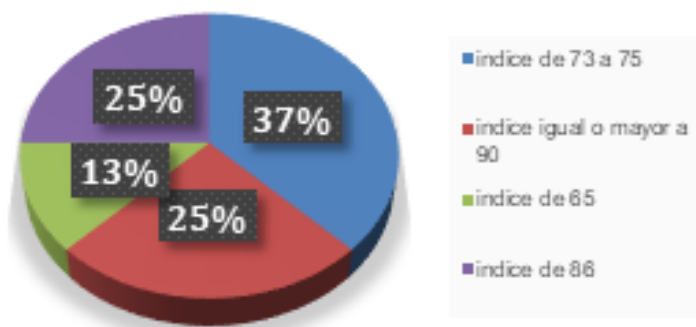
Si bien muchas veces solo se establece un plan en beneficio de la persona enferma, y tiende a olvidarse de uno mismo, provocando que el cuidador se desgaste y presente menos satisfacción en su calidad de vida, ya que el cumplir el rol de cuidador trae consigo muchas mermas, en las que puede variar dependiendo la situación que se enfrenten, puesto que algunos pueden presentar mermas en el estado físico, otros en lo social, entre otras.

Sin embargo, el bienestar emocional de los cuidadores se identificó que un total de 12% de la población presenta un 37% de índice en el BE, el 13% de los cuidadores presentan un 63% en su índice del BE,

por otro lado, solo el 25% presentan un índice de 75% y el 25% presentan un 95% de BE. Lo que nos indica que en algunos casos se presenta una merma y puede repercutir de manera significativa al bienestar emocional de la persona. (Tabla 2).

El bienestar físico está estrechamente relacionado con la sobre carga del cuidador, el 12.5% de la población presenta un 37% de BF, así como un 25% presenta un 25% en su BF, el 25% presenta un 63% BF, si bien el 37.5% presenta un 16 % en el BF. Por

Grafica 4. Índice de calidad de vida de los cuidadores



lo tanto, el bienestar físico se ve afectado más que los otros campos, puesto que el tiempo de cuidado va afectado de manera importante al cuidador. (Tabla 2).

El hogar no solo es considerado como el único factor del material, si no que implica todo tipo de abastecimientos que pueda brindar seguridad para el futuro,

asi mismo, nos demuestra que el 12% de la población presenta un 25% en su bienestar material (BM), y solo el 13% presenta un índice de 10% en su BM, lo que se considera un índice bajo, por otro lado el 25% presentan un 63% en su índice de su BM, mientras que el 50% presentan un índice de 50% de BM. (Tabla 2)

Cuidador	Edad	Sexo	Puntaje %	BE %	BM %	BF %
1	54	Femenino.	73	37	50	25
2	56	Masculino.	91	75	50	16
3	53	Femenino.	65	63	25	16
4	50	Masculino.	75	95	63	16
5	58	Masculino.	86	84	50	25
6	40	Femenino.	95	75	63	37
7	55	Femenino.	73	95	10	63
8	48	Femenino.	86	84	50	63

presenta un 75% en RI, asi mismo el 25% presenta un 50% en RI y por último el 50% presenta un índice igual o mayor a 90% de su RI, en cuanto a este punto se observa que las relaciones interpersonales no se presenta ningún problema, puede ser debido a que reciben apoyo de sus familiares y se sientes satisfechos en cuanto a la ayuda recibida.

Por otro lado, la inclusión social (IS) nos menciona que es el sentirse miembro de la sociedad, en donde puede sentirse integrado y contar con las ayudas de otras personas (Verdugo, Martínez , Gómez y Schalock, 2016, p19),

la escala nos arrojó los siguientes resultados, el 12.5% de la población presenta un índice de 98% en IS, y solo el 12.5% presenta un índice de 84% de IS, mientras el 12.5% presenta un índice 63% en IS, el 25% presenta un 75%

de IS, y por ultimo 25% presenta un índice de igual o menor a 50% de IS, por lo que se puede decir que la inclusión social es uno de los factores que no se ven tan afectados en los cuidadores.

El desarrollo personal (DP) evalúa las posibilidades de poder aprender asi como tener conocimientos y realizarse personalmente (Verdugo, Martínez, Gómez y Schalock, 2016, p.19), el desarrollo de cada persona dependerá de las posibilidades de superar diferentes situaciones, si bien los resultados que se obtuvieron fueron el 12.5% de la muestra presenta un índice de 75% en su DP, mientras que el 37.5 % presenta un 63% en DP, y por último el 50% presenta un 95% en DP, les un factor que no se ve tan afectado debido al cuidado.

Autodeterminación (AU) nos muestra que el 37% de la población estudiada presentan un índice de 84% en AU, mientras que el 63% presenta un índice igual o mayor a 90% en AU.

Los derechos son de vital importancia para una persona y es un elemento fundamental para poder ser considerado como los demás, el 12.5% presentan un índice de 30 a 40% en Derechos, mientras que el 12.5% presenta un índice 75% en derechos, el 25% presentan un 50%, y el 50% de la población presenta un índice de 84%, asi mismo podemos observar que en su mayoría presentan un buen estado en los derechos y la mayoría tiene conocimientos de sus derechos.



Análisis de Entrevistas

El 100% de los cuidadores indicaron que la persona enferma es del sexo femenino, aunque sabemos que es un factor de riesgo que se presenta debido a que está vinculada con la relación de los estrógenos, Los cuidadores indicaron que un 25% de los familiares enfermos se encuentran en estadio I, y el 25% de familiares enfermos se encuentran en estadio II, el 25% en un estadio III, y por último el 25% informo que desconoce en qué estadio se encuentra la persona enferma, para conocer el riesgo de Sobrecarga del Cuidador.

De igual forma el 87.5% informa que la persona enferma tiene el parentesco de Madre e hija o hijo, si bien solo el 12.5% informa que cuida a su suegra, como es de esperarse las personas que asumen el cuidado normalmente son los hijos.

Se les pregunto a los cuidadores cuanto tiempo llevan cuidando a su familiar, a la que identificamos que va desde 6 meses hasta 16 años cuidado a una persona enferma , en donde se les pregunta si cuentan con ayuda de alguien más para cuidarlo, pues como sabemos el recibir ayuda de otros familiares puede contribuir a un buen cuidado para ambos sujetos, si bien se identificó que el 12.5% reciben apoyo de cuñadas, 12.5% de personas externas a la familia, el 25% de hermanos, y el 50% solo informaron que sí, sin embargo no especificaron de quien.

Un dato importante fue identificar si la relación con cuidador paciente se vio afectada, en donde se identificó que el 62.5% de los cuidadores tuvieron cambios en la relación familiar, y solo el 37.5%

no tienen ningún cambio, consideramos que las relaciones interfamiliares se ven afectadas donde puede ser positiva como negativa, ya que en el aspecto positivo pueden llegar a tener una relación más unida que en tiempos anteriores. Sin embargo, con forme pasa la enfermedad las relaciones pueden cambiar llegando a tener un impacto negativo, puesto que ya no pueden mantener una comunicación.

El sentirse preparado y confiado en que pueden cuidar por mucho tiempo, es un aspecto positivo, ya que puede deberse que aún no están tan cansado que puede ayudar a cuidar en un futuro, sin embargo las respuestas fueron que el 50% se siente preparado para poder cuidar más tiempo a pesar de que presentan algún tipo de sobrecarga y el 50% dijo que no.

Aunque las razones puedan deberse a la falta de conocimiento, a muchos les resulta difícil cuidar esto por que presentan incapacidad o inseguridad, el saber qué hacer y cómo cuidar al paciente es de mucha ayuda para poder prevenir el colapso del cuidador, esto debido a que pueden hacer una planeación de las actividades a realizar, sin embargo, casi todos los cuidadores no tienen capacitación ni conocimiento de cómo cuidar a un paciente con Alzheimer, teniendo así un gran impacto negativo para ellos.

Conclusión

El cuidador tiene una situación desgastante físicamente, psicológicamente y de alguna forma la calidad de vida se ve afectado, unos más afectados que otros, logramos identificar que la mayoría de los cuidadores



primarios son mujeres, y son quienes los cuidan desde el diagnóstico hasta el día de su muerte, en Chiapas las familias son muy unidas y todos o en su mayoría participan en el cuidado teniendo como una respuesta positiva en las relaciones interfamiliares, los cuidadores toman el cuidado como una forma de agradecimiento y en su mayoría los cuidadores presentan mayores problemas cuando el familiar está en estadios avanzados.

Se logra identificar que los cuidadores presentan el síndrome del cuidador, en donde el tiempo mayor de 3 meses es un factor para presentar dicho síndrome así como que no cuentan con el apoyo de los familiares, así mismo los cuidadores no cuentan con conocimientos suficientes para poder tener un cuidado satisfactorio.

Los resultados y conocimientos que se obtuvieron pueden ser de gran ayuda para poder implementar programas o talleres de intervención y/o capacitación con el fin de ayudar al cuidador primario a prevenir colapso del cuidador, si bien logramos identificar que en su mayoría los cuidadores desean saber más sobre la enfermedad, y como es que esta va evolucionando para que de algún modo puedan ellos actuar de una manera oportuna, es importante también a darles a conocer sobre el síndrome del cuidador, pues muchos desconocen de este problema o bien no le toman la importancia que debería, por otro lado los gastos que se tiene al cuidar a una persona enferma son mayores, y como identificamos afecta de manera importante a los cuidadores limitándose a tener un bienestar material satisfactorio.

Referencias

1. Alzheimer's Association. (2020). Datos y cifras sobre la enfermedad de Alzheimer, Chicago, EU, Consultado el 11 de febrero de 2023. <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/datos-y-cifras>.
2. Alzheimer's Disease International. (2019, septiembre). Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019: Actitudes hacia la demencia. Alzheimer 's Disease International. Londres, Consultado el 23 de julio de 2022. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019-Spanish-Summary.pdf>
3. Buritica, N. B., Buitrago, L. A., y Chaquir, M. S. (2020). Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor, Revisión integrativa de la literatura. Revista Cultura del cuidado enfermería. Vol. (17), Núm (1), 80-92. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/7209/6328>
4. Ballestas V, A. J., Betin M. J. C., Campbell, N. L., Candia G. D. A., Polo O. M. A., y Touchie A, A. L. (2022). Impacto en la salud de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. Barranquilla, Colombia p. 32 <http://hdl.handle.net/10584/10792>
5. Escobar Morillo, A. L. (2022, 20 de enero). Asociación entre el síndrome de cuidador cansado y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes adultos mayores con demencia, atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, de la ciudad de Quito, entre enero y junio de 2021. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/19483>



6. Espín FJC. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista Cubana Medica Gen Integr.*; Vol. (36). Núm.(1):1-18. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94702>
7. Fonte Servillano, T., Libre Rodríguez, J, D, J Y Santos Hedman, D, L. (2021). Prevalencia y factores de riesgos de demencias en personas de 80 años o más. *Revista Cubana de Medicina*. Vol. (60). Núm. (3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232021000300009&script=sci_arttext&tlng=es
8. Fernández Santos, L. (2022, 05 de octubre). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los cuidadores de personas con demencia. Universidad de Cantabria. Consultado el 24 de enero. <http://hdl.handle.net/10902/25052>
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. (2018). Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2021, 29 de septiembre). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre). Comunicado De Prensa Núm. 547/21. https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade_prensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.docx#:~:text=La%20afiliaci%C3%B3n%20a%20los%20servicios,mayor%20frecuencia%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20degenerativas
11. Instituto nacional de las personas adultas mayores (INAPAM). (2021, 27 de agosto). Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Consultado el 24 de enero de 2023. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
12. Martínez P. S. (2020, 20 de abril). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Vol. (13). Núm. (1). 97-100. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tlng=es
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 21 de septiembre). Demencias. Página oficial OMS. Consultado el 12 de julio de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
14. Orozco, A. (2020, 21 de septiembre). Chiapas, tercer lugar nacional en incidencia de Alzheimer. El Sie7e de Chiapas. <https://www.sie7edechiapas.com/post/chiapas-tercer-lugar-nacional-en-incidencia-de-alzheimer>
16. Palomares Trejo, G. (2020). Sobrecarga del cuidador primario y su relación con la dependencia del paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar no. 45 San Luis Potosí. [Tesis diplomado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de medicina]. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7285>

15. Pastuña Doicela, R. H. (2021). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer: revisión integrativa. *Enfermería investiga*. Vol. (6). Núm. (5). 44. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i5.1454.2021>

16. Palomares Trejo, G. (2020). Sobrecarga del cuidador primario y su relación con la dependencia del paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar no. 45 San Luis Potosí. [Tesis diplomado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de medicina]. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/mlui/handle/i/7285>

17. Rodríguez, B. C., Castiñeira, B. R., y Nunes, L. C. (2019). Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. *Revista española de Geriátrica y Gerontología*, Vol. (54), Núm. (2).81-87.

18. Romero R.A.P. y Reyes C. A.Z. (2022), Consecuencias psicológicas en familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer: una revisión documental. *Psicología*, Facultad de Ciencias Sociales, (Trabajo de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios.Ibagué-Colombia. Pp. 33-35 <https://hdl.handle.net/10656/14486>

19. Sepúlveda Gómez, y. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de adulto mayor con Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Universidad de ciencias aplicadas y ambientales*. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4355>

20. Verdugo. M.A. Martínez. B.A, Gómez, L.E, Schalock. R. (2009). Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Copyright de esta edición: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, Barcelona



POEMA: YU'NI K'OB LE'ON, "LA MANITA DE LEÓN"

"JUANA MARÍA RUÍZ ORTÍZ".

MUJER ADULTA MAYOR, NACIÓ EN SAN PEDRO CHENALHÓ, CHIAPAS. ES UNA DESTACADA ESCRITORA TSOTSIL, CUYO TALENTO Y DEDICACIÓN LA HAN LLEVADO A SER ADSCRITA AL INSTITUTO DE ESTUDIOS INDÍGENAS, DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS. SU VALIOSA CONTRIBUCIÓN LITERARIA INCLUYE EL LIBRO AUTOBIOGRÁFICO "TRESCIENTAS HORMIGAS".



YU'NI K'OB LE'ON,

Buch'u un ti vu'une

Haaa vu'une ja' sk'obun uni le'on

K'ubilku'niba, xkuxet no'ox xka'i bak'intik chi ak'otajno'ox

Vu'une ja'bajem yanalte'un jech'e' pocholun ta banamil,

mu'yuk buch'u slikesun

Mu epal risanoetik xpech'ulanun ta tech'el,

ti chilikune mu'yuk k'usi jtu'

Mu'yuk buch'u xk'uxubaj yo'nton ta sat ku'un, ti snopike

mu'yuk xk'ux-xka'i

Pe oy jch'ich'el-ek, chavilikune mu'yuk

k'usi jtu'uni bats'i yanal te'un, cha nopike Mu'yukjkuxlejal-ek.

Pe oy jkuxlejal-ek, k'ux xka'i chek k'ucha'oluxuk-ek jech oxal vu'un sk'obun uni le'on.

Oy ku'un che'k'ucha'aloxuk:

ja'oy lajuneb snib jk'om xchi'uk ta yutilal jk'om

Ja'te oy snopobil ta jol ko'nton xchi'uk jch'ich'el

Oy ep k'usi xko'lajtak: vu'n yoxon, xi jts'ababet,

xi tse'inaj, xchi'uk lek jk'ubin ti

mo ak'otaj ja' cha'bun lekil lekil xkuxetel ko'nton

Mu'yuk buch'u sventa'un, sk'elikun-no-ox chek' k'aepun ja'ti

mu'yuk jkuxlejel

Oy sbe jch'ich'el-ek, xjoyibaj ta junul xchi'uk ta snopobil ku'un

Xchi'uk ti ko'ntone ja'chabuk kibeltak xchi'uk jbakiltak ja'

chi xyak'bunkipaltak

xchi'uk kib'eltak jech' k'ucha'al jk'elumtak ta banamil

Jech'ta jk'an-ek oyuk kich'el ta muk-ek, oyuk lek jk'elbilun tsots'

Oyuk kich'el ta muk' jech' k'ucha'alyantik bomoletike, nichimetik

ti jbi vu'une ja' li sk'ob uni leon

mu'yuk buch'u xjoybij sk'elun ja'ti mu xka'nix mu xka' jsat

Ja'ti yo bats'il yanal te'une, mu'yuk kip, mu'yuk ka'yej

Ti ko'ntone cha'ik ti bajbile ja' ti yo bats'il yaxal yanal te'une,

Ja ti yo bats'i yanal yaxal te'un ja'timu'yuk ti jniche, mu xkak ti xnichimajxa ti yu'til

naTi k'alal me xk'ot jun vinike, k'ajomal svelum ta k'amachita, tsebun sbalk'unun

yalel ta yalubaltik.

Mu'yuk k'usi xi tun yu'un ti vinike, jech'oxal mu' buch'u sk'anun

Ak'o me xi a'bavet: ti chaju', ti chaju', ti chaju'

Mu'yuk buch'u xa'ibun k'ajomal ti mu bajele

Ak'o me xi a'bavet, a'bavet ta ok'el mu'yuk buch'u xa'i bun

Ja'no'ox xkal ti vu'une: Chaju', chaju', chaju'

Mi ja'uk xa'yik, k'ajomal xkapet sjolik me sta'ikun

ta k'eel ja'ti yu'ni sk'obun uni le'on

Ta melel xkat ko'nton

Pe xi toyetno-ox ja' ti sjol jbi'e ben k'ubilsba

Ja'jech' a'kbil ti jbi'ek'ubilsba

Bajbilum ja' skoj ti yaxal yanal te'une, ja' ti mu'yuk jbontak, ja' ti ma'uk t'ujumun

Oy snopobil ku'un xchi'uk ko'nton ek.

La Manita de León

Quién soy yo

Uuuuy, soy la manita de león

Soy bella, soy alegre y bailo de repente

Soy una hoja caída en el suelo, nadie me levanta

Y muchas personas me pisotean, me ven que no valgo nada

Nadie se preocupa por mi rostro, piensan que no me duele nada

Pero sí tengo sangre también, me ven una hoja simple,

piensan que no tengo vida

Pero sí tengo vida también, me duele como a ustedes,

y por eso soy la Manita de León

Tengo mis cualidades, de diez dedos en la palma de mi mano

Ahí está mi mente y mi corazón y mi sangre

Tengo muchas cualidades: soy verde, soy brillante,

soy alegre, me gusta bailar

Eso me hace feliz también

A nadie le importo, me ven como una basura sin vida

Pero sí tengo venas, corre a mi alrededor y en mi mente

Y mi corazón es mi raíz y mis huesos son los que me sostienen

Me producen raíz para que yo retoñe en la tierra

Yo quisiera que me respeten, que me valoren

Tener derecho de crecer como las otras plantas y flores

Mi nombre es manita de león

Nadie se voltea a verme porque no doy flor, no doy fruta

Me ven como una hoja simple sin poder, sin palabra

Mi corazón se siente despreciado por ser hoja verde

Por ser hoja simple, por no tener mi flor, por no dar lujo

Y cuando llega un varón, me machetea, me corta, me pisotea,

me avienta al barranco

No valgo nada para el varón, por eso nadie me quiere

Aunque grito: chaju, chaju, chaju

Nadie me escucha, sólo me desprecian

Aunque grito, aunque lloro, nadie me escucha

Decía yo: chaju, chaju, chaju

Ni con eso me entienden, les molesta verme

porque soy una manita de león

Me siento muy triste

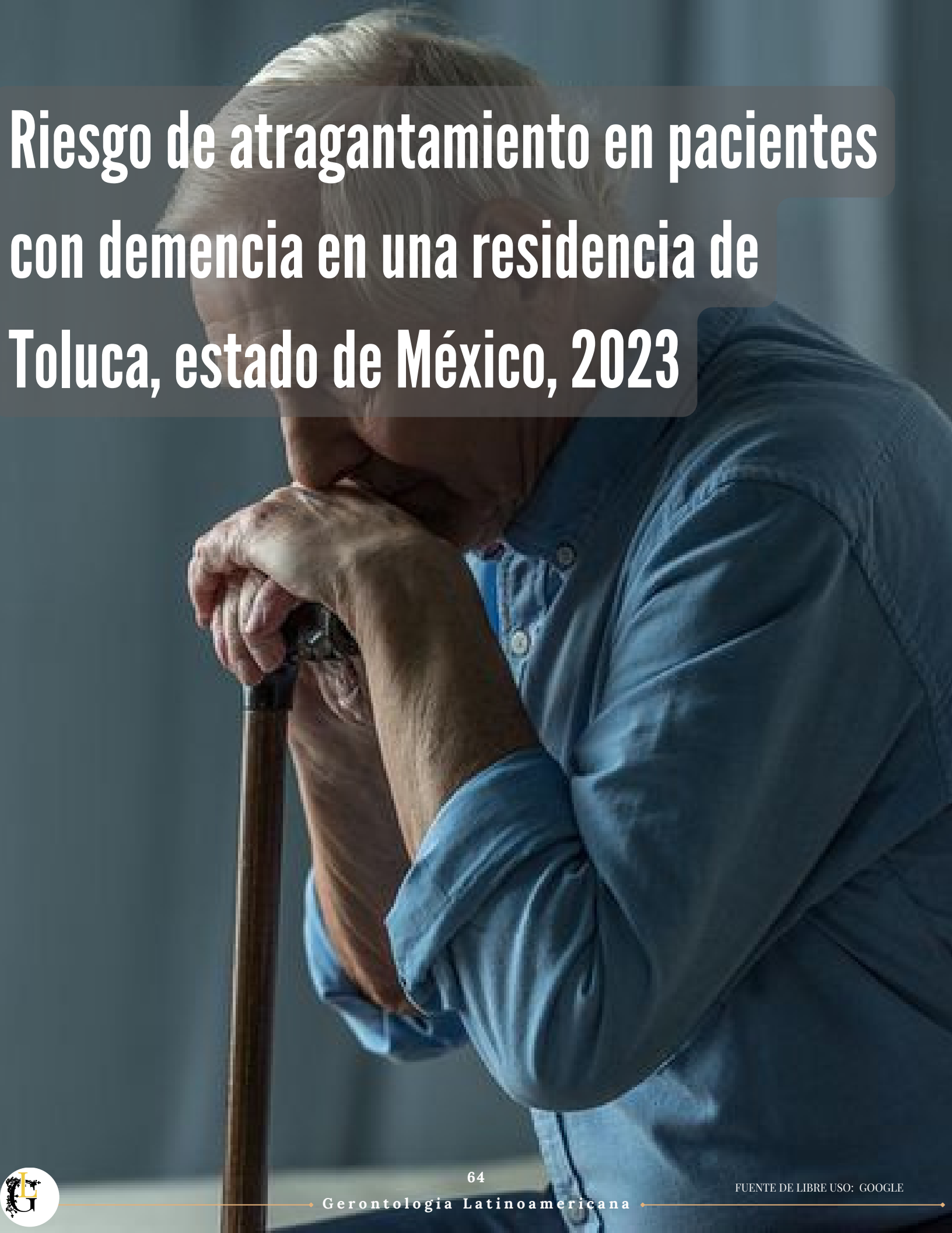
Pero soy orgullosa porque mi apellido es bonito

Soy la manita de león, esta es mi historia

Fui bautizada con ese nombre bonito

Discriminada por ser hoja verde, por no tener colores, por ser fea

Pero sí tengo mente y corazón



Riesgo de atragantamiento en pacientes con demencia en una residencia de Toluca, estado de México, 2023



RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO EN PACIENTES CON DEMENCIA EN UNA RESIDENCIA DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2023

Neydhelin Martínez Sánchez

Estudiante de la Licenciatura en Gerontología, de la Universidad Autónoma del estado de México

Resumen

El riesgo de atragantamiento en personas mayores con Alzheimer, resulta como una consecuencia a la pérdida de apraxias y la negligencia en los procesos de adecuación y atención en los procesos de alimentación en las personas institucionalizadas. Se busca identificar los factores de riesgo que provocan atragantamiento en las personas mayores con Alzheimer institucionalizadas, a partir de la observación participante y análisis de casos, para disminuir el riesgo de asfixia, en una residencia en Toluca, 2023. Se trata de una investigación documental y de análisis de casos, con una revisión de un total de 6 artículos con máxima antigüedad de 10 años, aunado a una observación participante dentro de la residencia, durante los meses de agosto a noviembre, con la participación de 15 personas mayores institucionalizadas, donde 10 cuentan con diagnóstico de algún tipo de trastorno neurocognitivo mayor, en diferentes estadios, utilizando el total del universo como muestra poblacional.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Alzheimer, atragantamiento, persona mayor, disfagia

Introducción

La deglución es una de las funciones básicas del organismo. Es un proceso neuromuscular complejo, requiere coordinación muy precisa e implica una secuencia de acontecimientos que permiten la progresión del bolo, transportándolo desde la vía aérea, por otro lado la disfagia corresponde a un

"trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos por una deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución" que puede desencadenar complicaciones como desnutrición, deshidratación, obstrucción de la vía aérea y neumonía, (Baena, M. 2016).

Cuando se manifiestan problemas patológicos de tipo neurocognitivos, se alteran las funciones básicas, como consecuencia de apraxias, que imposibilitan la correcta ejecución de movimientos, es partir de lo anterior que resalta la importancia de analizar el riesgo de atragantamiento en personas mayores que cursan con demencia tipo Alzheimer, que se encuentran institucionalizadas esto con la intención de buscar mejoras en los protocolos de alimentación hacia estas personas.

Antecedentes

La disfagia es un problema clínico importante teniendo en cuenta el incremento en la esperanza de vida de nuestra población y las repercusiones nutricionales que genera. Esta relación entre alzhéimer, disfagia y nutrición ha sido evidenciada por diversos estudios. Se estima que el riesgo de desarrollar este problema oscila entre el 50 y el 75% de los afectados la enfermedad de Alzheimer, tanto a nivel hospitalario como comunitario, destacando en este último ámbito los trabajos llevados a cabo en diversas residencias de ancianos a lo largo del territorio europeo (Baena, M. 2016).



Es por lo anterior que como parte del abordaje gerontológico integral se busca sensibilizar a los cuidadores primarios formales e informales en los procesos de alimentación de pacientes con algún tipo de trastorno neurocognitivo mayor, pues la disfagia representa un riesgo no solo de carácter nutricional en el que la persona mayor, sea propensa a desencadenar algún tipo de trastorno nutricional como bien podría ser la sarcopenia, si no que representa un riesgo de primera línea en cuanto a la integridad del usuario, siendo referencia de procesos negligentes en la atención de pacientes institucionalizados, será a partir de la información y sensibilización del tema como un riesgo prevalente y alertante, que se buscare la concientización de los procesos de atención de calidad.

Metodología

Se trata de una investigación de tipo cualitativa, desarrollada a partir de una técnica documental donde se analizó un total de 6 artículos científicos con fechas de referencia no mayores a 10 años después de 2023, para su búsqueda se incluyeron palabras como “asfixia, persona mayor, deterioro cognitivo, trastorno neurocognitivo mayor, atragantamiento y disfagia”, en bases de datos como Elsevier, Scielo y Pubmed, con un total de 16000 resultados dentro de la primera búsqueda, sin embargo tras un análisis de los títulos de los artículos se desechó más del 90 % de los resultados, por nulas coincidencias con la temática abordada en la investigación. Del mismo modo se ejecutó la técnica de observación participante, a través de un análisis de casos, en la residencia de estancia permanente para personas mayores, (Centro de atención al adulto mayor), donde habitan un total de 15 residentes de manera permanente, donde 10 de ellos tienen diagnóstico clínico de algún tipo de trastorno

neurocognitivo mayor, posteriormente, tras una evaluación de estos usuarios con la escala de deterioro global (GDS), se identificó a 4 usuarios con un GDS entre 5 y 7, es decir en un grado de deterioro de moderado a muy grave, es importante mencionar que para el estudio probabilístico se utilizó como muestra a todo el universo poblacional, el presente estudio corresponde a un análisis longitudinal que comprende los meses de agosto a noviembre, donde se analizaron variables como.

- Calidad nutricional en la alimentación
- Tipo de dieta (Valorando consistencia)
- Posición durante la deglución
- Estado de alerta del usuario

Resultados

Tal como existen adecuaciones en las dietas ante enfermedades como bien podrían ser la diabetes mellitus tipo 2, o la hipertensión arterial, se debería cuidar la nutrición en pacientes con manifestación de algún trastorno neurocognitivo, sobre todo en estadios avanzados, (GDS5-7), donde las apraxias limitan parcialmente la funcionalidad del adulto, aumentando el riesgo de atragantamiento, por ello es importante diseñar planes nutricionales, que se adecue a una dieta de tipo blanda y que cumpla con el requerimiento nutricional que la persona con Alzheimer requiere para mantener un estado nutricional adecuado. Existen pocos estudios sobre los factores asociados al riesgo de atragantamiento en personas mayores con algún tipo de trastorno neurocognitivo, sin embargo es posible identificar como la pérdida de la funcionalidad y estado de alerta de la persona mayor, influyen en la calidad del proceso de deglución, aunado al estado físico de los alimentos, es posible identificar que en los pacientes evaluados con un GDS, mayor a 5 durante los días de observación los 4 usuarios



tuvieron un evento de atragantamiento parcial, durante su proceso de deglución, es posible destacar que dos de las usuarias, requerían asistencia total en la alimentación aunando a que se encontraban sujetas a una silla para evitar caídas lo que les imposibilitaba adoptar una posición libremente escogida, mientras que los otros dos usuarios se alimentaban por si solos, pero mantenían una posición encorvada durante el proceso de alimentación, en cuanto la calidad y forma de los alimentos, se destacan los líquidos, donde su dieta estaba formada por sopas o caldos, leche y pan de tipo bolillo como forma sólida, donde los eventos de atragantamiento eran mas recurrentes al momento de ingerir los caldos y de tomar el pan, fue posible observar que con este último alimento, se observaba al alimento seco, lo que lleva a establecer una relación lineal con la alteración en la salivación provocada por las alteraciones propias del envejecimiento, sin embargo el estado de alerta juega un papel importante en este proceso, pues durante los meses de evaluación se observo a los usuarios letárgicos durante los tiempos de comida.

Discusión

Según un estudio realizado en Valencia en 2004 en personas con Alzheimer se reflejó una incidencia de disfagia a líquidos del 82% y a sólidos del 36%. Los trastornos más habituales se producen en: la habilidad para autoalimentarse., la manipulación del alimento en la boca, el transporte del alimento de la boca

al esófago, la protección de la vía respiratoria a la hora de tragar (alta probabilidad de atragantamientos). Lo que concuerda con la investigación donde a causa del grado de deterioro cognitivo, existe un alto riesgo de atragantamiento, aunado a la negligente adecuación de los tipos de dieta que reciben los usuarios de la residencia.

En la enfermedad de Alzheimer, la disfagia aparece generalmente a medida que progresa la enfermedad. En un estudio realizado en Valencia en 2004 en personas con un trastorno neurocognitivo mayor avanzado, se reflejó una incidencia de disfagia a líquidos del 82% y a sólidos del 36%. Los trastornos más habituales se producen en: la habilidad para auto-alimentarse, la manipulación del alimento en la boca, el transporte del alimento de la boca al esófago., la protección de la vía respiratoria a la hora de tragar (alta probabilidad de atragantamientos). Lo que concuerda con la investigación donde a causa del grado de deterioro cognitivo, existe un alto riesgo de atragantamiento, aunado a la negligente adecuación de los tipos de dieta que reciben los usuarios de la residencia. Lo anterior da un parteaguas para poder mencionar que la capacidad de ingerir el bolo alimenticio en proceso de deglución voluntario se ve alterado por la posición anatómica del usuario, la capacidad de salivación y masticación de este, que en un trastorno neurocognitivo mayor, se ve alterado como consecuencia de las apraxias, mientras que como parte de los factores extrínsecos sobresalen los estados y calidad de las dietas proporcionadas a los usuarios, donde destacan los líquidos.



Referencias

Aula, G., España, M., & González, C. (n.d.). <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>

Baena, M. (2016). Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3). <https://doi.org/10.20960/nh.286>

Disfagia En, L. (n.d.). TRABAJO FIN DE GRADO. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31091/TFG-M-L1279.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Disfagia, Y., Atragantamientos, E., La, E., De, A., Actuación, Y., & Prevención. (n.d.). O A L Z H E I M E R 1 0. Retrieved November 4, 2023, from <https://www.alzheimernavarra.com/wp-content/uploads/2021/02/10-cuaderno-.pdf> Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg. (n.d.). [Www.hipocampo.org](http://www.hipocampo.org). <https://www.hipocampo.org/reisberg.asp>

Gil, B., Guerra Blanco, F., Gutiérrez, R., Fundación, F., Díaz, J., & Madrid. (n.d.). Libro virtual de formación en ORL DISFAGIA Y ASPIRACIÓN DISFAGIA Y ASPIRACIÓN. <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/120%20-%20DISFAGIA%20Y%20ASPIRACI%C3%93N.pdf>

Los cuidados a personas con dependencia. (n.d.). <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf>



Viviendo por Fe: La experiencia de un ministro de culto evangélico en Yucatán



Viviendo por Fe: La experiencia de un ministro de culto evangélico en Yucatán

Ángel Eduardo Cárdenas Herrera
Daliz Abisai Mijangos Cuj

Estudiantes del doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Yucatán

La gloria de los jóvenes es su fuerza y la hermosura de los ancianos de su vejez
Proverbios 20:29

Resumen

Los procesos de envejecimiento son un tema de interés creciente en el contexto de la gerontología y la psicología de la vejez porque impactan a la sociedad a nivel mundial. En este estudio, se explora la experiencia de un ministro de culto evangélico en el estado de Yucatán, México, en su transición a la vejez dentro del ministerio, rescata su experiencia, su papel como actor social y busca observar estos aspectos en su intersección con la institución a la que pertenece. Este trabajo tiene como objetivo contribuir al conocimiento de la población de la tercera edad en México para ayudar a formar visiones sobre la vejez y evaluar los impactos de esta percepción categórica que sigue patrones de construcción para la sociedad. Se examinan los desafíos y oportunidades que enfrenta, así como su percepción del envejecimiento desde una perspectiva social, espiritual y religiosa. Los resultados muestran que la fe desempeña un papel significativo en cómo este líder religioso afronta los cambios asociados con la vejez, brinda apoyo emocional, significado y un sentido de propósito a su vida.

Introducción

El concepto de la vejez se mantiene en un estado de construcción que no figura desde una perspectiva unívoca, desde la cuál pueda ser definida para incluir todos los factores que envuelve. Sin embargo, el concepto personal que cada individuo forma sobre si, y sobre su entorno es elemental para comprender el desarrollo de los diversos procesos que viven la persona de edad avanzada. Gómez y Toro (2020) desde su trabajo muestran la relevancia de las principales teorías, desarrolladas en la década de 2010 a 2020, relacionadas con la vejez y el envejecimiento. Entre las que destacan calidad de vida, desarrollo humano, envejecimiento, psicología y vejez. Destacan la relación precisa que existe entre el proceso cognoscitivo y la perspectiva personal que permite a cada individuo hacerse de un concepto sobre la realidad que le rodea y la forma en que éste la vive.

Por otro lado, se presenta una situación innegable “el envejecimiento y la vejez son dos aspectos de debate social, debido a las transformaciones demográficas y a un aceleramiento en el envejecimiento de la sociedad a nivel mundial” (Gomez y Toro, 2020).



- Desde esta construcción cognoscitiva inconclusa cabe mencionar los desarrollos conceptuales que estructuran Balbuena y otros con base en los postulados de Burgess, establece enfáticamente que las Personas Adultas Mayores (PAM) sufren pérdidas en su proceso de envejecimiento, pero particularmente, desde un marco industrializado que se vincula a los procesos productivos, las PAM se convierten en prisioneros dentro de un rol que carece de asignaciones derivado de su condición de retiro laboral dentro de la sociedad en la que se desenvuelve tal y como señala San Román (1990) en (Balbuena et al., 2019).
- En México, el envejecimiento demográfico es una realidad que cada día se visualiza con mayor impacto, se convierte en una problemática que abarca a todo el mundo. La heterogeneidad de circunstancias definitorias y las características intrínsecas diversas que tuvieron como precursores a los países de primer mundo, muestran cómo se han acomodado de forma paulatina por un desarrollo lento que ha propiciado la adaptabilidad en los procesos, situación que se contrapone a las condiciones de envejecimiento de América Latina, donde los problemas educativos, económicas, de rezago social, entre otros no han sido atendidos y se les suma un desarrollo rápido del envejecimiento demográfico (Ham, 2010).
- Los cambios en las estructuras sociales debido a la edad de la población, la disminución de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida presentan desafíos para cada región, porque en una población mayormente envejecida las

dinámicas familiares y sociales cambian inevitablemente, así mismo, causan repercusiones sobre su economía a nivel local y también nacional, además de generar confrontamientos en los paradigmas establecidos.

Vejez y Envejecimiento

Al hablar de la vejez puede definirse como una etapa en la vida de las personas donde implícitamente se establecen roles sociales; sin embargo, anclar un consenso al respecto no es por el momento generalizable para todas las circunstancias, Serrani (2012) en Bruno y Acevedo (2016) la define desde una perspectiva principalmente biológica donde el envejecimiento es visto como un proceso que comienza desde el nacimiento del ser humano y tiene que ver con el comportamiento de los años, también menciona otro tipo de definición donde el envejecimiento es un proceso que afecta a todos los seres vivos que se da de forma continua y progresiva y sigue una ruta que inevitablemente vierte hacia el deterioro y la muerte (Bruno y Acevedo, 2016).

Establecer concepciones sobre la vejez y sus roles en la sociedad es complejo, pues integra reflexiones sobre los roles que otorga la sociedad hacia esa demarcación que obtiene su definición principal en la edad, donde los estereotipos y los prejuicios están integrados en la construcción del concepto que socialmente forma una barrera, pues las relaciones asimétricas y de poder establecen qué lugar pueden tomar las PAM, y por esto mismo no son ellas quienes participan en la formación de sus roles sociales, parten de una versación unilateral y externa que se encarga de armar esa definición y les quita el derecho a ser los actores centrales de esta definición (Piña & Gómez, 2019).



La heterogeneidad del constructo que se refiere a la vejez es causa permanente de controversia y tensiones constantes, representa diferencias entre las edades, situaciones y efectos que derivan en la representación del poder y la distribución de éste entre las clases de edad.

Las configuraciones de desacuerdo constante desproveen a las categorías de viejo y joven de los sujetos que las integran, las dejan vacías y sin directrices, más que las dadas por los sujetos externos a ellas que las depositan en los imaginarios a conveniencia de cada contexto (Balbuena y otros, 2019).

Las divisiones entre las edades y los límites concebidos convergen entre el poder y las relaciones de dominio que como señala Bourdieu. Desde un marco de referencia relativo, siempre existirá una percepción de ser joven para alguien o viejo para otra persona, lo que explica de cierta manera porqué las divisiones generacionales son sumamente variables y susceptibles de manipulaciones.

A principios de la década de los 70 del siglo XX hizo aparición la teoría social de la modernización que tiende hacia la homogeneización e idealiza el concepto de la ancianidad, junta formulaciones universalizadas y establece que conforme este proceso de modernización avanza dentro de la sociedad las PAM pierden estatus por el cambio en sus roles y sufren un arrebato total de su funcionalidad que les integra hacia un proceso de exclusión generacional masiva (Shanas, 1973).

Sin embargo, la religión cristiana evangélica ha incrementado en adeptos, de modo que, según los registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), 7.9% de la población se identificó como protestante, o cristiano evangélico.

Las creencias religiosas tienen relevancia sobre la forma de vivir y afrontar la vida, en los estudios desarrollados por Pargament (1997) muestran la relevancia que estas creencias tienen para sobrellevar las condiciones adversas, darle sentido y encontrar un significado sobre la vida. Sánchez (2019), menciona que el hombre moderno tiene la necesidad de tener fe en algo o alguien, necesita sentir que pertenece a un grupo o comunidad y formar parte de rituales o prácticas que lo acerque a su deidad.

La vejez y la Fe

Si bien, como ya se mencionó, la vejez no se caracteriza por ser un concepto uniforme, es importante remarcar que tiene gran relación con planteamientos y necesidades personales de los individuos que se relacionan simbióticamente con su comunidad y familia. Comprender estas relaciones que son establecidas en ésta etapa de la vida implica considerar los diversos entornos donde los adultos mayores se desenvuelven, como sus redes sociales, familiares, institucionales y comunitarias, entornos específicos que les brinden seguridad y permitan el desarrollo de nuevos roles. Un análisis sobre la relación entre la práctica de la fe con el envejecimiento, con el fin de identificar si existe un cambio en la percepción de la fe en los adultos de edad avanzada debido a la vulnerabilidad física, laboral o social que atraviesan.

Encontró tres posturas ante la fe, beneficiosas, neutras y perjudiciales. Las beneficiosas fueron aquellas en que la fe prosperaba y se renovaba, creciendo diariamente a pesar de las situaciones difíciles que pudieran estarse afrontando, manteniéndose en un estado de paz y confianza ante lo porvenir (Pargament, 1997).

Relevancia de la Fe en la Sociedad

Desde las comunidades primitivas, los seres humanos han tenido “deidades” a quienes les rendían culto, les entregaban ofrendas y en

quienes confiaban para suplir las necesidades básicas, como lo eran el agua, el calor y los alimentos. Cada civilización contaba con sus dioses, en quienes confiaban y a la vez les temían y les atribuían el control de todo, incluyendo lo “inexplicable o milagroso”.

En México, a raíz de la conquista por España el país fue cristianizado, con predominancia principalmente definida sobre la religión católica, que en su momento fue instituida para toda la nación, y si bien desde 1860 se promulgó la Ley de libertad de cultos, la doctrina católica cristiana hasta la fecha es la de extensión mayoritaria en toda la república mexicana.

La postura neutra la describió como una etapa con poco crecimiento de la fe, quienes se mantienen en ella están en una zona de confort que les da la estabilidad que creen requerir.

Por último, está la postura perjudicial, donde la fe está muerta o estancada y es reconocida así por sus practicantes, provocando en ellos tristeza, ansiedad y angustias, sintiéndose heridos en alma y cuerpo. “En este sentido, fe y vejez forman un binomio que, como bien apunta Pittard (1994, 19), implica conexión, integración e integridad, ya que el anciano no sólo se interconecta como creyente con otros creyentes (familiares o no) para compartir propósitos y significados de vida, sino que también es a través de la fe que obtiene la capacidad de suplir las más vitales necesidades y sentirse interconectado tanto en un mundo real como en un mundo sobrenatural.” La fe es un aspecto importante para la vida cotidiana de las personas, las religiones han sido históricamente pilares de la sociedad, por lo que es inevitable que la fe sea estudiada como parte del proceso de envejecimiento.

Junto con la edad se integran otros factores que definen los roles de una persona en su comunidad, las actividades en las que se desenvuelve un individuo le dan sentido y dirección en su papel

Goffman establece este conjunto de roles como algo que integra el self, lo cual se engloba a una fórmula que organiza y produce los medios para administrar las relaciones entre deseos y expectativas asignadas por los roles específicos de cada identidad individual. Maldonado (2004) examina las definiciones y roles asociados al concepto de ministro de culto. Maldonado destaca que no existe una definición precisa para estos términos, y concluye que los ministros de culto son aquellos que siguen las pautas de su religión o cumplen los requisitos de las asociaciones religiosas.

Además, señala diferencias, como la definición del proselitismo, que varía entre la lengua española, el ámbito jurídico y el religioso. En la lengua española, se refiere a ganar seguidores para ideologías políticas, mientras que en el contexto religioso se refiere a ganar fieles que sigan las creencias de la fe.

Este estudio arroja luz sobre la importancia de la religiosidad y la espiritualidad en la vida de los ministros de culto religioso a medida que envejecen. Las creencias religiosas proporcionan un marco para comprender el envejecimiento, ofrecen consuelo y significado, y promueven la resiliencia en momentos de dificultad.

La religiosidad también juega un papel fundamental en la construcción de redes de apoyo social y comunitario en la vejez.

Esta investigación contribuye a una comprensión más profunda de cómo las creencias religiosas influyen en la experiencia del envejecimiento y el bienestar emocional de los ministros de culto religioso en Yucatán.

Para estudiar la vejez y la fe es necesario abrirse hacia problemáticas que exploren el individualismo, Charles Taylor plantea una concepción en torno al yo, pero contemplando un liberalismo (individualismo moral) que genera división entre las posturas limitantes y holistas, considera al yo desvinculado, y al yo situado dentro de un contexto social.



Taylor explica que las acciones son como propiedades de individuos y los bienes sociales como concatenaciones de bienes individuales relacionadas con la libertad y los derechos individuales, oscila entre el individualismo y el colectivismo, al darle significado desde un enfoque hermenéutico (Gracia, 2010).

Estos constructos paradigmáticos desenvuelven el entramado de elecciones racionales desvinculadas que caracterizan la elección racional de cada individuo para perfilarse hacia un dogma de fe y su integración colectiva dentro de una comuna que le brinda pertenencia hacia alguna comuna o convicción.

Ministros del culto en México

En México la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público publicada en 1992 considera ministros de culto a todas las personas mayores de edad a quienes las Asociaciones religiosas a las que pertenecen les confieren ese carácter.

Los ministros desempeñan ese cargo por voluntad propia con base en la libertad expresada en el artículo 5 de la constitución mexicana que dice que “A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos”. A diferencia del concepto incorporado en el contexto de la ley, esta no es la única definición que puede establecerse para describir a un Ministro de Culto Religioso (MCR). Maldonado (2004) desarrolla una exposición sobre las definiciones para el concepto de ministro de culto desde el ámbito jurídico, canónico y la lengua española.

Señala los puntos de coincidencia y establece que los ministros de culto son las personas que laboran en lo que su religión les marque o quienes cumplan y reúnan los requisitos que las asociaciones religiosas estipulen; desempeñan labor de proselitismo, pero fuera del ámbito político, su labor se dirige hacia ganar fieles que sigan las verdades enseñadas por Jesús.

Condiciones laborales de los MCR en México

La fuerza laboral de los Ministros de Culto Religioso (MCR) en México en el segundo trimestre de 2022 consistió en 21.7 mil personas con un salario promedio de 6 400 pesos mexicanos, trabajando aproximadamente 38.5 horas semanales.

Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del INEGI (2023), durante el mismo trimestre, más de 6 700 MCR en el grupo de edad de 45 a 54 años trabajaron, y un 19.8% de ellos lo hizo en la informalidad

Este hallazgo plantea la pregunta sobre el apoyo que reciben los MCR para satisfacer sus necesidades. La tasa de informalidad laboral en este grupo es alta, alcanzando el 77.9%, lo que es significativamente mayor que el promedio nacional de informalidad laboral de 55.4% en México en ese trimestre. Además, Yucatán, junto con Veracruz y Sonora, se encuentra entre las tres entidades con el más alto porcentaje de informalidad laboral para los MCR, con un 100% de MCR trabajando en la informalidad en Yucatán, lo que representa un total de 443 MCR en el segundo trimestre de 2022.

Metodología

El desarrollo metodológico se ejerce por medio de la revisión en la literatura pertinente al tema de la vejez y el envejecimiento, como un planteamiento de aproximación metodológica hacia las condiciones del desarrollo por los diferentes abordajes de escritores que han estudiado el tema de la vejez y una entrevista a profundidad a un ministro de culto religioso en Yucatán, perteneciente a la denominación Asambleas de Dios. Se recopilaron datos sobre su experiencia personal, su percepción sobre el envejecimiento, los desafíos que enfrentan en su ministerio y su bienestar en general. Las preguntas guía para este estudio son:

¿qué motiva a un ministro de culto a ejercer el ministerio? ¿cómo percibe un ministro de culto su propósito en la vida? ¿Qué papel juega la comunidad religiosa en la vida de un ministro de culto?, ¿Cómo enfrenta un ministro de culto religioso el envejecimiento?

Se utilizó un enfoque cualitativo para analizar las respuestas y explorar patrones emergentes, y se analizaron los resultados desde las perspectivas de Pierre Bourdieu y Erving Goffman.

Análisis y Resultados

Los resultados revelaron una serie de temas importantes relacionados con la experiencia vivida desde la juventud hasta llegar de la vejez: El sujeto de estudio participante en este trabajo tiene 74 años de edad, desde los 17 años egreso del Instituto Bíblico Bethel y su ministerio ha sido ininterrumpido, por lo que cuenta con 57 años de ejercer su ministerio, es decir 77% de su vida ha transcurrido dentro de un grupo religioso.

La denominación a la que pertenece es El Concilio Nacional de las Asambleas de Dios en México, un grupo cristiano evangélico de línea pentecostal se encuentra en el país desde finales del siglo XIX. El sujeto de estudio es ministro en esta denominación ocupando diversos cargos a lo largo de su trayectoria, actualmente es pastor de una iglesia en la ciudad de Mérida.

Espiritualidad

La fe en un poder superior ha proporcionado al ministro de culto una perspectiva única para enfrentar situaciones relacionadas con la salud, la escasez y la enfermedad y le ha proporcionado un sentido de vida:

Si no fuera porque Dios me ha sostenido yo no estaría en donde estoy, siempre he reconocido que gracias a él soy lo que soy, ... yo fui un niño muy pobre, maltratado por mi padrastro, ... siendo pequeño sentía gran amor por Dios, mi deseo era ser sacerdote, pero me dijeron que no podría lograrlo ya que no tenía dinero para costear el seminario, me resigne a que no era mi camino...

Cuando llegue a la adolescencia ya tenía rencor y envidia en mi corazón, deseaba hacer el mal y me encaminaba a ello, mis amistades eran los maleantes y con ellos me juntaba, ...

Un día invitaron a mi mamá a un servicio en un templo evangélico, cuando regreso me contó lo hermoso que sintió y al día siguiente la acompañé, yo escuche el mensaje y aunque no sabía cómo orar acepté a Jesús como mi Salvador, recuerdo el corito que me enseñaron "Yo pertenezco a Cristo, él pertenece a mí, no por un tiempo aquí, más por la eternidad" a partir de ese momento empecé a asistir a todos los servicios,...

Como tenía muchos problemas en casa prácticamente me quede a vivir en el templo, porque daban asilo a los niños sin casa, la esposa del pastor me dijo un día - "ya que estas aquí, ¿por qué no entras a las clases del Instituto bíblico?" - yo le respondí que no tenía dinero para pagar ni los libros, ni la colegiatura, ni nada, ella me dijo - "Es por fe, Dios suplirá" - a partir de ese momento aprendí a vivir por fe, tenía 14 años y así he vivido desde entonces, ...no sé cuánto tiempo más Dios me permita vivir, tengo padecimientos de salud desde hace varios años,... espero que Dios me permita servirle hasta el último de mis días...

Goffman es conocido por su teoría del "teatro social", que se centra en cómo las personas representan y gestionan sus identidades en situaciones sociales. En este caso el ministro de culto se auto percibe como hijo de Dios, no desde una perspectiva exigente sino como un privilegio inmerecido y con una disposición total a servir, y es la fe la brújula que dirigió su vida, acciones y decisiones, desde esta perspectiva, la fe y el sentido de vida pueden verse como representaciones en el escenario social.



Su razón de ser es servir a Dios a través del servicio o la ministración a su Iglesia. Analizando desde la perspectiva de Bourdieu que introdujo el concepto de "habitus", que se refiere a las estructuras mentales y disposiciones que influyen en el comportamiento de las personas, en el caso del ministro, la fe y la religión pueden considerarse parte del habitus.

Percepción del propósito y su significado

Para el ministro de culto, el servicio religioso le proporcione un sentido de propósito y significado aun en la vejez. Continuar sirviendo a en su Iglesia a sus feligreses le brinda un fuerte sentido de identidad y compromiso:

...me gradué del Instituto a los 17 años y yo no sabía que iba a hacer, solo tenía claro algo, iría a donde me enviarán, y eso hice, los primeros pueblos a los que me enviaron eran comunidades muy pobres, no había casa para el pastor, ni siquiera había templos en forma, en una chocita se daban los servicios y ahí dormía o en casa de algún hermano que me daba un espacio, pero yo estaba feliz, porque estaba sirviendo... yendo a pastorear a una comunidad de Chiapas tuve que quedarme en Escárcega Campeche porque el tren tuvo un problema y ahí conocí a quien sería mi esposa,...

Nos casamos seis meses después y nos fuimos a la Gloria, Chiapas...cuando regresamos a Yucatán, ya teníamos a nuestro primer hijo, de seis meses, me enviaron a Telchac Pueblo, había un terreno, una choza, pero no había feligreses, lo que significa que no habría sostenimiento,...

Sabía que si el Señor me había enviado él me sostendría...estuve 18 años ahí, cuando deje la iglesia de Telchac porque me habían elegido para estar en Mérida, ya había un templo, una casa para el pastor, yo tenía ya 6 hijos y la Iglesia tenía alrededor de 120 miembros...

Para el ministro evangélico, su sentido de propósito y significado está vinculado al campo religioso en el que opera.

Su posición, su relación con líderes religiosos y su influencia en la comunidad impacta en su percepción de su propósito en el ministerio. Ya que como Bourdieu conceptualiza, los campos sociales son espacios de lucha por recursos y poder, para el ministro, su sentido de propósito y significado implican actuar de acuerdo con las normas y expectativas de su Iglesia y denominación, comunicando y representando su fe en todas sus interacciones.

Apoyo social y Comunitario

La participación en su denominación brindó una valiosa red de apoyo social.

El ministro de culto experimentó una fuerte conexión con las Iglesias en las que ha pastoreado que le brindó interacciones sociales significativas y apoyo emocional:...la Iglesia siempre me ha sostenido, y cuando no ha habido feligreses, Dios provee, pero gracias a Dios puedo decir que he hallado una familia en cada Iglesia, algunas son más grandes que otras, pero todas me han respaldado, gracias a Dios porque, aunque ha habido oposición por parte de algunas personas, siempre llega gente que nos bendice, aunque no siempre eran de la Iglesia, a veces personas de la comunidad nos apoyaban.... en los pueblos donde llegábamos a predicar a veces las autoridades al final nos pedían que nos quedáramos más tiempo, porque nuestro mensaje era de esperanza y salvación y el pueblo necesitaba escuchar sobre eso...

El capital social es uno de los recursos que las personas poseen y que influye en su posición en la sociedad. Para un ministro, el capital social está relacionado con su posición en la Iglesia y su capacidad para movilizar apoyo. Su habito religioso influye en cómo establece y mantiene las relaciones en su comunidad. El capital religioso y simbólico, que incluye la autoridad moral y el conocimiento teológico, es fundamental para el ministro, ya que influye en su capacidad para atraer seguidores y ganarse la confianza de su comunidad.



El apoyo social y comunitario proviene de su capital religioso y simbólico, lo que refuerza su sentido de propósito en el ministerio.

Resiliencia en el envejecimiento

La religiosidad también se relaciona con la resiliencia emocional. La fe y las creencias espirituales del ministro de culto, lo han ayudado a manejar el estrés y la adversidad, lo que contribuye a su bienestar emocional ahora que es anciano y no tiene la misma fuerza y destreza física pero que aún continúa ejerciendo su ministerio:

...es el camino de todos los hombres, la biblia los dice, “Los días de nuestra edad son setenta años; y si en los más robustos son ochenta años, con todo, su fortaleza es molestia y trabajo, porque pronto pasan, y volamos” los días que Dios me dé le serviré,... ya no tengo la fuerza que tenía, ya mi familia me trata de limitar, -“no hagas esto, no hagas aquello”-, cada vez que me enfermo o tengo malestar muchos de ellos se preocupan, se alteran, pero sé que viviré el tiempo que Dios quiera,... los cristianos tenemos una esperanza, así que la muerte no me da temor, y no es que no aprecie la vida, pero sé que cuando muera si Dios me permite permanecer fiel a él, estaré en mi hogar celestial, si vivo bien, si el Señor me llama también estaré bien,... ya no puedo viajar como antes, no puedo aceptar compromisos tan fácilmente porque no sé cómo estaré, pero gracias a Dios aún puedo enseñar...

Desde las perspectivas de Bourdieu y Goffman, la resiliencia en el envejecimiento en la vida de un ministro evangélico está relacionada con diversos conceptos, como el habitus religioso, que influye en su capacidad para ser resiliente en la vida cotidiana y en el proceso de envejecimiento, su fe le proporcionan un marco de referencia que le permite enfrentar desafíos con determinación y esperanza, el capital religioso, que implica la autoridad moral y la influencia que ejerce en su Iglesia y como esto es una fuente de apoyo social para un ministro de la tercera edad, la representación de su

identidad religiosa que incluye la autoridad moral y la influencia en la comunidad religiosa, puede ser una fuente de apoyo social para un ministro evangélico en la tercera edad. y su gestión de la impresión.

Conclusiones:

El proceso de envejecimiento es una etapa de la vida que afecta a la humanidad en general, sin embargo, los ministros de culto religioso desempeñan un papel único a medida que continúan sirviendo en sus iglesias a medida que envejecen. Esta investigación ha explorado la experiencia y perspectiva en relación con el envejecimiento, y los resultados arrojan luz sobre la influencia de la fe, la religiosidad y la espiritualidad en esta etapa de la vida.

Uno de los hallazgos más destacados de este estudio es la importancia de la fe como fuente de apoyo emocional para los ministros de culto religioso en su vejez. Creer y confiar en un poder superior proporciona consuelo y apoyo en momentos de dificultad. La espiritualidad se convierte en una fuente de consuelo que les permite navegar por los momentos difíciles con un sentido de esperanza y propósito.

El servicio religioso en la vejez proporciona un sentido de propósito y significado, fortaleciendo la identidad y el compromiso. Esto no solo beneficia al líder religioso en su bienestar personal, sino que también nutre la vitalidad de su Iglesia.

Los líderes religiosos envejecidos mantienen su conexión con una misión más amplia, desempeñando un papel significativo.

La fe, la religiosidad y la espiritualidad se asocian con la resiliencia en el envejecimiento. La creencia espiritual ayuda a enfrentar el estrés y la adversidad, al proporcionar un marco para entender los desafíos como parte de un plan divino más grande. Esta resiliencia no solo beneficia al líder religioso, sino que también impacta en su capacidad para apoyar a la Iglesia en tiempos de crisis.

La participación en congregaciones brinda un valioso apoyo social y comunitario. Los líderes religiosos envejecidos se conectan estrechamente con sus feligreses, lo que les ofrece interacciones sociales significativas y apoyo emocional, contrarrestando la soledad y el aislamiento típicos de la vejez. Este apoyo social y comunitario contribuye al bienestar y proviene de su compromiso religioso.

Este estudio ha visibilizado la importancia de la fe, en la vida de un ministro de culto religioso envejecido dentro de una denominación evangélica cristiana.

Esta dimensión espiritual proporciona consuelo, significado, propósito y resiliencia en la juventud y también en la vejez. Estos hallazgos contribuyen a una comprensión más profunda de cómo las creencias religiosas influyen en la experiencia del envejecimiento y pueden servir de base para futuras investigaciones y estrategias de apoyo a las personas mayores en un contexto religioso y social.

Referencias

Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyoneche, L., Ibararán, P., Torres, E. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe. Protección social y calidad de vida de las personas mayores. Banco Interamericano de Desarrollo.

Balbuena, Y., Bravo, F., Crovetto, H., Dupuy, S., & Iuliano, R. (2019). Vejez y envejecimiento: conceptualizaciones y abordajes desde las ciencias sociales. En R. I. (Coord.), *Vejez y envejecimiento: Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación* (pp. 33-63). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Bruno, F. & Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum sociológico*(29), 7-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/sociologico.1453>.

Castañuela, B., & Rangel, J. (2018). Estudios sobre envejecimiento: una perspectiva global. *Población en condiciones de vulnerabilidad y riesgo*, XI, 61-87.

DOF. (10 de 05 de 2022). Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>

Gomez, A. & Toro, A. (2020). Estudio teórico sobre vejez y envejecimiento. [Trabajo de grado]. Girardot, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Gracia, J. (2010). Posibilidad de un individualismo holista. Consideraciones hermenéuticas sobre el individualismo moderno desde la filosofía de Charles Taylor. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*(42), 199-213.

Gutiérrez, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*. Universidad de Guadalajara, XXVI(75), 197-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.32870/ees.v26i75.7024>

Ham, R. (2010). Envejecimiento demográfico. En B. García, & M. Ordorica, *Los grandes problemas de México* (págs. 53-78). El Colegio de México.

INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda. cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/poblacion/diversidad: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/diversidad.asp?tema=me&e=15#:~:text=Diversidad,Estado%20de%20M%C3%A9xico&text=En%202020%20en%20estado%20de,religi%C3%B3n%20con%206.7%20por%20ciento>.

INEGI. (2 de junio de 2023). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). [www.inegi.org.mx:https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/](https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/).



Maldonado, N. (2004). La participación política de los ministros de culto religioso. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Derecho y Criminología.

May, E. & Fortuny, M. (2017). Presbiterianos en Yucatán. Hacia un estudio microhistórico del crecimiento protestante 1900-1940. CIESAS.

Pargament, K. (1997). The sacred and the search for significance. En K. Pargament, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice* (pp. 21-33, 163-197). Guilford Press.

RAranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyoneche, L., Ibarrarán, P., Torres, E. (2022), *Envejecer en América Latina y el Caribe. Protección social y calidad de vida de las personas mayores*. Banco Interamericano de Desarrollo.

albuena, Y., Bravo, F., Crovetto, H., Dupuy, S., & Iuliano, R. (2019). *Vejez y envejecimiento: conceptualizaciones y abordajes desde las ciencias sociales*. B En R. I. (Coord.), *Vejez y envejecimiento : Aportes para la investigación y la intervención con adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y la educación* (pp. 33-63). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Bruno, F. & Acevedo, J. (2016). *Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales*. *Forum sociológico*(29), 7-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/sociologico.1453>.

Castañuela, B., & Rangel, J. (2018). *Estudios sobre envejecimiento: una perspectiva global. Población en condiciones de vulnerabilidad y riesgo*, XI, 61-87.

DOF. (10 de 05 de 2022). Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>

Gomez, A. & Toro, A. (2020). *Estudio teórico sobre vejez y envejecimiento*. [Trabajo de grado]. Girardot, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Gracia, J. (2010). Posibilidad de un individualismo holista. Consideraciones hermenéuticas sobre el individualismo moderno desde la filosofía de Charles Taylor. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*(42), 199-213.

Gutiérrez, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*. Universidad de Guadalajara, XXVI(75), 197-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.32870/es.v26i75.7024>

Gutiérrez, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*. Universidad de Guadalajara, XXVI(75), 197-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.32870/es>.

Ham, R. (2010). *Envejecimiento demográfico*. En B. García, & M. Ordorica, *Los grandes problemas de México* (págs. 53-78). El Colegio de México.

INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda*. cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/poblacion/diversidad: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/diversidad.aspx?tema=me&e=15#:~:text=Diversidad,Estado%20de%20M%C3%A9xico&text=En%202020%20en%20estado%20de,religi%C3%B3n%20con%2067%20por%20ciento>.



INEGI. (2 de junio de 2023). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). www.inegi.org.mx: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>.

Maldonado, N. (2004). La participación política de los ministros de culto religioso. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Derecho y Criminología.

May, E. & Fortuny, M. (2017). Presbiterianos en Yucatán. Hacia un estudio microhistórico del crecimiento protestante 1900-1940. CIESAS.

Pargament, K. (1997). The sacred and the search for significance. En K. Pargament, *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice* (pp. 21-33, 163-197). Guilford Press.

Piña, M., & Gómez, V. (2019). Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados. *Rupturas*, 9(2), 23-38.



SI QUIERES PUBLICAR CON NOSOTROS TE PRESENTAMOS LOS CRITERIOS EDITORIALES PARA PRESENTAR ARTÍCULOS.

- Los artículos y reseñas deberán ser originales inéditos y no estar sometidos simultáneamente a dictamen en cualquier otro impreso.
- Semblanza curricular del autor/a o autores (10 líneas máximo por cada uno) que aparecerá al inicio de cada contribución dentro de la revista.
- Los artículos deberán tener una extensión de máximo 15 cuartillas, incluyendo gráficos, tablas, notas a pie de página y bibliografía, en tamaño carta; el cuerpo del texto se presentará con interlineado 1.5 en fuente Arial de 12 puntos.
- Cada artículo debe incluir un resumen y cinco palabras clave, en español.
- Los artículos deberán contener: introducción, antecedentes, metodología, resultados y conclusiones.
- Las ilustraciones deberán ir con un mínimo de 300 dpi de resolución y en formato jpg y deberán contar con su fuente.
- Los trabajos serán sometidos a revisión.
- La bibliografía se presentará al final del texto, en formato APA 7.

ENVIO DE MANUSCRITOS:

Gerontología Latinoamericana. Revista de la Licenciatura en Gerontología. Facultad de Medicina Humana-CII, Universidad Autónoma de Chiapas: C. Central-Sur S/N, San Francisco, 29090 Tuxtla Gutiérrez, Chis México, Tel.: (52 55) 961 612 2292

Correo electrónico:

gerontologialatinoamerica@unach.mx



GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA