

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Revista de la

Licenciatura en Gerontología

Agosto-Diciembre

2024

Número 4

GL

GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA

ISSN:

2992-6933

GERONTOLOGÍA LATINOAMERICANA



AUTÓNOMA



UNACH



UNACH



AUTÓNOMA DE CHIAPAS

En esta edición:

Polifarmacia en personas adultas mayores

Espiritualidad en la vejez

Y más...

ÍNDICE

Presentación 4

Carlos Miranda Videgaray

Envejecimiento poblacional en América Latina

Una visión contrastada desde la revisión documental..... 5

Sandra Beatriz Quintero Romero

Polifarmacia en personas adultas mayores en una localidad del estado de Chiapas 15

Dayanna Belén Gutiérrez Chávez

Miguel Ángel Rodríguez Feliciano

María José Gutiérrez Gutiérrez

Néstor Rodolfo García Chong

Características de la polifarmacia en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio 27

Juan Carlos Torres Santiago

Luis Manuel de Jesús Pérez Martínez

Jennifer Jacinto Joo

Aide Ibarez Castro

Elsy del Carmen Quevedo Tejero

Intervención gerontológica durante los procesos de duelo 38

Brandon Dane Hinojosa Delgadillo

Espiritualidad en la vejez y su aporte en la vida cotidiana de adultos mayores en la asociación religiosa “El Puente” 45

Vasty Sarahí Vázquez García



FOTO: Gilberto Solís (2024) Festividad Santa Cruz en Suchiapa, Chiapas



DIRECTORIO

Editor en jefe

Dr. Carlos Miranda Videgaray
Responsable de Revista Gerontología Latinoamericana

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-CII

Secretaria Académica

Dra. Gladis Karina Hernández López

Coordinadora de Enseñanza

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Víctor Manuel Alegría Pérez

Dra. Jessica Paola Chávez Morales

Mtra. Denisse Díaz Pedroza

Dra. Geraldine Hernández Albores

Dra. Liliana Bellato Gil

APOYO EDITORIAL

Cecilia G. Avendaño López

Joaly Betzabé Pérez Pozo

María José Rodríguez González

Karla Romina Pérez Entzin

PRESENTACIÓN

Hoy en día las sociedades estamos viendo cómo confluyen y se desarrollan de manera compleja, el envejecimiento poblacional, la emergencia de nuevas vejezes y la precarización de la vejez.

En estos escenarios, las revistas académicas, juegan un rol muy importante, como canales para la divulgación del conocimiento, pero también en su calidad de plataformas para la reflexión crítica, informada e inclusivas, las investigaciones que se llevan a cabo en estas temáticas, desde la salud y el bienestar hasta las condiciones laborales y de vida, resultan esenciales para comprender las dinámicas de la población envejecida.

En la región, a medida que aumenta la población envejecida, se evidencian las crecientes desigualdades y vulnerabilidades que enfrenta la mayoría de las personas adultas mayores, como resultado de la falta de acceso a recursos, servicios y derechos fundamentales. Al mismo tiempo, la emergencia de nuevas vejezes da cuenta de la heterogeneidad de las experiencias de envejecimiento, lo que demanda una mirada más profunda sobre los factores sociales, económicos, políticos y culturales que configuran sus trayectorias vitales.

En ***Gerontología Latinoamericana*** buscamos, a partir de la publicación de investigaciones multidisciplinarias, visibilizar problemas invisibilizados, generar diálogos entre académicos(as), activistas, profesionales y responsables de políticas públicas, y propiciar el intercambio de ideas y propuestas innovadoras que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores, como una manera de democratizar el conocimiento, al poner a disposición de un público amplio los resultados de investigaciones que pueden incidir en la toma de decisiones que impacten en esta población.

En un contexto marcado por la desigualdad y la marginalización de la vejez, publicaciones como ***Gerontología Latinoamericana*** son esenciales para fortalecer la voz de las personas mayores, promover la visibilidad de sus derechos y fomentar un enfoque de envejecimiento activo, saludable y digno para todas las personas, independientemente de su contexto social y económico.

CARLOS MIRANDA VIDEGARAY
EDITOR





ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN
AMÉRICA LATINA
UNA VISIÓN CONTRASTADA
DESDE LA REVISIÓN DOCUMENTAL

Envejecimiento poblacional en américa latina

Una visión contrastada desde la revisión documental

Sandra Beatriz Quintero Romero

Docente Titular. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNEFM. Director Editor Revista GeroCiencia. Presidenta de la Red Panamericana de Universidades con Programas de Gerontología Red Panamgero. Asesora Nacional de Políticas en materia gerontológica.

RESUMEN

El presente ensayo, constituye un análisis crítico reflexivo del libro "La salud de los adultos mayores una visión compartida" especialmente el capítulo titulado: "Demografía, el adulto mayor en la estructura poblacional". Este análisis se hizo en contraste con el capítulo I del Informe Población, envejecimiento y desarrollo de la Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe CEPAL (2004) en el capítulo I denominado Demografía del envejecimiento. El propósito del ensayo, es mostrar argumentos acerca del envejecimiento poblacional que vivencia Venezuela en contraste con los países de América Latina como referencia para la construcción de una gerencia contextualizada en el ámbito de la gerontología.

Palabras clave: adulto mayor, envejecimiento poblacional, demografía.

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo es producto del análisis crítico reflexivo, para mostrar el escenario dinámico del envejecimiento poblacional venezolano y latinoamericano como una oportunidad para entender el bono demográfico al cual se deben ceñir las políticas, planes y programas para la población envejecida (adulto mayor) de modo que confluyan en este, los distintos ámbitos tales como salud, educación, social, económico entre otros, con un enfoque gerencial altamente desarrollado para profesionales de la gerontología frente a un futuro que exige la incorporación de todos los sectores del país.

Dicho lo anterior, este análisis crítico reflexivo se desarrollo del libro "La salud de los adultos mayores una visión compartida" de modo especial, el capítulo titulado: "Demografía, el adulto mayor en la estructura poblacional" esta en contraste con el capítulo I del Informe Población, envejecimiento y desarrollo de la Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe CEPAL (2004) en el capítulo I denominado Demografía del envejecimiento. Sirven de referencia para la profundización del tema en cuestión por parte de los gerontólogos.

DESARROLLO

Visión contrastada del envejecimiento poblacional en América Latina para Venezuela.

Hablar de envejecimiento poblacional en América Latina es referirnos al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, de manera especial, cuando la Organización de las Naciones Unidas ONU (2003), resalta un aspecto interesante presentado por este organismo en el año 1999, cuando insta al entendimiento demográfico señalando que, toda sociedad y país envejece gradualmente aumentando así el número de personas de más de 60 años; que, aunque no es igual en todas las sociedades, se circunscribe a una transformación demográfica traducida en términos de envejecimiento poblacional.

Para la ONU este fenómeno tiene dos fases, la primera expresada en el incremento relativo del número de personas de 60 años reflejado en la disminución de la tasa de mortalidad y natalidad con relación a la población total en respuesta al aumento de la expectativa de vida; y la segunda, mostrado en la disminución de la tasa de mortalidad y natalidad (ONU. 2003.p.26).

Cuando hablamos de envejecimiento poblacional hablamos de demografía, por eso, Quintero, (2011,p.23) refiere que esta “es la ciencia que estudia las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerado desde un punto de vista cuantitativo”, parafraseando a Quintero, hay dos tipos de demografía, una llamada estática que describe la situación en un lugar y tiempo establecido y otra llamada dinámica que describe la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los cuales se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de poblaciones.

Siguiendo la referencia de Quintero, es necesario señalar que existen diferentes corrientes de pensamiento en el tema de la demografía, y son las llamadas teorías demográficas natalistas y las antinatalistas; la primera, argumenta a favor del crecimiento poblacional promoviendo medidas que incrementan la natalidad, mientras que la segunda, presenta argumentos en contra del crecimiento poblacional favoreciendo las medidas que disminuyan el número de nacimientos, es propicio aquí decir que tales posiciones, sirven de base para establecer políticas demográficas.



Continúa la autora refiriendo que Thomas Robert Malthus, un antinatalista, fue considerado el padre de la demografía, sobre todo cuando argumentaba que “el crecimiento constante de la población humana superaría a la producción de alimentos y, por tanto, era necesario frenar el crecimiento de la población” (Quintero, 2011,p.24) en esta postura hubo contradicciones de hecho los seguidores natalistas confrontaban las ideas de Malthus señalando algunos que la propia naturaleza controlaba el crecimiento poblacional y no se podía frenar.

De modo general, el comportamiento de las naciones tiende naturalmente al crecimiento, lo que varía el ritmo de crecimiento acelerado en unas y lento en otras. Por ejemplo, en América latina se producirán cambios demográficos más profundos en unos países que en otros, con tasas más elevadas de fecundidad y mortalidad por lo que de variar estos indicadores su estructura poblacional se verá afectada notoriamente.

Ha sido un hecho evidente que el ritmo acelerado de América latina se prolongó hasta principio de 1960, luego “empezó a decrecer por la reducción de la fecundidad, pero la población siguió aumentando a pesar de sostenerse una alta tasa de mortalidad debido a una elevada proporción de mujeres en edad reproductiva” (Quintero 2011.p.24).

Por ello se estima un incremento en la tasa de mortalidad general, en la medida que aumente la proporción de personas en edad avanzada, no será sino hasta las postrimerías del año 2040 cuando la población se estabilice.

En concreto, parafraseando a Chackiel y Martínez (1993), América Latina se encuentra transitando la fase de disminución de fecundidad en forma rápida después de experimentar cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo aunque todavía en amplio margen de reducción con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso.

Frente a los planteamientos de Quintero, cito el informe de la CEPAL (2004, p.3) sobre población, envejecimiento y desarrollo, cuando señala que “uno de los efectos más significativos de las transformaciones sin precedentes que ha producido la dinámica demográfica de la región es el envejecimiento de la población”. Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento tiene dos facetas el primero es un aumento del peso relativo de las persona mayores de 60 años en la población total, y el segundo, aumento de la longevidad es decir de personas de 80 años y más, incluso con la aparición de cierto número de centenarios.



Sobre lo descrito, es Ander-Egg (2010.p.12) quien hace una importante reflexión al decir que, “en el siglo XX, empezó a tenerse en cuenta un crecimiento de la población de adultos mayores sin precedentes en la historia, hablándose de la explosión demográfica”; refiere además que “estamos ante un hecho incuestionable: el envejecimiento de la población y el envejecimiento de la sociedad”. Por esta razón en los planteamientos ya expuestos por ONU, Quintero y ahora AnderEgg, se muestra una evidente necesidad de tratar el tema de envejecimiento de la población y en el caso específico de Venezuela constituye un reto de gran importancia y sin precedente en las políticas de salud, educación, los servicios sociales y, por supuesto, en los sistemas de la seguridad social.



Abordando ya el tema de envejecimiento poblacional en Venezuela, Quintero (2011,p.34) señala que “el índice de envejecimiento medido por el número de personas mayores de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años, es de 20% y se estima alcance 54,6% para el 2025 y 105,5% para el 2050”, realmente el ritmo de envejecimiento de la población de Venezuela ha descendido a expensas de la población menor de 15 años, mientras que aumenta en términos porcentuales la población de 65 y mas años, y al mismo tiempo, aumenta la esperanza de vida al nacer, trayendo como consecuencia un mayor número de familias multigeneracionales.

En términos absolutos en América Latina, la CEPAL (2004, p.3) señala que, “entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumaran a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas” entonces la velocidad de cambio de esta población será entre 3 y 5 veces mayor. “Entre el 2000 y 2050, uno de cada 4 latinoamericanos será una persona adulta mayor, en la actualidad por cada 100 menores hay 25 adultos mayores” (p.4), por eso, en contraste con lo planteado por Quintero se cree que, para finales de la primera mitad del siglo habrá un 28% más de personas mayores que menores.

Cabe señalar que la región muestra una marcada heterogeneidad, por eso el CELADE (2004,p.4) se clasifico[1] a los países según la etapa en que se encuentra su proceso de envejecimiento poblacional, definiéndose cuatro categorías descritas de la siguiente manera: 1) envejecimiento incipiente, 2) envejecimiento moderado, 3) moderado avanzado y 4) envejecimiento avanzado. Los países con envejecimiento incipiente son Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, con porcentajes que oscilan entre 5% y 7% de personas de 60 años y más en año 2000.El segundo grupo de países con envejecimiento moderado se observa porcentaje de 6 a 8% de personas de 60 años y más que hacia el 2050 superan el 20% estos países son Belice, Colombia[1], Costa Rica, Panamá, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Los países que conforman el grupo de envejecimiento moderado avanzado lo constituyen las personas mayores entre 8% y 10% hasta cifras de 25 a 30%, estos países son Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tobago. Por último el grupo de países con envejecimiento avanzado están Argentina y Uruguay, pioneros en envejecimiento en América Latina más Cuba y otros países del Caribe.

Como se ha referido, un efecto de la etapa de transición demográfica[1] en que se encuentra América Latina es el envejecimiento de la población, que da origen a que las tasas de crecimiento de la población económicamente activa (PEA)[2] sean superiores a la tasa de crecimiento de la población total y de la población en edad de trabajar (CELADE, 2016,p.12), en otras palabras también se puede observar que ya en 2020 se invertiría este panorama y la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar sería superior a la PEA, mientras que la tasa de crecimiento de la población total sería más elevada a partir de 2030.

Con referencia a lo anterior, el informe de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015) señala que, gracias a los avances tecnológicos en medicina, nutrición e infraestructura de saneamiento, la población de la mayoría de los países es más longeva. Como consecuencia de la mayor longevidad y del descenso de la fecundidad, las personas de edad avanzada componen ahora una creciente proporción de la población nacional.

En contraposición a lo anterior, se puede parafrasear a Quintero (2011,p28) cuando refiere que la tendencia general de la composición de la población es al envejecimiento, en la medida que las tasas de natalidad y mortalidad general disminuyen, trayendo como consecuencia no solo la dependencia económica y efectos sociales de una población envejecida, sino también los cambios en el perfil epidemiológico con el aumento de enfermedades crónico-degenerativas.

Por otro lado, señala CELADE que la disminución progresiva de la natalidad, también se debe a la migración del campo a la ciudad, esto trae como consecuencia la incorporación del hombre al trabajo citadino y de la mujer y los jóvenes al sistema educativo. La llamada liberación femenina es que la mujer ha comenzado a desplazar al hombre en muchas profesiones universitarias que antes estaban casi vetadas.

De manera generalizada, el proceso de envejecimiento de la población representa un importante desafío para muchas profesiones como la medicina, la psicología, la educación, la gerontología entre otras, por cuanto deben tratar en lo posible de hacer que las personas mayores puedan disfrutar de una vejez activa y sana, manteniendo su vigor psicofísico, esto se puede lograr mediante el abordaje gerencial por parte de estos profesionales especialmente los gerontólogos como informantes de este estudio sobre todo aquellos que ocupan responsabilidades o cargos de gerencia en organizaciones públicas y/o privadas del país.

Para finalizar Quintero (2011,p.35) hace un llamado a la reflexión, que conduzca a un cambio de actitud y a un pensamiento de futuro, que hoy es un presente para muchos y que mañana será un presente para todos.

Si se toma en cuenta que el planeta alcanza mil millones de habitantes en 18 siglos y que ahora lo alcance en un poco más de un decenio, que para el 2025 la población del mundo estará en aproximadamente en 8 mil doscientos millones de habitantes y que la población mayor de 65 años alcanzara el 15% en los próximos 40 años y que para el año 2050 habrá mucho más ancianos que nunca con una cifra que superara los mil cuatrocientos millones.

El gerontólogo como profesional con conocimiento para la atención del envejecimiento poblacional.

Quintero (2018.p.5) señala que el profesional especializado de la gerontología es el gerontólogo en Venezuela se inició esta formación en 1983 siendo registrada el 04 de julio de 1984 con el Técnico Superior Universitario en Gerontología y luego en el año 2006 se aprueba la Licenciatura en Gerontología siendo la única universidad que forma estos profesionales en el país egresando la primera cohorte en diciembre de 2008. Esta carrera se desarrolla en la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM) fundada en 1977.



En cuanto al perfil, el licenciado en Gerontología se forma con cuatro competencias fundamentales: Investigador (planifica, incentiva y desarrolla investigaciones en el área gerontológica), Educador gerontológico (planifica, dirige, ejecuta y evalúa programas de educación gerontológica y gerontología educativa); Coordinador de Servicios Gerontológicos (promueve el desarrollo de la atención integral del anciano con criterio de equidad) y Gerente social planificador (planifica, organiza, dirige, controla y evalúa la gestión gerencial gerontológica).

Continua Quintero (2018,p.7) diciendo que, el gerontólogo como gerente debe favorecer la construcción de procesos gerenciales coherentes a las necesidades de las personas mayores donde no solo sirva de insumo para su comprensión, sino para la creación de nuevas posturas paradigmáticas y reflexivas en un contexto humano social que no afecte la dinámica personal ni institucional.

Queda claro que, este profesional está preparado para abordar el tema de envejecimiento poblacional así como, desarrollar programas y proyectos encaminados para fortalecer la calidad de vida de los adultos mayores. De igual modo, el gerontólogo, es parte del mismo proceso de envejecer por tanto, vivenciarlo posibilita mejor su comprensión.

Reflexiones sobre la revisión crítica desde la postura de la investigadora

Una vez desarrolla la revisión documental y contrastados lo documentos citados, se presenta una matriz de lógica reflexiva producto de lo referido en el análisis, mediante el reconocimiento de varias aseveraciones que se consideraron como enunciados en la matriz, a fin de mostrar una lógica argumentada con la reflexión de la investigadora frente al enunciado y luego la validez llevada a la reflexión de contexto de lo enunciado, tal y como se muestra en la matriz siguiente:



Matriz de análisis argumentado.

Enunciado	Argumento	Validez
Demografía: ciencia que estudia las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerado desde un punto de vista cuantitativo (Quintero, 2011.p.23)	Existen dos tipos de demografía, una llamada estática que describe la situación en un lugar y tiempo establecido y otra llamada dinámica que describe la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los cuales se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de poblaciones.	Término científico para referirse a la organización, dimensión e indicadores de un país.
El crecimiento constante de la población humana superaría a la producción de alimentos y, por tanto, era necesario frenar el crecimiento de la población(Quintero, 2011.p.24)	Alude a los aspectos cuantitativos pero deja ver la inquietud cualitativa para comprender el envejecimiento poblacional como consecuencia humana.	Envejecimiento poblacional consecuencia del envejecimiento humano, un reto para el gerente del futuro.
Uno de los efectos más significativos de las transformaciones sin precedentes que ha producido la dinámica demográfica de la región es el envejecimiento de la población CEPAL (2004, p.3)	El envejecimiento tiene dos facetas el primero es un aumento del peso relativo de las <u>personas mayores</u> de 60 años en la población total, y el segundo, aumento de la longevidad es decir de personas de 80 años y más, incluso con la aparición de cierto número de centenarios.	Clarifica la referencia de transformación de la población en términos sociodemográficos.
En el siglo XX, empezó a tenerse en cuenta un crecimiento de la población de adultos mayores sin precedentes en la historia, habiéndose de la explosión demográfica Ander-Egg (2010.p.12)	Muestra una evidente necesidad de tratar el tema de envejecimiento de la población y en el caso específico de Venezuela constituye un reto de gran importancia y sin precedente en las políticas de salud, educación, los servicios sociales y, por supuesto, en los sistemas de la seguridad social	El envejecimiento poblacional es referente de lectura obligatoria para los gobiernos y profesionales que tienen que ver con el adulto mayor, a fin de idear políticas públicas que responda a las necesidades de estos.
La etapa de transición demográfica en que se encuentra América Latina es el envejecimiento de la población, que da origen a que las tasas de crecimiento de la población económicamente activa (PEA)(CELADE, 2016.p.12)	Para el 2020 se invertiría este panorama y la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar sería superior a la PEA.	Es necesario idear mecanismos gerenciales, legales y laborales para paliar las posibles consecuencias de las bajas tasas de población económicamente activa.
Quintero (2011.p.35) hace un llamado a la reflexión, que conduzca a un cambio de actitud y a un pensamiento de futuro.	El proceso de envejecimiento de la población representa un importante desafío para muchas profesiones como la medicina, la psicología, la educación, la gerontología entre otras.	Necesidad de formación gerontológica a los funcionarios públicos a nivel personal como profesional a tono con las demandas de atención de la población adulta mayor en un país que envejece.

Fuente: Quintero (2024)

CONCLUSIÓN

El análisis crítico presentado, es un marco de referencia no solo para entender el envejecimiento poblacional que vivencian los países de América Latina, sino también para propiciar la toma de conciencia de la relevancia que tiene este fenómeno en las políticas de atención al adulto mayor. De igual manera, es requisito para el profesional de gerontología y estudiantes en formación, ahondar en estos temas como base para la generación de un nuevo conocimiento y planear formas de intervenir a este grupo etáreo.

REFERENCIAS CONSULTADAS

AnderEgg, Ezequiel (2010) Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años. Ediciones GEMA. Barquisimeto-Venezuela.

CELADE (2004) Informe Población, envejecimiento y desarrollo. Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe. Trigésimo periodo de sesiones CEPAL. San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 02 de julio de 2014.

CEPAL (2016) Proyecciones de población. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL Casilla 179-D, Santiago de Chile

Chackiel, J y Martínez, J (1993) Transición demográfica en América Latina desde 1950. En IV Conferencia latinoamericana de Población: la transición demográfica en América Latina y el Caribe, D.F.

Informe de Desarrollo Humano (2015). Trabajo al servicio del desarrollo humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. 2015)

ONU (2003) Reflexiones del informe del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Quintero, María (2011) La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. Organización Mundial de la Salud. Whashington D.C. OPS.

Quintero, Sandra (2018) La gerencia y el gerontólogo en la Venezuela que envejece. Revista Identidad Bolivariana. ISSN: 2550-6749 Ene - Jun 2018 Vol 2 No.1





POLIFARMACIA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES EN UNA LOCALIDAD DEL ESTADO DE CHIAPAS.

Polifarmacia en personas adultas mayores en una localidad del Estado Chiapas, México.

Dayanna Belén Gutiérrez Chávez I
Miguel Ángel Rodríguez Feliciano
María José Gutiérrez Gutiérrez
Néstor Rodolfo García Chong

Facultad de Medicina Humana, C- II.
Universidad Autónoma de Chiapas, México
Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP), Centro Regional de
Alta Especialidad (CRAE), Chiapas, México

RESUMEN

Introducción: El adulto mayor a quien se prescriben más de 4 o 5 fármacos presenta polifarmacia, lo cual lo pone en riesgo de ser hospitalizado y en algunos casos fallecer. **Objetivo:** Analizar la polifarmacia en el adulto mayor en una localidad del Estado de Chiapas, México.

Metodología: Estudio de corte mixto, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional. Se aplicaron 20 encuestas a adultos mayores entre 60 a 90 años de edad, el análisis estadístico fue descriptivo e inferencial con el fin de analizar pautas sobre el comportamiento sobre la variable de estudio. **Resultados:** el 65% de los adultos mayores del estudio presentó polifarmacia, existe una tendencia para el sexo femenino.

El 65% de los adultos mayores refirieron que los problemas visuales provocan en ocasiones se confundan de medicamento o puedan tener una sobredosis. El 65% de los adultos mayores no son atendidos por un solo médico las veces que acuden a valoración, lo que aumenta el riesgo de padecer polifarmacia.

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia en la población estudiada es alta, siendo principalmente mujeres quienes la presentan. Las principales condiciones que limitan el cumplimiento del tratamiento farmacológico, fueron problemas visuales, seguido de los motrices, auditivos y la pérdida de la memoria. Respecto al principal motivo de consulta, son las infecciones y enfermedades estomacales, seguido de las complicaciones de las comorbilidades crónico-degenerativas, en las que la mayoría fue atendido por más de un médico, con la consecuencia de nuevas prescripciones farmacológicas.

Palabras Clave: Adulto mayor, polifarmacia, alteraciones de salud, policonsulta, morbilidades, patologías.



SUMMARY

Introduction: The elderly who are prescribed more than 4 or 5 drugs have polypharmacy, which puts them at risk of being hospitalized and in some cases dying. **Objective:** To analyze polypharmacy in older adults in a town in the State of Chiapas, Mexico. **Methodology:** Mixed, observational, cross-sectional, prospective, descriptive and correlational study.

20 surveys were applied to older adults between 60 and 90 years of age. The statistical analysis was descriptive and inferential in order to analyze patterns of behavior regarding the study variable. **Results:** 65% of the older adults in the study presented polypharmacy, there is a trend for the female sex. 65% of older adults reported that visual problems sometimes cause them to confuse their medication or cause an overdose. 65% of older adults are not seen by a single doctor when they go for an evaluation, which increases the risk of suffering from polypharmacy. **Conclusions:** The prevalence of polypharmacy in the studied population is high, with mainly women presenting it. The main conditions that limit compliance with pharmacological treatment were visual problems, followed by motor, hearing and memory loss.

Regarding the main reason for consultation, they are infections and stomach diseases, followed by complications of chronic-degenerative comorbidities, in which the majority were treated by more than one doctor, with the consequence of new pharmacological prescriptions.

Keywords: Older adults, polypharmacy, health disorders, polyconsultation, morbidities, pathologies.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo da a conocer uno de los principales problemas que padecen los adultos mayores (AM) y que representa un importante reto para la gerontología, siendo éste la polifarmacia. Se considera que al uso de múltiples medicamentos, se le denomina polifarmacia, esto ha sido documentado en varios países y generalmente se asocia con la seguridad del paciente, en especial los AM (Poblano, 2020).

El hecho de administrarse diversos medicamentos aumenta los riesgos de presentar alguna reacción adversa a estos, e incluso puede que se disminuyan los efectos deseados del fármaco principal, ocasionando alteraciones en el organismo de las personas a quienes se les suministra, afectando el tratamiento al que están siendo sometidos.

Los factores de riesgo para la salud de los AM de presentar polifarmacia no solo pueden llevar a disminuir su expectativa de vida, sino además, ser un elemento que desencadene otros padecimientos y/o comorbilidades en éste (Sánchez, 2022).

La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna, constituyendo la “polifarmacia” o “polifarmacoterapia” uno de los llamados “problemas capitales de la geriatría”, pues es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el AM (Serra, 2013).

Además de la edad avanzada, existen múltiples factores que pueden precipitar la presencia de la polifarmacia en el AM, entre ellos se destacan: la disminución de las actividades sociales, que pueden ser debidas a una condición médica o de otra índole, en la que las personas suelen abandonar las actividades que los mantenían activos; otro aspecto son los problemas psicoemocionales, que traen como consecuencia la presencia de otras patologías que pueden requerir de tratamientos farmacológicos (Sánchez, 2022).

Otro aspecto a considerar respecto a la polifarmacia en el AM, es la competencia o lo que genera una competencia imperfecta en el mercado de medicamentos, entre ellos, la elevada capacidad que tiene la oferta para crear o inducir su propia demanda, apoyada en los médicos que prescriben los fármacos, aun cuando no necesariamente toman en consideración la economía del paciente, sus preferencias, e incluso sus necesidades.

Sin embargo, todas estas manifestaciones realmente tienen una misma causa: las asimetrías en la información, que permiten establecer una diferenciación artificial de los productos, de manera que aunque haya muchos fabricantes, existe la tendencia a mantener monopolios y a transformar a los consumidores en clientes cautivos, haciendo que el mercado de productos farmacéuticos, en muchas ocasiones prescriba medicamentos no necesarios para la recuperación de la salud del AM (Tobar, 2008).

De manera que, los pacientes geriátricos han sido blanco de la polifarmacia y de la prescripción inapropiada de medicamentos, y como consecuencia de ello, se presenta una mala adherencia a los esquemas terapéuticos, teniendo como consecuencia el deterioro en la calidad de vida y con ello una mayor morbimortalidad (Castro, 2015).

Con base en lo anteriormente descrito, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el comportamiento de la polifarmacia en el adulto mayor en una localidad del Estado de Chiapas, México?. De manera que, el objetivo del presente trabajo fue analizar el comportamiento de la polifarmacia en el adulto mayor en una localidad del Estado de Chiapas, México.

METODOLOGÍA

Para analizar la prevalencia de la polifarmacia y sus principales consecuencias en adultos mayores residentes de la colonia 6 de junio, 1ª sección Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se utilizó un estudio de corte mixto, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional. Se utilizó la recolección de datos a través de encuestas, y el análisis estadístico fue descriptivo e inferencial con el fin establecer pautas en el comportamiento sobre las variables de estudio (Sampieri et al., 2014).

En cuanto a las técnicas e instrumentos de recolección de datos, se construyó y aplicó una encuesta a quienes autorizaron y aceptaron participar, con 29 preguntas abiertas y cerradas, distribuidas en dos categorías: Factores causales y prescripción farmacológica.

El universo de estudio abarcó al total de la población de adultos mayores que residían en la colonia 6 de junio en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La muestra representativa comprendió un total de 20 personas adultas en el rango de 60 a 90 años, de los cuales 14 fueron mujeres y 6 hombres, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación fueron: (a) Criterios de Inclusión, adulto mayor de 60 años y menor a 90 que acepta participar en el proyecto, (b) Criterios de exclusión, adulto menor de 60 años y mayor de 90 o que no aceptaron participar en el proyecto, (c) Criterios de eliminación, cuestionarios incompletos o mal llenados.

Técnica utilizada: Se trabajó mediante la aplicación de encuestas. Previamente se realizó una prueba piloto para corroborar su correcta operabilidad. El proyecto constó de las siguientes etapas: 1. Revisión de la literatura, 2. Sistematización de la información, 3. Elaboración de encuesta y ajuste de preguntas, 4. Aplicación de prueba piloto, 5. Validación del cuestionario, 6. Identificación de viviendas donde los participantes aceptaron contestar la encuesta, misma que se aplicó en la colonia 6 de junio 1ª sección del municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 7. Aplicación de la encuesta, 8. Elaboración de la base de datos en Excel en una hoja de cálculo.

VARIABLES DE ESTUDIO: Polifarmacia.

VARIABLES DE EXPOSICIÓN Y CONTROL:

Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, patologías, policonsultas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se construyó una base de datos en una hoja de cálculo en el software Excel de Microsoft Office®, posteriormente, el tratamiento de las variables se dió mediante la aplicación de estadística descriptiva, y finalmente, se realizó la estadística inferencial por medio de la prueba de asociación Chi cuadrada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se observan las características de la población estudiada, entre ellas es importante mencionar que el 70% (14) fueron mujeres, el grupo quinquenal con mayor número de participantes fue el de 60 a 64 años con un 55% (11), mientras que, el nivel de escolaridad que mayor proporción tuvo fue el de primaria con el 65% (13) y la variable ocupación con mayor frecuencia, fue la de ama de casa con un 65% (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta el uso frecuente de cinco o más medicamentos, como la definición más común de polifarmacia (Pobiano, 2020).

El riesgo de polifarmacia incrementa con la edad, la presencia de comorbilidades y el número de fármacos que se le suministra al AM.

La prescripción adecuada comúnmente incluye consideraciones propias de este grupo etáreo, así como de las patologías tratadas, de las características personales y de las condiciones generales del paciente (Sánchez, 2022).

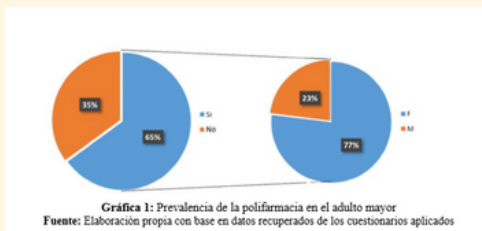
Tabla 1. Población de adultos mayores con polifarmacia

Variable	Descriptor	Frecuencia	%
Sexo	Hombres	6	30
	Mujeres	14	70
Grupo quinquenal	60-64	11	55
	65-69	3	15
	70-74	0	0
	75-79	3	15
	80-84	2	10
	85-89	1	5
Escolaridad	Ninguna	3	15
	Primaria	13	65
	Secundaria	4	20
Estado Civil	Casados	6	30
	Divorciados	2	10
	Solteros	5	25
	Unión libre	3	15
	Viudos	4	20
Ocupación	Ama de casa	13	65
	Velador	2	10
	Vigilante	1	5
	Ninguna	4	20
Total		20	

Fuente: Elaboración propia con base en datos recuperados de los cuestionarios aplicados

Los resultados muestran que el 65% (13) de la población estudiada presentó polifarmacia y que de éstos 10 son del sexo femenino, mientras que sólo 3 son del sexo masculino (Gráfica 1). Lo anterior pone de manifiesto que son las mujeres las que principalmente presentan polifarmacia, asimismo, son quienes también se atienden con mayor frecuencia a diferencia de los hombres quienes postergan y/o en muchos casos no buscan atención médica.

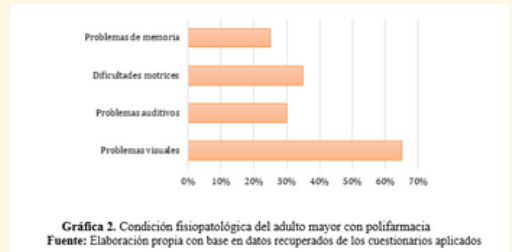
Con referencia a la polifarmacia y su relación con el sexo, Sánchez (2019) refiere que el AM se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, y en personas con bajo nivel de escolaridad, sumada a factores socioeconómicos.



Los resultados muestran que las condiciones fisiopatológicas con las que cursan los adultos mayores, llegan en ocasiones a limitarlos para cumplir debidamente su tratamiento, siendo una de las condiciones que más indicaron padecer el de los problemas visuales, con una tendencia del 65% (13), que ocasiona que no puedan ver correctamente el nombre o las dosis de los medicamentos marcados en la receta provocando que se confundan de medicamento y puedan tener una sobredosis o en su caso mezclar dos o más medicamentos que los puedan intoxicar o cancelar el efecto de un fármaco con otro (Gráfica 2).

Además, otra de las condiciones que más influyen son los problemas de memoria, ya que la encuesta arrojó que el 25% (5) de los sujetos de estudio los presentan; esto afecta de forma importante el tratamiento farmacológico y se convierte en un factor causal de la polifarmacia ya que el AM está en constante riesgo de duplicar las dosis de los medicamentos que consume (Gráfica 2).

Por otra parte, es importante considerar que el AM la polifarmacia provoca aparición de diversos síntomas causantes de más consultas médicas como: pérdidas de memoria, alteraciones de sueño y ánimo, palpitaciones, caídas, depresión, vértigo, mareos, somnolencia y agitación, entre otros (Sánchez, 2019)

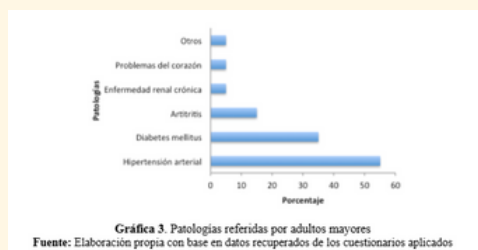


Además de estas condiciones, también se tomaron en cuenta las patologías que presentaron los adultos mayores, considerando que a mayor edad también se derivan problemas en la salud con el pasar de los años y a consecuencia de su estilo de vida.



En la etapa de la vejez, es donde con mayor frecuencia las personas desarrollan más padecimientos que en su mayoría son de tipo crónico, tal como lo menciona Gace(2012) “Los adultos mayores presentan múltiples patologías, usan muchos medicamentos autoadministrados y suplementos o principios activos de origen alternativo a la medicina alopática”, de igual forma Ruangritchankul (2018) refiere que “los pacientes de edad avanzada suelen presentar múltiples comorbilidades relacionadas con la edad avanzada, lo que da lugar a una mayor demanda de medicamentos”.

Esto se relaciona con los resultados obtenidos por la encuesta, donde se consultó a los adultos mayores si padecían alguna enfermedad crónica, en donde el 55% (11) de ellos indicó padecer de hipertensión arterial y en segundo lugar diabetes mellitus con un 35% (7) (Gráfica 3).



Tomando en cuenta que los adultos mayores en su mayoría padecen de patologías crónicas, es muy probable que asistan de forma recurrente a consultas médicas e incluso sean hospitalizados, ya sea por complicación de alguna enfermedad preexistente o por la aparición de una nueva patología.

Esto lo confirma Rodríguez y cols. (2015) al mencionar que “En esta población la polifarmacia es responsable del 10% de consultas a servicios de urgencias, genera un 10-17% de admisiones hospitalarias, de estas admisiones el 38% amenazan la vida”.

Al revisar este factor se encontró que el 40% (8) de los adultos mayores acudieron por lo menos 1 vez a consulta médica durante el último mes, de los cuales al menos el 5% (1) fue hospitalizado, mientras que solamente el 20% (4) acudieron dos veces, el 25% (5) 3 veces, y el resto 4, 5 y hasta 6 veces (Gráfica 4).



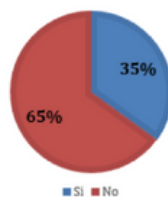
Derivado de lo anterior, se les preguntó sobre los motivos más frecuentes por los que han tenido que acudir a valoración médica, indicando que fueron las enfermedades estomacales infecciosas las principales causas por las que acudieron a consulta. Mencionaron, además, las complicaciones de las enfermedades preexistentes, que son otro motivo frecuente para ir al médico (Gráfica 5). Considerando lo anterior, se debe tomar en cuenta que las personas encuestadas deberían ser atendidas por el mismo médico todas las veces que acudieron a valoración, como lo refiere Fernández (2002), quien considera que los adultos mayores, con enfermedades múltiples, deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar de manera integral la mayoría de sus padecimientos, que en muchas de las ocasiones se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y con alternativas no farmacológicas como el cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la polifarmacia.



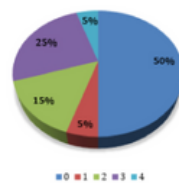
Gráfica 5. Motivos de consulta del adulto mayor
Fuente: Elaboración propia con base en datos recuperados de los cuestionarios aplicados

Además, se encontró que el 65% de los sujetos de estudio no son atendidos por un solo médico las veces que acuden a la consulta médica (Gráfica 6), también se les preguntó si las veces que acudieron a consulta les fue indicado un fármaco nuevo, encontrando que el 50% de ellos les fueron prescritos de 1 a 4 medicamentos nuevos (Gráfica 7).

De manera que la falta de coordinación entre niveles de atención de salud, sumado a la policonsulta con más de un profesional de salud, eleva el promedio de fármacos utilizados por el AM de: 4.18 a 8.14, evidenciando que la asistencia médica disociada y poco programada incrementa el promedio de medicamentos utilizados, además aquellos adultos mayores con más de 5 fármacos, van a presentar mayor riesgo sobre su condición de salud (Sánchez, 2019).



Gráfica 6. Atención médica por el mismo médico en el adulto mayor
Fuente: Elaboración propia con base en datos recuperados de los cuestionarios aplicados



Gráfica 7. Prescripción de un nuevo fármaco referida por el adulto mayor
Fuente: Elaboración propia con base en datos recuperados de los cuestionarios aplicados

Por lo que el hecho de que las personas mayores no sean atendidas por un solo médico aumenta el riesgo de padecer polifarmacia debido a que al no tener el historial clínico del paciente y no saber exactamente sobre el o los medicamentos que está consumiendo, puede ocasionar que se le sea recetado un fármaco con el mismo efecto o inclusive que se le prescriba alguno que no le sea necesario.

En este sentido, Sánchez (2019) refiere que un gran porcentaje de los adultos mayores presentan efecto cascada en el consumo de fármacos, por cantidad de medicamentos consumidos y el número de médicos consultados, produciendo interacciones farmacológicas, que afectan la funcionalidad y la calidad de vida del AM.

Además, hay que tomar en cuenta que el médico debe tener conocimiento previo sobre la condición clínica del AM.

Es importante que el médico conozca el estado mental del AM que acude a valoración médica antes de suministrar algún fármaco, como refiere Gace (2012), quien menciona que es necesario saber si el AM cursa con depresión (en especial si presenta ideas suicidas) ya que la adherencia al tratamiento o el mal uso intencionado de un medicamento es un elemento a considerar en estos casos, lo mismo es válido para adultos mayores con patologías psiquiátricas como la paranoia donde el paciente a veces cree que desean envenenarlo o sedarlo, rehusándose a que le sean suministrados los fármacos independientemente de la vía de administración.

CONCLUSIONES

La prevalencia de polifarmacia en la población de adultos mayores estudiada es alta, siendo principalmente mujeres quienes la presentan.



Las principales condiciones fisiopatológicas del AM con polifarmacia, que limitan el cumplimiento de su tratamiento farmacológico, fueron los problemas visuales, seguido de los motrices, auditivos y la pérdida de la memoria.

En la población de adultos mayores estudiada las condiciones fisiopatológicas (crónico-degenerativas) que presentaron fueron en primer lugar la hipertensión arterial, seguido de la diabetes, artritis reumatoide y la osteoporosis.

Los adultos mayores del estudio, acuden cuando menos una vez al mes a consultas médicas. El principal motivo de consulta, son las infecciones y enfermedades estomacales, seguido de las complicaciones de las comorbilidades crónico-degenerativas. La mayoría fueron atendidos por más de un médico, con la consecuencia de nuevas prescripciones farmacológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álamo Gonzales C. (2016). Farmacología y envejecimiento. Los medicamentos en las personas mayores. (3^a ed.). International Marketing & Communication, S. A. (pp. 27-43)

Ardila R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana De Psicología, 35(2) pp. 161-164.

Castro R. y Cols., (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. Artículo de revisión, Rev. Méd. Risaralda 2016; 22 (1): 52-57 <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a11.pdf>

Carrillo R., Zavaleta M., Álvarez H., Carrillo D.M. y Carrillo C.A. (2013). La importancia de los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos en la prescripción de antibióticos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 56(3) pp.5-11.

Chiquito M. M., Quijije J. G., Quiroz N. J y Sánchez C. L. (2021). Polifarmacia: una mirada en la medicación del adulto mayor. Dom. Cien. 7(5). Pp. 285-295

Fernández Guerra, N., Díaz Armesto, D., Pérez Hernández, B., & Rojas Pérez, A. (2002). Polifarmacia en el anciano. Acta med 10 (1-2).

Fuentes P. y Webar J. (2013). Prescripción de fármacos en el adulto. Medwave, 13(4). Recuperado de: <http://viejo.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5662?ver=sindisenio>

Gace H. (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Rev. Med. Clin. Condes 23(1) pp.31-35. Pontificia Universidad Católica

García T. (s.f). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Etapas del Proceso Investigador: INSTRUMENTACIÓN. pp. 1-28

Guachún Guachún M., Guevara Idrovo M. y Iñiguez Gutiérrez G. (2008). Polifarmacia por automedicación y prescripción Médica en personas de la tercera edad de la Ciudad de Cuenca – Ecuador. [Tesis de licenciatura. Universidad De Cuenca, Facultad De Ciencias Médicas, Ecuador].

Müggenburg Rodríguez V., M. C., & Pérez Cabrera, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Universitaria*, 4(1), pp.35-38.

Poblano Verástegui, O., Bautista Morales A., Acosta Ruíz O., Gómez Cortez P. M. y Saturno Hernández P. (2020). Polifarmacia en México: un reto para la calidad en la prescripción. *Salud pública de México*, 62 (6) pp. 859-867

Pórtela Ortiz J. y Rivera Orna M. A. (2008). Polifarmacia en el anciano. Particularidades del manejo anestésico en el geronte, 66 (6) pp. 524-528.

Ruangritchankul, S. (2018). Polypharmacy in the Elderly. *Ramathibodi Medical Journal*, 41(1), 95-104. <https://doi.org/10.14456/rmj.2018.9>

Rodríguez J. A., Hernández J. P. y Medina D S. (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev. Méd. Risaralda* 21 (2). Pp. 52-57. Medellín, Colombia.

Salech F., Palma D. Y Garrido P. (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Rev. Med. Clin. Condes*, 27(5). Pp. 660-670

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Recolección de datos cuantitativos. *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 196-267). México: McGraw-Hill.


Sánchez J. R., Escare C. A., Olivares, V. E. C., Robles, C. R., Vergara, M. I., & Jara C. T. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Revista De Salud Pública*, 21(2). Pp 271–277. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76678>

Sánchez-Pérez H, Ramírez-Rosillo FJ, Carrillo-Esper R. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio. *Rev Mex Anestesiología*. 2022; 45 (1): 40-47. <https://dx.doi.org/10.35366/102902>

Serra y Cols., (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2013;12(1)142-151 <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n1/rhcm16113.pdf>

Tobar F. Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 23(1):59–67. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v23n1/59-67>





CARACTERÍSTICAS DE LA
POLIFARMACIA EN ADULTOS
MAYORES EMPACADORES
VOLUNTARIOS DE TIENDAS DE
AUTOSERVICIO EN
VILLAHERMOSA. TABASCO.

Características de la polifarmacia en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio en Villahermosa, Tabasco

Juan Carlos Torres Santiago

Luis Manuel de Jesús Pérez Martínez

Jennifer Jacinto Joo

Aide Ibarz Castro

Elsy del Carmen Quevedo Tejero

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

RESUMEN

Objetivo General: Determinar las características de la polifarmacia en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio, Villahermosa, Tabasco, del 1 de junio de 2023 al 1 junio de 2024. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y correlacional. Se registraron 611 adultos mayores empacadores voluntarios con el INAPAM en Villahermosa, Tabasco. Se seleccionó una muestra discrecional no probabilística de 156 individuos. Los datos se recopilaron a través de un taller para organizar los expedientes médicos de los participantes y posteriormente se analizaron utilizando el software SPSS. **Resultados:** El estudio incluyó a 153 participantes con una edad media de 72.3 ± 6.5 años, distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres. Las condiciones de salud más comunes fueron hipertensión (22.0%), pérdida auditiva (12.4%) y miopía (12.2%). En promedio, a cada participante se le prescribieron 3.8 ± 1.8 medicamentos, siendo los más frecuentemente recetados diclofenacos, aspirina y losartán.

La polifarmacia fue igualmente prevalente en ambos sexos y fue más frecuente cuando varios médicos estaban involucrados en la prescripción de medicamentos. **Conclusión:** El perfil demográfico y las condiciones de salud de los adultos mayores empacadores voluntarios en Villahermosa son consistentes con estudios similares en Iberoamérica. La hipertensión fue la condición más común, y la polifarmacia fue prevalente, particularmente cuando múltiples prescriptores estaban involucrados. Se recomiendan estudios multicéntricos adicionales para explorar el régimen terapéutico completo, los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas en esta población.

PALABRAS CLAVE

Polifarmacia, Prescripción de medicamentos, Adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of polypharmacy in elderly voluntary grocery packers in Villahermosa, Tabasco, from June 1, 2023, to June 1, 2024. **Materials and Methods:** An observational, prospective, cross-sectional, and correlational study was conducted.

A total of 611 elderly voluntary grocery packers registered with INAPAM in Villahermosa, Tabasco, were identified. A discretionary non-probabilistic sample of 156 individuals was selected. Data were collected through a workshop to organize participants' medical records and analyzed using SPSS software. Results: The study included 153 participants with a mean age of 72.3 ± 6.5 years, evenly distributed between men and women. The most common health conditions were hypertension (22.0%), hearing loss (12.4%), and myopia (12.2%). On average, each participant was prescribed 3.8 ± 1.8 medications, with diclofenac, aspirin, and losartan being the most frequently prescribed. Polypharmacy was equally prevalent in both sexes and more frequent when multiple physicians were involved in medication prescriptions. Conclusion: The demographic profile and health conditions of elderly voluntary grocery packers in Villahermosa are consistent with similar studies in Ibero-America. Hypertension was the most common condition, and polypharmacy was prevalent, especially when multiple prescribers were involved. Additional multicenter studies are recommended to explore comprehensive therapeutic regimens, side effects, and drug interactions in this population.

Keywords: Polypharmacy, Medication prescription, Elderly.

INTRODUCCIÓN

En el contexto demográfico-epidemiológico contemporáneo, en el cual el número de adultos mayores y los padecimientos que los caracterizan aumentan progresivamente, el estudio de éstos adquiere cada vez mayor importancia.

Estiman que para el 2030 la población adulta mayor representará el 11.8% de la población del país y según datos del CONAPO (CONAPO 2024), proyectan que en 2070 se triplicará el número de personas mayores de 60 años.

En este complejo contexto sociodemográfico, adquieren importancia los denominados síndromes geriátricos, que pueden ser definidos como un complejo conjunto de padecimientos íntimamente relacionados entre sí, que tienen una alta incidencia entre los adultos mayores, alterando significativamente su capacidad funcional (Romero-Medina et al 2024). No obstante, a la fecha no existe aún consenso en cuanto a la definición de este conjunto de padecimientos (Millán-Mateo et al 2023).



Sin embargo, sí existe consenso en cuanto a cuáles entidades clínicas son consideradas dentro de esta denominación, encontrándose entre ellos las caídas, la constipación, la privación neurosensorial, la fragilidad, la incontinencia urinaria y fecal, la inmovilidad, el síncope, las úlceras por presión, el deterioro cognitivo o demencia, la depresión, los trastornos del sueño, la pluripatología y la polifarmacia (Salinas-Rodríguez et al., 2020), (Nuñez-Montenegro et al., 2019). Según Dalin, D. et al., (2020), dentro de este conjunto de padecimientos, adquiere especial importancia la pluripatología la cual es la presencia de dos o más enfermedades en un adulto mayor.

Por otra parte, Ramírez P. et al., (2019), la polifarmacia que es la prescripción de cuatro o más medicamentos a un adulto mayor es otro de los datos de alta importancia en el adulto mayor. Ambos datos la pluripatología y la polifarmacia, actúan de manera sinérgica formando una serie de alteraciones por efectos indeseados producidos por los fármacos (Mira JJ, et al 2019). Una mayor cantidad enfermedades afectando al individuo llevan a una prescripción de mayor cantidad de medicamentos a éste, y los efectos adversos de éstos, llevan a desarrollar más enfermedades (Elzeblawy Hassan et al., 2021), (Bohórquez-Moreno et al 2021).

Estos datos muestran la fragilidad del adulto mayor ante la polifarmacia y la pluripatología del adulto mayor, por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar las características de la polifarmacia en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, correlacional. De una población de 611 adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio de las Tiendas Hiper Soriana Plaza Deportiva, Chedraui Plaza Olmeca, Chedraui Plaza Cristal y Soriana San Joaquín empadronados ante oficina de INAPAM de Villahermosa, Tabasco, del 1 de junio de 2023 al 1 junio de 2024.

267 adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio de las Tiendas Hiper Soriana Plaza Deportiva y Chedraui Plaza Olmeca.



Se tomó una muestra no probabilística discrecional del 50% de la población de estudio, considerando el desconocimiento de la probabilidad de ocurrencia del fenómeno “polifarmacia en el adulto mayor” en el grupo estudiado y el principio estadístico de que todo fenómeno se reproduce de igual manera en cualquiera de sus partes, se calculó un total de 134 personas, ante el desconocimiento del fenómeno se incluyeron en este estudio 156 personas (57% de la población de estudio) esto ante la posibilidad de pérdida de los sujetos al no tener polifarmacia, y esperando mantener la población estudiada arriba del 50% de la población. Los sujetos que participaron fueron escogidos por el asesor principal dada su experticia en el tema. Se incluyeron adultos mayores de cualquier sexo, empacadores voluntarios registrados de las Tiendas Hiper Soriana Plaza Deportiva y Chedraui Plaza Olmea que hubieran participado en el taller de compilación de sus archivos médicos personales del 1 de junio de 2023 al 1 junio de 2024. No se incluyeron adultos mayores quienes no tuvieran sus archivos completos, personas sin polifarmacia y los que no aceptaran participar en el estudio.

Se incluyeron las variables: edad, sexo, estado civil, ocupación, morbilidad, medicamentos prescritos, prescripción de medicamentos con igual efecto terapéutico y/o mecanismo de acción, número de Médicos prescriptores y polifarmacia. La información correspondiente a las variables previamente descritas fue obtenida de los archivos personales de los adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio, Villahermosa, Tabasco, a los que se obtuvo acceso al revisar el resultado final de una actividad previa para organizar sus expedientes médicos personales.

Como parte de las actividades realizadas con los adultos mayores empacadores voluntarios, para poder incluirlos en el estudio se les solicitó la asistencia a un taller para adultos mayores dirigido a crear sus propios archivos personales después del cual se fueron revisando sus expedientes. Se realizó al finalizar un listado nominal de los adultos mayores empacadores voluntarios de la tienda de autoservicio del 1 de junio de 2023 al 1 junio de 2024 de la Tienda Hiper Soriana Plaza Deportiva y Chedraui Plaza Olmea posteriormente, con este listado se revisaron los archivos que lograron conjuntar, conforme a sus tiempos.

Se seleccionaron mediante el método previamente descrito, de los cuales se obtuvo la información referente a las variables a estudiar, mismas que fueron recopiladas en la cédula de recolección diseñada para tal fin.



Los datos recopilados fueron analizados mediante estadística descriptiva, analizando las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, y las variables cualitativas mediante tablas de distribución de frecuencias. Adicionalmente, se corrieron pruebas paramétricas y no paramétricas con 95% de confianza ($p \leq 0.05$), para identificar las variables relacionadas con la polifarmacia. Estos estadísticos fueron expresados por medio de gráficos según se requirió, para facilitar el análisis y la discusión de los resultados obtenidos. El análisis descrito, fue realizado por medio del software SPSS de IBM Versión 29 de uso particular.

RESULTADOS

Se revisaron 153 archivos médicos de adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio del 1 de junio de 2023 al 1 junio de 2024, de los cuales se excluyeron 3 personas por no integrar las recetas de sus expedientes de manera adecuada, la población de estudio tuvo una media de edad de 72.3 ± 6.5 años, dentro de un intervalo de 65 a 92 años, con una moda de 65 años (15.3%), distribuidos equitativamente entre ambos sexos (50% femeninos, 50% masculinos). La mayor proporción fueron de estado civil casado(a) (78.7%) y dedicados a labores domésticas sin remuneración (36.7%) (Ver Tabla 1).

TABLA 1. Características demográficas de la población

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado(a)	118 78.70%
	Divorciado(a)	13 8.70%
	Viudo(a)	19 12.70%
	Total	150 100.00%
Ocupación	Campeño(a)	17 11.30%
	Cocinero(a)	7 4.70%
	Comerciante	3 2.00%
	Empleado de oficina	4 2.70%
	Empleado(a) de oficina	16 10.70%
	Jubilado(a)	45 30.00%
	Labores domésticas	55 36.70%
Otras ocupaciones	3 2.00%	
Total	150 100.00%	

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

La media de enfermedades diagnosticadas fue de $2.6 \approx 3 \pm 1.1 \approx 1$ padecimientos por cada adulto mayor, dentro de un intervalo de 1 a 7 enfermedades, con una moda de 2 padecimientos (35.3%). De modo que se identificaron 386 casos de 33 diversas enfermedades distribuidas entre 150 adultos mayores, de las que las tres más frecuentes fueron Hipertensión Arterial Sistémica (Primaria), Sordera y Miopía, presentes en el 22.0%, 12.4% y 12.2% de los casos, respectivamente. Estas enfermedades fueron tratadas en su mayoría por sólo un Médico (91.3%), y en algunos casos por dos de ellos (8.7%) (Ver Tabla 2).

TABLA 2. Enfermedades diagnosticadas a la población (10 principales)

Enfermedades diagnosticadas	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial Sistémica	85	22.0%
Sordera	48	12.4%
Miopía	47	12.2%
Diabetes Mellitus	40	10.4%
Dislipidemia	20	5.2%
Presbicia	13	3.4%
Gastritis	10	2.6%
Artrosis	8	2.1%
Hiperplasia Prostática	8	2.1%
Artritis	7	1.8%
Enfermedad Cardíaca Hipertensiva	7	1.8%
Otros diagnósticos con frecuencia <7	93	24.1%
Total	386	100.0%

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

Para el tratamiento de las enfermedades descritas, se prescribieron en promedio $3.8 \approx 4 \pm 1.8 \approx 2$ medicamentos para cada adulto mayor, dentro de un intervalo de 2 a 10 medicamentos, con una moda de 2 medicamentos (33.3%). Siendo los medicamentos de mayor prescripción Diclofenaco, Ácido Acetilsalicílico y Losartán, prescritos a 9.6%, 7.7% y 6.3% de los adultos mayores atendidos durante el período de estudio. No se observaron prescripciones de dos o más medicamentos con igual efecto terapéutico y/o mecanismo de acción. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Medicamentos prescritos

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Diclofenaco	52	9.6%
Ácido Acetilsalicílico	42	7.7%
Losartán	34	6.3%
Omeprazol	31	5.7%
Glibencamida	25	4.6%
Metformina	22	4.0%
Trimetoprim con Sulfametoxazol	20	3.7%
Benzonatato	19	3.5%
Pantoprazol	19	3.5%
Enalapril	17	3.1%
Loratadina	17	3.1%
Otros medicamentos con menos frecuencia	246	45.2%
Total	544	100.0%

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios. 2020

Al estratificar el número de medicamentos prescritos, en función de algunas de las variables demográficas y sanitarias incluidas, se observó que la polifarmacia se presentó de forma equitativa entre ambos sexos (50% en femeninos y 50% en masculinos), y que proporcionalmente, fue más frecuente cuando el número de Médicos prescriptores fue de dos cuando se comparó con los casos en los que sólo hubo un Médico (69.2% vs. 46%), sin que este predominio fuera estadísticamente significativo ($p > 0.05$).

Por otra parte, al correlacionar las variables cuantitativas con el número de medicamentos prescritos, se observó correlación estadísticamente significativa entre el número de éstos y el número de Médicos tratantes ($p < 0.01$), y correlación sin significancia estadística entre el número de medicamentos y la edad y el número de enfermedades diagnosticadas ($p > 0.05$) (Ver Tabla 4).

TABLA 4. Correlación entre variables cuantitativas y número de medicamentos prescritos

Variable de correlación	Coefficiente de Correlación	Coefficiente de determinación	Error estándar	Valor p
Edad	0.001	0.00	0.023	0.9811
Núm. de diagnósticos	0.229	0.02	0.132	0.0855
Núm. de Médicos prescriptores	1.848	0.08	0.518	0.0005

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados de esta investigación y su comparación con la literatura existente, el perfil demográfico del adulto mayor es similar a otros estudios iberoamericanos y norteamericanos, predominando edades entre los 60-80 años independientemente del sexo y la ocupación (Gort Hernández et al., 2019), Canio WC, 2022).

El número promedio de enfermedades diagnosticadas por adulto mayor fue de 3+1, dentro de un intervalo de 1-7 enfermedades, de modo que la enfermedad con mayor prevalencia fue la Hipertensión Arterial Sistémica, como la enfermedad con mayor prescripción de medicamentos; hallazgos que son consistentes con otros estudios iberoamericanos (Ramírez, P et al., 2021).

El promedio de medicamentos prescritos en este estudio fue de 4+2 por adulto mayor, dentro de un rango de 2 a 10; estos hallazgos del tratamiento son consistentes con estudios previos donde se pudo constatar la presencia de polifarmacia, predominando el consumo de 10 medicamentos (Ramírez-Pérez, et al., 2019).

Los medicamentos de mayor prescripción fueron el Diclofenaco, Ácido acetilsalicílico y Losartán, siendo los AINE los medicamentos con mayor prescripción, resultados que coinciden con estudios previos realizados en la República Mexicana (Saturno-Hernández et al., 2021).

En cuanto a las limitaciones, las propias de este estudio son las inherentes a los estudios observacionales, donde el fenómeno descrito puede estar influenciado por variables no incluidas en la investigación.

Esto significa que las variables que mostraron correlación podrían estar afectadas por otras variables, ya sean de interés o distracción. Otra limitación es la recolección de datos, que depende de la calidad de las recetas preexistentes de los sujetos de estudio. Además, las características idiosincráticas de la población limitan la comparabilidad con otras poblaciones debido a las diferencias en prácticas médicas y comportamiento, lo que debe considerarse al intentar aplicar los resultados a diferentes regiones.

CONCLUSIÓN

El perfil demográfico del adulto mayor que trabaja como empacador voluntario en tiendas de autoservicio en Villahermosa es consistente con el descrito en investigaciones similares de origen iberoamericano. Este grupo de adultos mayores comparte características como una edad promedio, sexo, estado civil y ocupación, que coinciden con los datos encontrados en otros estudios similares de la región. La media de enfermedades diagnosticadas por adulto mayor también fue comparable a lo informado por otros autores en la literatura iberoamericana. Sin embargo, entre las causas de morbilidad identificadas, solo la primera coincide con lo reportado en la literatura consultada, lo que sugiere ciertas particularidades en la población estudiada.

En cuanto al tratamiento de los padecimientos, se observó que las enfermedades suelen ser tratadas por un solo médico en la mayoría de los casos, lo que es consistente con estudios similares desarrollados en unidades de atención primaria. Este hallazgo resalta la importancia de un enfoque médico centralizado en el manejo de la salud de los adultos mayores.

A diferencia de lo reportado en la literatura consultada, este estudio no encontró una correlación estadísticamente significativa entre el número de enfermedades y el número de medicamentos prescritos.

Sin embargo, sí se observó una correlación significativa entre el número de medicamentos prescritos y el número de médicos tratantes, lo que subraya la influencia del número de profesionales de la salud en la medicación de los pacientes. La media de medicamentos prescritos por adulto mayor en este estudio es similar a la reportada por la mayoría de los autores consultados, lo que sugiere una tendencia común en la prescripción de medicamentos para esta población. No obstante, en este estudio se identificó que los grupos farmacológicos más comúnmente prescritos fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), lo que contrasta con la mayoría de las publicaciones consultadas que indican una mayor prescripción de antihipertensivos, antibióticos y antiagregantes plaquetarios. Además, no se observó duplicidad en la acción farmacológica, es decir, no se prescribieron múltiples medicamentos con el mismo efecto terapéutico y/o mecanismo de acción, sino que se utilizaron combinaciones sinérgicas o complementarias. Para obtener conclusiones más robustas y generales, es necesario realizar estudios multicéntricos que incluyan otras variables como el esquema terapéutico completo, los efectos secundarios y adversos, y las interacciones medicamentosas.

Estos estudios adicionales permitirán presentar conclusiones más detalladas y precisas sobre la atención y tratamiento de los adultos mayores, así como sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos prescritos en diferentes contextos y poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bohórquez-Moreno, C., Manotas-Castellar, M., Ríos-Paternina, A., & Hernández-Bello, L. (2021). Errores de medicación en pacientes hospitalizados: una revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica*, 62(2), 203-218.

<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v62n2/2340-9894-ars-62-02-203.pdf>

Canio, W. C. (2022). Polypharmacy in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(4), 621-625.

<https://doi.org/10.1016/j.cger.2022.05.004>

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2024, junio 27). Día Mundial de la Población. Las proyecciones de la población de México para los próximos 50 años: 2020-2070. gov.mx.

<https://www.gob.mx/conapo/prensa/dia-mundial-de-la-poblacion-las-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-para-los-proximos-50-anos-2020-2070?idiom=es>



Dalin, D. A., Vermehren, C., Jensen, A. K., Unkerskov, J., & Andersen, J. T. (2020). Systematic medication review in general practice by an interdisciplinary team: A thorough but laborious method to address polypharmacy among elderly patients. *Pharmacy (Basel)*, 8(2), 57. <https://www.mdpi.com/2226-4787/8/2/57>

Elzeblawy Hassan, H., Badr-Elden, S., Hamdi, S., & Elsayed Aboudonya, M. (2021). Control poly-pharmacy: Elderly patients' perception. *American Journal of Medical Sciences and Medicine*, 9(3), 82-88. <https://web.archive.org/web/20211025005343/http://pubs.sciepub.com/ajms/9/2/2/ajms-9-2-2.pdf>

Gort Hernández, M., Guzmán Carballo, N. M., Mesa Trujillo, D., Miranda Jerez, P. A., & Espinosa Ferro, Y. (2019). Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252019000400010&script=sci_arttext

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (2021) ENASEM: diseño conceptual. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2021/doc/enasem_2021_presentacion.pdf

Millán-Mateo, S., Morant-Pablo, A., & Gálvez Romero, M. A. (2023). Principales síndromes geriátricos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(4), 189. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/principales-sindromes-geriatricos/>

Mira, J. J. (2019). Medication errors in the older people population. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 12(6), 491-494. <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17512433.2019.1615442?needAccess=true>

Nuñez-Montenegro, A., Montiel-Luque, A., Martín-Aurioles, E., García-Dillana, F., Krag-Jiménez, M., & González-Correa, J. A. (2019). Evaluation of inappropriate prescribing in patients older than 65 years in primary health care. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 305. <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/3/305>

Ramírez Pérez, A. D. R., Pérez, J. F. R., & Zayas, J. C. B. (2019). Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Revista Cubana de Farmacia*, 52(2). <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335/216>



Ramírez, P. A. R., Furones-Mourelle, J. A., Ramos, C. A. M., & et al. (2021). Polifarmacia y complejidad farmacoterapéutica en pacientes de hogares de ancianos en Cienfuegos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), 1-9.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110466>

Ramírez-Pérez, A. R., Ramírez-Pérez, J., & Borrell-Zayas, J. C. (2019). Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Revista Cubana de Farmacia*, 52(2).
<https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335>

Romero-Medina, J. L., González-López, A. M., Vázquez-Cruz, E., Gutiérrez-Gabriel, I., Montiel-Jarquín, Á., & Córdova-Soriano, J. A. (2024). Síndromes geriátricos en pacientes de primer nivel de atención médica. *prensamedica.com.ar*.
https://prensamedica.com.ar/LPMA_V105_N05_P270.pdf

Salinas-Rodríguez, A., De la Cruz-Góngora, V., & Manrique-Espinoza, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 777-785.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600777

Saturno-Hernández, P. J., Poblano-Verástegui, O., Acosta-Ruiz, O., Bautista-Morales, A. C., Gómez-Cortez, P. M., & Alcántara-Zamora, J. L. (2021). Prescripción potencialmente inapropiada en adultos mayores en México. *Revista de Saúde Pública*, 55, 80.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/9XbCxN5JqwyXTZ8QSZNG5yh/?lang=es>





INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL PROCESO DE DUELO.

RESUMEN

La intervención gerontológica en el paciente durante el proceso de duelo es importante para que gestione sus emociones ante la pérdida que está presentando en el momento de la consultoría o asesoría, ello implica que el profesional este preparado para brindar un soporte y acompañamiento adecuados, reconociéndose la etapa del duelo que presenta el paciente para considerar si cursa un duelo normal o patológico y con ello usar distintas herramientas tanatológicas para la aceptación de la pérdida, utilizando la escucha activa, el acompañamiento tanatológico, la silla vacía, la carta terapéutica, entre otras herramientas que ayudarán a que el paciente pueda sanar ante las circunstancias adversas que converge en la pérdida desde su praxis profesional en gerontología.

PALABRAS CLAVES

Expresión de emociones, herramientas tanatológicas, duelos, pérdidas.

INTRODUCCIÓN

Es cierto lo que enuncia la frase anterior, el duelo te hace más humano, te permite aprender a expresar el dolor. La pérdida que se sufre involucra un proceso de sanación y es a partir de la capacidad de afrontamiento y resiliencia al desarrollar esa sanación o el hecho de presentar complicaciones respecto al duelo.

He ahí entonces la intervención gerontológica desde la tanatología que se brinda a la persona mayor durante este transcurso, pero surge entonces la pregunta ¿Qué es el duelo?

El duelo “es el proceso que experimenta una persona a raíz de la pérdida de alguien o algo querido”

(Moreno, 2002, p.4).

Ese proceso se presenta ante la pérdida de una pareja, un matrimonio, la casa de toda la vida, el trabajo, una mascota, un sueño, entre otras circunstancias, por ende, dará una respuesta emocional que tendrá que expresarse y comenzará este proceso.

Así el duelo comienza normalmente con la pérdida del ser querido y se puede considerar acabado, según Worden y Neimeyer, cuando el superviviente muestra capacidad de:

- Reorganizar su vida a un nivel parecido al que siempre tuvo.

- Referirse al fallecido sin sentimientos de extrema tristeza o ansiedad.

(Moreno, 2002, p.4).

Parafraseando a Salas en (2012) existen varios autores que ven al duelo como un proceso que tiene etapas, algunos mencionan tres y otros hasta cinco, la realidad es que no son secuenciales en la persona que vive el duelo y tampoco se deben tomar literalmente al abordar al doliente tanatológicamente.

DUELO

A continuación, en la tabla 1 se muestran las etapas o tareas respecto al duelo según William Worden:

Tabla 1.
Etapas o tareas del duelo según William Worden.

Autor	Año	Etapas
Worden	1997	1. Aceptar la realidad de la pérdida.
		2. Experimentar el dolor / la pena del duelo.
		3. Adaptarse a un medio en el que el ser querido o circunstancia está ausente.
		4. Retirar la energía emocional de la relación con el ser o circunstancia e invertirla en relaciones vivas con los demás.

Elaboración propia con base en Salas (2012).

REACCIONES NORMALES ANTE LA PÉRDIDA

Al conocer las tareas del duelo de acuerdo con Worden es imprescindible visualizar las reacciones normales ante la pérdida, analizar y comprender en el doliente la expresión o no de estas para continuar con una intervención y en la tabla 2 se muestran las reacciones físicas, sentimientos, pensamientos y conductas normales ante una pérdida.

Tabla 2.
Reacciones normales ante la pérdida

Manifestaciones físicas	Vacío en el estómago, opresión en el pecho o garganta, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, falta de aire, debilidad y sequedad en la boca.
Sentimientos	Tristeza, enfado, culpa, ansiedad, fatiga, impotencia, shock, anhelo, alivio e insensibilidad.
Pensamientos	Incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia y alucinaciones.
Conductas	Trastornos del sueño, alimentarios, aislamiento, desorganización, soñar con la pérdida, evitar o frecuentar recuerdos, buscar al fallecido o llamarlo, suspirar, hiperactividad y llanto.

Elaboración propia con base en Moreno (2002).

Es así como en el proceso de intervención es necesario tener presente todos estos síntomas frecuentes y normales en un persona doliente en los primeros meses de duelo, con la consecuente necesidad de normalizar tanto a la persona como a la familia respecto a ellos (Moreno, 2002, p.5).

Síntomas de un duelo complicado.

Anteriormente se visualizan una amplia gama de reacciones normales en los primeros meses de la pérdida. Sin embargo, hay que tomar en cuenta los síntomas cuando un superviviente no está elaborando su duelo de forma adecuada mostrándose en la tabla 3 las siguientes señales de complicación.

Tabla 3.
Síntomas de un duelo complicado.

1. La persona menciona la pérdida en entrevista con dolor intenso pasados varios meses de esta.
2. Algún acontecimiento desencadena una reacción excesiva.
3. Períodos de extrema tristeza o demasiado extensos, deseos de suicidio (a veces en fechas señaladas)
4. Episodios de conducta agresiva o conductas impulsivas, como abuso de sustancias.
5. Objetos de vinculación muy marcados o lo contrario, esconder o deshacerse de todos los objetos recordatorios.
5. Imposibilidad de incorporarse al funcionamiento vital pasadas unas semanas de la muerte.
7. Compulsión de imitar al fallecido o presencia de los mismos síntomas que tenía al morir. Obsesión con la enfermedad y la muerte.
8. No haber expresado abiertamente dolor en las primeras semanas de duelo o haber realizado cambios radicales de estilo de vida.
9. Pensamientos recurrentes de culpa o asuntos pendientes con el fallecido, remordimientos por haberle causado daño o haberle descuidado en vida.
10. La persona no asistió al funeral o nunca ha vuelto a mencionar al ser querido que desapareció.

Elaboración propia con base en Moreno (2002).



Estos indicativos de sufrimiento y dolor más intensos de lo habitual pueden ser consecuencia de que la persona se ha visto sobrepasada en algún momento y ha adoptado conductas de evitación del dolor o del cambio, lo cual detiene el proceso de despedida que en definitiva es el duelo (Moreno, 2002: 10). Será necesario preguntarnos entonces cuándo, cómo, quién y para qué intervenir, interrogantes que se explican a continuación.

¿CUÁNDO, CÓMO, QUIÉN Y PARA QUÉ INTERVENIR?

Parfraseando a Rodríguez y Fernández varios autores entre ellos Worden considera útil la distinción entre el asesoramiento y terapia de duelo.

El asesoramiento sería un tipo de intervención que debería ser capaz de realizar los profesionales sanitarios en general, incluido el gerontólogo y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo normal (Rodríguez y Fernández, 2002, p. 276). Pudiéndose aplicar en el contexto habitual en el que trabajan los gerontólogos desde luego en las consultas, residencias geriátricas o en el domicilio de los pacientes y no se requiere de un encuadre especial.

Esta asesoría se ofrece según Rodríguez y Fernández a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo como: soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido,

circunstancias especiales de la pérdida: suicidio, responsabilidad del doliente, persona con la que se mantenía una relación muy ambivalente, exigencias inmoderadas del entorno o bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan espontáneamente, o las que muestran dificultades manifestadas para realizar alguna de las tareas referidas en la tabla 1 (Rodríguez y Fernández, 2002, p. 277). Según este planteamiento, la segunda modalidad de intervención, la terapia de duelo estaría indicada en los casos de duelo complicado y se realiza por profesionales de salud mental con un encuadre semejante al de otras terapias psicológicas. Siendo así que el gerontólogo pueda detectar los casos de duelo complicado para derivarlos al escalón especializado. (Rodríguez y Fernández, 2002, p. 277).

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO.

De acuerdo con lo planteado en la tabla 1, los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo.

Es decir:

1. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.

3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de la persona u objeto perdido.
 4. Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.
- (Rodríguez y Fernández, 2002, p. 278).

PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO.

A continuación, se describen algunos principios que el gerontólogo debe tomar en cuenta para la intervención durante el duelo.

Tabla 4.
Principios de la intervención gerontológica durante el duelo.

Principio de intervención	Descripción
Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar consciencia de la muerte.	Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea.
Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos.	La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos donde el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena, rabia, culpa e indefensión que frecuentemente se asocian a problemas en el proceso de duelo.
Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido.	Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin aquello perdido.
Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido.	Recolocar significa dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo no afecte la posibilidad de que el superviviente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas.
Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo.	No presionar al doliente para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal.	Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan como signos normales, por lo que hay que tranquilizar informando al paciente y a su familia de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo.
Principio 8: Permitir diferencias individuales.	Cada persona cursa su duelo de forma distinta y en distintos momentos.
Principio 9: Ofrecer apoyo continuo.	Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.
Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones.	Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.
Principio 11: Identificar patología y derivar.	El gerontólogo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica prolongada en el tiempo, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos está indicada la derivación a un especialista.

Elaboración propia con base en Rodríguez y Fernández (2002).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO

Es momento de presentar en general algunas técnicas o herramientas de intervención que el gerontólogo puede usar durante el duelo en las personas mayores y lograr trabajar las tareas que Worden nos plantea a partir de la reconstrucción de significado tanto de la vida del ser querido o circunstancia pérdida, como del doliente como superviviente.



Estas herramientas son:

1. Uso de símbolos, como fotos o pertenencias para evocar emociones o recuerdos.

2. Escribir:

- Cartas que se leen en sesión o se mandan simbólicamente

- Diarios dirigidos al fallecido para “mantenerlo al día” de lo que ocurre.

- Poesía.

- Biografías del fallecido.

- Historias e imágenes metafóricas sobre la relación con él.

- Caracterizaciones de la pérdida (historias sobre uno mismo en tercera persona)

- Epitafio adecuado al ser querido

- Huella vital que dejó en la propia vida.

3. Imaginación guiada (silla vacía): se invita al paciente a que se dirija al difunto y le exprese en primera persona sus emociones, peticiones o dudas y responde por ella como cree que lo hubiera hecho.

4. Viajes a lugares significativos.

5. Rituales personales que pueden incluir aspectos religiosos, reuniones familiares, quemar una carta o un recuerdo, dejar un recuerdo en la tumba.

6. Decir adiós. Al final de las primeras sesiones se pronuncia en voz alta “adiós por el momento”. Al final de la terapia el doliente es capaz de decir “adiós para siempre”.

7. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: necesarias para su desempeño como búsqueda de empleo, manejo de estrés, solución de problemas, etc.

8. Expresión y manejo de emociones: para las ambivalentes preguntas como ¿qué echas de menos? ¿qué no echas de menos?

9. Reposición de objetos.

10. Lectura reflexiva de un libro de autoayuda.

11. Galería de fotografías.

12. Terapia de grupo y grupos de autoayuda.

“El duelo no te hace imperfecto. Te hace humano”

Sarah Dessen



CONCLUSIÓN

La importancia de la intervención gerontológica durante el duelo radica en contemplar las reacciones normales o anormales que desarrollará el doliente en su proceso de duelo, las herramientas que se contemplan en el presente texto permitirán esa expresión, reconocimiento, concientización, aceptación, recolocación, afrontamiento y resiliencia de la pérdida.

El gerontólogo al contemplar los objetivos de la intervención durante el duelo y anteponer las necesidades del paciente por la pérdida, tendrá principal atención a aquellos síntomas que pueden volver patológico o complicado el duelo, siendo así el gerontólogo derivará la atención a otros profesionales de salud no sobrepasando los límites de intervención, y permitiendo el trabajo multidisciplinario entre los profesionales de la salud.

La asesoría y acompañamiento tanatológico para la persona mayor que el gerontólogo puede brindar desde el consultorio, una residencia geriátrica, una institución de personas mayores o bien en el domicilio, podrá cubrir la necesidad del paciente y la familia, inclusive desde la solicitud previa a la muerte o en el desarrollo de alguna enfermedad, así como después de sufrir la pérdida.

Finalizo así este texto con lo que el gerontólogo puede hacer al intervenir durante el proceso de duelo en la persona mayor, mencionando una frase de Montaigne: "Quien enseña al hombre a morir, le enseña a vivir".


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moreno, M. (2002). Intervención en duelo en las diferentes etapas evolutivas. [Archivo pdf]. <https://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/Intervencion%20en%20duelo.pdf>

Rodríguez, V. y Fernández, A. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria (II): intervenciones desde atención primaria de salud. Revista Dinámica Familiar, vol.12, (número 4), pp. 276-284. <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/dinamica.pdf>

Salas, C. (2012). La importancia del apoyo tanatológico en las pérdidas continuas. [Tesis de Diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología] <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/93%20La%20importancia.pdf>





ESPIRITUALIDAD EN LA VEJEZ
Y SU APOORTE EN LA VIDA
COTIDIANA DE ADULTOS
MAYORES EN LA ASOCIACIÓN
RELIGIOSA EL PUENTE.

Espiritualidad en la vejez y sus aportes a la vida cotidiana de adultos mayores en la Asociación Religiosa El Puente, Chiapas.

Vasty Sarahí Vázquez García

Licenciada en Gerontología por la UNACH

RESUMEN

El envejecimiento ha sido una de las temáticas más problematizadas a nivel mundial; se continúan cuestionando no sólo los avances en la materia sino aquellas nuevas vertientes que no se habían puesto en escena para contribuir a un proceso adecuado. El ser humano, siendo holístico necesita colocar un aspecto importante que atraviesa su vida: la espiritualidad. Se analiza como un terreno en tensión, pero también como un aspecto subjetivo que se puede aprovechar para un envejecimiento en las mejores condiciones que sean posibles para los diferentes contextos en dónde están viviendo las personas adultas mayores.

PALABRAS CLAVES

Espiritualidad, envejecimiento, personas adultas mayores, religiosidad, vejez.

INTRODUCCIÓN

Diversos autores definen a la espiritualidad como una motivación innata que orienta y guía el comportamiento humano en el esfuerzo de construir un sentido más amplio de significado personal en un contexto escatológico que conduce a la búsqueda de lo trascendente.

Así, quienes se consideran espirituales tienden a creer que existe un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano. (Simkin y Etchevers, 2014).

El desarrollo humano conlleva a diferentes etapas de la vida, las cuales tienen un inicio con la niñez y un final con la vejez. Cada fase tiene retos, problemáticas, aspiraciones, expresiones y motivaciones. En la vejez, el adulto mayor se enfrenta a un proceso de pérdidas: nido vacío, jubilación, duelo (amigos, cónyuge, familiares, independencia).

Decir que el envejecimiento es un proceso equivale a recalcar que es un cambio que no ocurre de forma repentina; como un accidente, sino en forma gradual y progresiva. Por tratarse, pues, de modificaciones que se van produciendo a lo largo de muchos años, queda patente que en estos cambios intervendrán una gran cantidad de factores, variables de todo tipo y que, según sea su actuación (conjugada, compensatoria, etc.), irán modelando y configurando diversamente la persona que envejece (Mishara y Riedel, 2000).

La relación que existe entre la espiritualidad y la vejez es estrecha ya que, en este período generalmente se presenta una búsqueda de sentido a las situaciones de la vida diaria. El adulto mayor encuentra un refugio en la espiritualidad como medio para descubrir un significado a las vivencias que en muchas ocasiones son dolorosas. Los escenarios en los que practica la espiritualidad son diversos y uno de ellos son las asociaciones religiosas.

Las asociaciones religiosas son congregaciones que tienen como fin el ejercer culto a una divinidad; para efectos fiscales, se considerarán a las iglesias y demás agrupaciones que obtengan su correspondiente registro constitutivo ante la Secretaría de Gobernación, en los términos de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, ya que es a través de este registro como se obtiene la personalidad jurídica. (Gobierno de México, 2018)

ANTECEDENTES TEÓRICOS QUE ABONARON A LA INVESTIGACIÓN

La espiritualidad puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que en coordinación hacen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino.

En tanto representaciones acerca de un poder final último, contribuyen a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos. (Petersen, C. 2008).

En los Estados Unidos, > 90% de los ancianos se consideran religiosos o espirituales; alrededor del 6 al 10% son ateos y no buscan significado a través de la religión o una vida espiritual (Kaplan, et al., 2006). Al analizar los datos porcentuales se deduce que la mayor parte de los adultos mayores estadounidenses se consideran espirituales, las minorías expresaron que no tienen ninguna importancia en buscar el sentido de la vida ni en ser espirituales.

Con la investigación anterior se puede analizar que gran parte de los adultos mayores al llegar a la vejez buscan un significado a la vida a través de la espiritualidad.

El INEGI (2020) expresa a través de una estadística que en México existen 97 864 218 personas que profesan la religión católica. De manera comparativa podemos decir que en México no se habla de espiritualidad como en Estados Unidos, sólo existe como categoría de análisis la religión. La religión católica puntea en el primer lugar con el mayor número de congregantes en México.



La religión protestante evangélica (de la que es adscrita la asociación religiosa que se estudió) tiene una población de 14 095 307. En Chiapas, el INEGI (2020) dice que, de la población, 2 985 644 es católica, 1 795 861 protestante-cristiano evangélico y 695 496 sin religión, ocupando los primeros tres lugares en la escala. Con los datos plasmados anteriormente se analizan las diferencias que existen entre Estados Unidos y México: el porcentaje de la población que es espiritual/religiosa es mayor en EU, mientras que en Estados Unidos reconocen el concepto de espiritualidad, en México sólo encontramos estadísticas en torno a la religión.

La investigación “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos” de los autores Armando Rivera-Ledesma y María Montero (2005), obtuvo como resultados que la vida religiosa no beneficia a las personas adultas mayores en relación con su salud mental y la adscripción a una asociación religiosa no aporta redes de apoyo a los mismos. Lo que permite poner en juicio si la religión pudiera ser el móvil de una vejez digna. El artículo “Espiritualidad y calidad de vida en el adulto mayor” de la autora Victoria Tirro explica:

La religiosidad admite en su seno dos cualidades: cuando la religiosidad es ejercida como medio para acceder a la experiencia de lo divino, cumple su fin último que es la espiritualidad.

Sin embargo, cuando la religiosidad se convierte en un fin en sí misma, la experiencia de lo divino se desvanece, y la religiosidad adquiere un carácter instrumental, adaptativo y supersticioso, que aleja al sujeto de lo espiritual (2011).

Aunque el término religión no es sinónimo de espiritualidad ni religioso que espiritual, uno de los fines de la religión es lograr la espiritualidad siempre que el ser humano centre de manera correcta sus acciones, es por eso que en la religión se encontrarán dos cualidades que son totalmente diferentes: la primera es cuando el ser humano utiliza a la religión como un medio para poder tener experiencia de lo divino y con ello podrá desarrollar espiritualidad; la segunda es cuando el ser humano utiliza a la religión como si fuera solo una lista de tareas que debe completar (ser parte de una asociación religiosa, asistir, cumplir con las leyes y normas religiosas) sin tener en mente la verdadera experiencia espiritual, por lo que se convierte en religiosidad.

La espiritualidad, desde la visión subjetiva (creencias, fe, prácticas espirituales) es una herramienta que permite que las personas adultas mayores afronten las situaciones de la vida diaria de manera esperanzadora y segura. Rivera Ledesma y Montero (2005), definen a la religiosidad como un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá su conducta en la búsqueda de la experiencia de lo divino.

La religión contribuye a los valores morales que rigen a la sociedad; no quiere decir que ejerza en las personas la benevolencia; más bien ofrece la posibilidad de llevar una vida moralmente adecuada.

La religiosidad es un eje central para guiar a la espiritualidad debido a que permite que dentro de ella se realicen una serie de prácticas espirituales que alimenten el alma de los adultos mayores y les permitan tener estabilidad emocional ante los diversos eventos por los que naturalmente están viviendo, por otro lado, dentro de las asociaciones religiosas pueden generar lazos amistosos que funjan como una red de cuidados.

METODOLOGÍA

La religión según la Real Academia Española es un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social, así como de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. La espiritualidad es la naturaleza y condición de espiritual (RAE, 2018). La religión se adquiere como doctrina y se practica en comunidad rindiéndole culto a un ser supremo, mientras que la espiritualidad es una práctica subjetiva e intrínseca en donde cada persona puede vivirla de formas diversas.

Generalmente, muchos de los adultos mayores mexicanos asisten a templos, santuarios, casas de oración, iglesias, congregaciones, etc. En donde pueden expresar sus creencias, cuyos grupos enseñan una doctrina. Esta es una naturaleza humana; la necesidad de creer en algo para entender la existencia propia, aunado de que en México se tienen tradiciones como la religión, un factor para que las personas adultas mayores inicien a congregarse en una Asociación Religiosa o empiecen a participar más dentro de las actividades que las mismas ofrecen, es la necesidad de reconocimiento para los demás.

Algunos adultos mayores sufren rechazo por parte de su familia e incluso están en aislamiento, por lo que no tienen sentido de pertenencia y crean inseguridades en su autopercepción; al congregarse en una asociación religiosa ocupan parte de su tiempo en diferentes actividades: muchos de ellos trabajan en algún “ministerio” (actividad sin remuneración económica que se asume por un llamado divino) que les funciona como terapia ocupacional. En algunas instituciones religiosas, asisten varios días de la semana involucrándose en diferentes actividades; ya no llegan sólo a “recibir” una reflexión o motivación por parte de los ministros de culto; sino también a “dar” a través de los medios con los que cuentan: humanos o económicos. Es común que en la etapa de la vejez se interesen más en su espiritualidad al buscar sentido a los diferentes sucesos de la vida.

Por estas razones resultó pertinente prestarle atención e investigar los diferentes aportes de la espiritualidad en los adultos mayores. Se buscó dar respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los aportes de la espiritualidad en la vida cotidiana de los adultos mayores pertenecientes a la Asociación Religiosa El Puente?

El método de la investigación fue cualitativo de tipo descriptivo porque busca responder a las experiencias de personas y grupos sociales que no son medibles, pero aportan al conocimiento humano de los fenómenos sociales (Balcázar et al., 2013). Con el enfoque interpretativo hermenéutico de tipo retrospectivo. Por medio de estos; se puede hacer un análisis subjetivo de la recuperación de datos para dar respuesta a un fenómeno específico.

La técnica metodológica que se utilizó fue entrevista semi estructurada porque con ella se logró en primera instancia, un rapport con el colaborador y se recuperó más información que fue de gran utilidad para la investigación, se hizo uso del diario de campo para hacer observaciones acerca del desenvolvimiento de los adultos mayores en el escenario de la Asociación Religiosa El Puente, Chiapas donde se realizó el trabajo.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, los participantes aceptaron de forma verbal-escrita colaborar con la investigación. Así como al representante de la Asociación Religiosa se le pidió su aceptación para que se realizara el estudio en dicho lugar.

Se colaboró con cinco personas adultas mayores pertenecientes a la Asociación Religiosa El Puente ubicado en 2 oriente entre 12 y 13 norte en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Los resultados fueron presentados en forma narrativa, las cuales se dividieron en subtemas titulados: espiritualidad, religiosidad, vida cotidiana, familiar y social.

DISCUSIÓN

Se analizó que los colaboradores tienen definido el significado de espiritualidad en su vida personal, los colaboradores 1 y 2, consideran que es aquella forma interior en el ser humano de creer-sentir; en el caso de 3 y 4 creen que debe ir acompañada de acciones, la espiritualidad es direccional con los sentimientos-creencias que se materializan en acciones

Los diferentes autores en sus investigaciones revelaron que se debe distinguir la religiosidad de la espiritualidad, en el primer caso se trata de personas involucradas en las creencias, valores y prácticas propuestas por una institución organizada;



mientras la espiritualidad puede definirse como la búsqueda de lo sagrado o de lo divino a través de cualquier experiencia de la vida, el término espiritualidad es más universal (Koenig citado en Navas y Villegas, 2006). La espiritualidad viene desde adentro, es una especie de fuerza interna y dinamiza las dimensiones del ser humano. (Palacio, 2015).

Se conceptualizó a la espiritualidad como universal, intrínseca en cada ser humano y heterogénea, cada persona le asigna un valor diferenciado. La espiritualidad a la que se hace referencia en el presente artículo es un conjunto de subjetividades, paradigmas, creencias centradas en la búsqueda de algo divino a través de diferentes prácticas; esta espiritualidad dota al ser humano de sentido.

Existen dos tipos de prácticas espirituales: las colectivas y las individuales. Las prácticas espirituales realizadas de forma individual son elegidas por cada persona, es decir, son decididas a partir de las preferencias de quienes las ejecutan, sin embargo, el fin es el mismo: conectar con lo divino y trascender para después poder ejecutarlas en su vida cotidiana. En los adultos mayores de la asociación El Puente las dos formas de practicar la espiritualidad tienen una misma importancia, además de practicar la colectiva con los demás congregantes, también las practican en su vida de forma personal dentro de los espacios en donde comúnmente se desarrollen: casa, trabajo, calle, etcétera.

El valor que se le asigna al lugar en donde es practicada la espiritualidad tiene una connotación con la cultura: tradiciones y creencias que son encarnadas, naturalizadas. Por esta razón, se puede observar que en familias congregantes de la asociación, la religión parece ser “heredada”; algunos adultos mayores llevan años practicando la religiosidad, otros, llegada esta edad necesitan experimentar la espiritualidad. Las respuestas encontradas a su definición sobre lo que es la iglesia son diversas:

“El lugar es una casa de oración, templo eres tú, nosotros tenemos que ver cómo está tu templo, no mancharlo porque tú eres el templo de Dios, en ti habita Dios, a donde vamos es una casa de oración, la iglesia eres tú, entras, este es un garaje, la cocina, el baño, una recámara, todo tiene su lugar, también él tiene su lugar.” (Colaborador 1, tomado del trabajo de campo).

Dependiendo el tipo de espiritualidad (colectiva o individual) que el adulto mayor quiera practicar será el lugar en donde lo desempeñe. La espiritualidad colectiva se ejerce en un templo o lugar destinado (a veces se reúnen en casas de otros congregantes) y la espiritualidad individual se practica generalmente en el hogar de cada persona. Los adultos mayores cumplen con ocupaciones como cualquier persona, su valor no radica en su independencia o dependencia.

La mayor parte de las colaboradoras expresó dedicarse a las labores del hogar, y con quienes viven cubren sus necesidades básicas, excepto la colaboradora 1, que es independiente.

La espiritualidad forma parte de la vida cotidiana, aunque no todos los adultos mayores son devotos a alguna religión, hacen uso de las dos prácticas espirituales colectiva e individual, por medio de ellas también pueden gozar de una independencia. De acuerdo con los autores Placeres Hernández y León Rosales (2011) dicen que el término familia proviene del latín *famulus*, que significa esclavo doméstico. Familia era el conjunto de esclavos pertenecientes a un hombre y familia *id est* *patrimoniun*, el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con la patria potestad, con el derecho de vida y muerte sobre todos y la transmisión por testamento.

Es importante recalcar el significado de la familia y su concepción histórica, porque debido a ello se puede entender la visión actual de ella, en la cita anterior el jefe de familia era quien trabajaba, con ello tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos.



En muchas familias tienen la idea de que, si aportas económicamente debes ser quien tenga la máxima autoridad, existen adultos mayores en la actualidad que no pudieron ingresar a una escuela o lograron alcanzar metas profesionales favorables para encontrar un trabajo o lograron alcanzar metas profesionales favorables para encontrar un trabajo en donde pudieran tener derecho a la jubilación y se dedicaron a empleos informales, éstos adultos mayores viven con alguno de sus familiares (algunos al no ser recibidos por sus familias se encuentran en situación de abandono) que los sustentan económicamente y se creen en una zona de privilegio actuando de forma discriminatoria hacia ellos, debido al contexto histórico-cultural asignado a la familia. Se analizarán los resultados de las entrevistas acerca de las opiniones por los adultos mayores respecto a sus familias, en el Diario de campo número 4, se expresa que en la asociación religiosa se reúnen las familias.

“La familia es todo para mí. Mi familia está en segundo lugar porque el primer lugar lo tiene Dios.” (colaboradora 1, tomado del trabajo de campo).

La importancia de la familia para los adultos mayores es significativa, la colaboradora 1 expresa que es todo para ella y en su vida el primer lugar lo tiene Dios seguidamente la familia. La educación familiar es importante y de vital importancia, es la red de apoyo más estable que las personas adultas mayores necesitan.

Por otro lado, algunos de ellos forman lazos de amistad.

“Le platico a mi hija y espero en Dios. Amigas si, bueno, amistades. No, porque los amigos se quieren pasar de listos.

Eso es otra cosa porque un amigo es un amigo que si quiere está contigo y si no quiere se va mejor confio en mí misma y no en el amigo” (Colaboradora 3, tomado del trabajo de campo).

Por otro lado, se analiza el comentario citado, hace referencia a que su mayor apoyo en cuanto a lazos de confianza es su hija, como anteriormente se plasmó, la familia siempre se encontrará en primer lugar y la confianza crece si viven juntos, las dos personas colaboran para que exista una buena relación, en cuanto a relaciones fuera de la familia es más conservadora y decide no confiar tanto en las demás personas. Hace referencia a su confianza en Dios, siendo también un factor importante en las personas adultas mayores y ayuda a sobrellevar de alguna manera el tema de la soledad.

Las diferentes redes sociales en que se desenvuelve el adulto mayor son todas aquellas que emplean en su cotidianidad: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas con las que asisten a diferentes actividades como lo son las religiosas. Existen diferentes niveles de “confianza”: mayor intimidad, las que tienen un bajo nivel de compromiso y las superficiales, es bueno para los adultos mayores cultivar sus redes sociales pues ayudan en su bienestar en general y se ha comprobado mejoría en la vida.

Hackney y Sanders distinguen tres dimensiones de la religiosidad: la institucional (por ejemplo: asistir a la iglesia), la ideológica (por ejemplo: teologías) y la devoción personal (por ejemplo: motivación intrínseca religiosa) (Taha, 2011). Mi postura ante este pensamiento es que la religiosidad institucional e ideológica resultan de los diálogos que se realizan dentro de las asociaciones religiosas, pero en la devoción personal no tiene que existir un lugar específico.

“Es como por ejemplo si estás en la iglesia y te ordenan a hacer algo y no quieres ahí ya no pues porque responsabilidad es cuando uno siente, lo sentimos en el corazón, no hacemos lo que Dios quiere, responsabilidades si hay en la iglesia, muchísimas, pero si nos queremos dar cuenta y si no nos damos cuenta que hay esa responsabilidad así seguimos, llegamos y estamos sentados y ni siquiera aceptamos lo que quiere Dios para nosotros.” (Colaboradora 2, tomado de la entrevista, 2020).

Es importante para los adultos mayores percibir a los demás cumpliendo con actividades dentro de la asociación, las acciones que realizan los demás tiene un gran significado, por estos pensamientos de producción no se puede observar que una práctica espiritual individual podría ser el descanso o la meditación (actividades que no requieren de demasiadas acciones físicas).

La religiosidad en las personas, determinará sus formas de pensar, actuar y sentir, con el fin de acceder a lo divino, existen dos tipos: la religiosidad fanática es aquella que se vive de una manera extrema y su motivación para hacerlo está fundamentada en el miedo de las consecuencias por no seguir correctamente la creencia religiosa y la religiosidad genuina que es aquella en donde la persona vive de una manera libre, le permite experimentar diferentes prácticas espirituales y su mayor motivación será alimentar su espiritualidad.

En los adultos mayores predomina la fanática porque al estar tantos años actuando por imitación y siendo parte de una religión no les permite experimentar o descubrir diferentes formas de devoción, esto es modificable y muchos deciden ya no seguir con esta religiosidad, empiezan a vivir la genuina. Es muy importante para ellos realizar diferentes actividades en la asociación.

La religiosidad es a lo que muchos vamos cuando te dicen “yo soy religioso, yo llego a la iglesia” muchos a eso le llaman ser religiosos y es diferente a la espiritualidad. (Colaboradora 1, tomado de la entrevista, 2020).

Los adultos mayores consideran a la religiosidad como una manera institucional de asistir a una asociación religiosa.

Identifican diferencias conceptuales (religiosidad y espiritualidad).

En su naturalidad son personas religiosas, asisten a la Asociación Religiosa y la religión es una de sus bases fundamentales, la utilizan como un medio para acceder a la espiritualidad. Cada adulto mayor tiene rasgos de religiosidad de menor a mayor escala, algunos se han desprendido de pensamientos religiosos con el paso del tiempo debido a las propias vivencias de la vida, como en el caso de la colaboradora 1 y sus pensamientos acerca del divorcio. No se puede generalizar, cada uno forma pensamientos y los cambia o reafirma al paso del tiempo. Como todo ser humano cada día irán en transformación.

CONCLUSIONES

La investigación se realizó con una muestra representativa de 5 adultos mayores con un rango de 60 a 80 años, cuatro mujeres y un hombre, dos entrevistadas tenían un estado civil como divorciadas, una como viuda, y dos estaban casados, todos asistentes a la Asociación Religiosa “El Puente” de la Iglesia del Nazareno que está ubicada en la 2ª oriente entre 12 y 13 norte.

De primera instancia se analizó que en los entrevistados existen dos tipos de espiritualidad: la individual y la colectiva.

Se identificó que los beneficios sociales encontrados en los adultos mayores por medio de la espiritualidad son variados y personales, están influenciados por otras características como el entorno, economía, vida social, etc. Los beneficios más importantes que se identificaron fueron que al ser parte de una asociación religiosa tienen un sentimiento de pertenencia, al asistir cotidianamente forman lazos de amistad, y la Asociación Religiosa permite al adulto mayor tener un intercambio intergeneracional de comunicación porque tienen contacto con niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

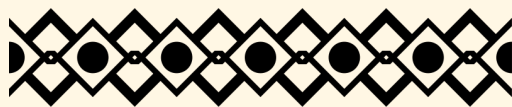
Algunos adultos mayores se reúnen con sus familiares en la misma asociación. A nivel psicológico se identificó que tienen una mejor afrontación al dolor y a las situaciones difíciles de la vida, porque consideran que todos los sucesos sirven para un plan perfecto y al creer en un ser supremo alimentan sentimientos de esperanza. Los adultos mayores tienen prácticas, pensamientos y formas de actuar religiosas de las cuales algunas causan afectaciones a sus vidas.

Los adultos mayores saben el significado de espiritualidad, pero no todos la viven en su totalidad, influye en gran manera que asistan a una asociación religiosa.

Es pertinente continuar realizando investigaciones en el tema, pero con adultos mayores de diferentes religiones y también de los que no son devotos a ninguna religión, puesto que la espiritualidad no está completamente ligada a la religión.

Un recurso vital e importante fueron las categorías de análisis, ayudaron a recolectar información precisa, conocer los estudios de investigación para plasmar en la tesis, realizar las preguntas de la entrevista, obtener los resultados necesarios con ayuda de la observación realizada en cada respuesta y también por las preguntas no incluidas en el guion, pero consideradas importantes a realizar.

La espiritualidad es una parte esencial para cualquier ser humano, todas las personas son seres espirituales, pero no todos practican la espiritualidad individual y colectiva por la desinformación, confusión de conceptos existentes en relación con religiosidad y espiritualidad. Los adultos mayores tienen una forma particular de percibir a la espiritualidad, desde sus respuestas se puede sentir cómo transmiten tranquilidad y cómo se refieren al ser divino como alguien cercano.



Son interesantes las maneras en que ellos expresan su religiosidad: por medio de prácticas personales aunadas con las oraciones, meditación, contemplación, silencio, escuchando música, escribiendo, y aquellas prácticas colectivas realizadas cuando asisten a la asociación religiosa como cantar, brincar, trabajar en diferentes ministerios (como estar en la entrada principal de la Asociación y recibir a todos sus miembros con una sonrisa, abrazo, y ser los encargados de guiar la oración).

En otro apartado de la investigación se pudo profundizar en los significados de la familia para los adultos mayores, aunque unos externaron respuestas positivas sobre cómo sobrellevan sus lazos familiares, en otros la familia no es tan presente. Los colaboradores participantes son independientes y realizan diferentes actividades, algunos debido a su forma de vida y a negocios personales ya no necesitan trabajar, otros hacen trabajos informales como el tejido y una tiendita de abarrotes para apoyarse en su economía, recibiendo ayuda económica de sus hijos; otros viven con algún familiar que provee para sus necesidades. La vida social del adulto mayor es una parte esencial, al pertenecer a una Asociación religiosa, cultivan lazos de amistad con otros congregantes, que en momentos difíciles acuden a visitarlos e incluso les proveen de apoyo económico.



Otro tema importante que se abordó fue la religiosidad, se redefinió este concepto con diferentes autores, y a su vez se identificó que existen dos tipos de religiosidad: auténtica y fanática. En los adultos mayores entrevistados predominaba la fanática, basaban todas sus decisiones en la religión sin analizar si eran las mejores. Su nivel educativo influye en gran manera, los adultos mayores analfabetas realizan actividades, pensamientos y formas de sentir por medio de la imitación. Los adultos mayores que saben leer formulan sus propios conocimientos por medio de la investigación y lectura.

Para los adultos mayores es agradable sentirse escuchados y que las personas se noten interesadas en conocer sus puntos de vista en temáticas relevantes de su propio contexto. En la Asociación Religiosa pude observar a las mujeres y los hombres realizando las mismas actividades: predicación, fungir en un ministerio, hombres y mujeres llegan sin compañía, las mujeres tienen libertad de vestimenta.

Conocer a los adultos mayores, el lugar en dónde viven, participar en algunas reuniones de la Asociación, recibir invitaciones por parte de ellos para realizar alguna actividad, permitió observar estas convivencias, intercambios simbólicos, la comunicación de unos con otros y el cómo alimentan su fe, ayudaron en la realización de la investigación para plasmar de la mejor manera posible los resultados.

Existen muchos temas aún sin investigar en torno a los adultos mayores y la Asociación Religiosa: orden de trabajo y servicio, los nombres de cada práctica realizada, rituales, costumbres, tradiciones, pensamientos de los demás congregantes acerca de los adultos mayores. A partir de esta investigación pueden surgir muchas más en torno a estas temáticas. Realizar estudios de comparación entre diferentes religiones y las expresiones espirituales de los adultos mayores, conocer diferentes perspectivas del adulto mayor en otras Asociaciones, crear algún grupo en dónde dentro de las Asociaciones se pudieran tocar temas gerontológicos.

Al ser una investigación gerontológica diferentes profesionales pueden ayudar en la realización de nuevas investigaciones en el tema, psicólogos para observar la salud mental derivada de su espiritualidad, geriatras para explicar si las formas de pensamiento y las diferentes doctrinas colaboran en el cuidado de la salud, profesionales de las ramas sociales para poder conocer a fondo todos los intercambios y vivencias dentro de una Asociación Religiosa. Todo por el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS

Simkin, H., & Etchevers, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 265-275.

Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata.

Gobierno de México (2018) *Asociaciones Religiosas*.

<https://www.gob.mx/sat/acciones-y-programas/asociaciones-religiosas>

Petersen, C. S. M. (2008). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (8), 111-128.

Kaplan, PhD, MSW; Barbara J. Berkman, DSW, PhD (agosto, 2006). Religión, espiritualidad y vejez. *QMAYOR MAGAZINE*.

<https://www.qmayor.com/psicologia/religion-espiritualidad-y-vejez/>

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). *DIVERSIDAD* (s. f.). <https://www.cuentame.inegi.org.mx>

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). *RELIGIÓN*. (s.f.). <https://www.inegi.org.mx>

Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 28(6), 51-58.

Tirro, V. (2011). Espiritualidad y calidad de vida en el adulto mayor. *UNIMET*. Caracas, Venezuela.

[https://dle.rae.es/srv/search?
m=30&w=espiritualidad](https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=espiritualidad)

Balcázar Nava, P., González-Arratia López-Fuentes, N.I., Gurrola Peña, G. M. & Moysén Chimal, A. (2013). Investigación Cualitativa.

Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.

Palacio Vargas, C. J. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones teológicas*, 42(98).

Placeres Hernández, J. F., de León Rosales, L., & Delgado Hernández, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista médica electrónica*, 33(4), 472-483.

Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 347-360.



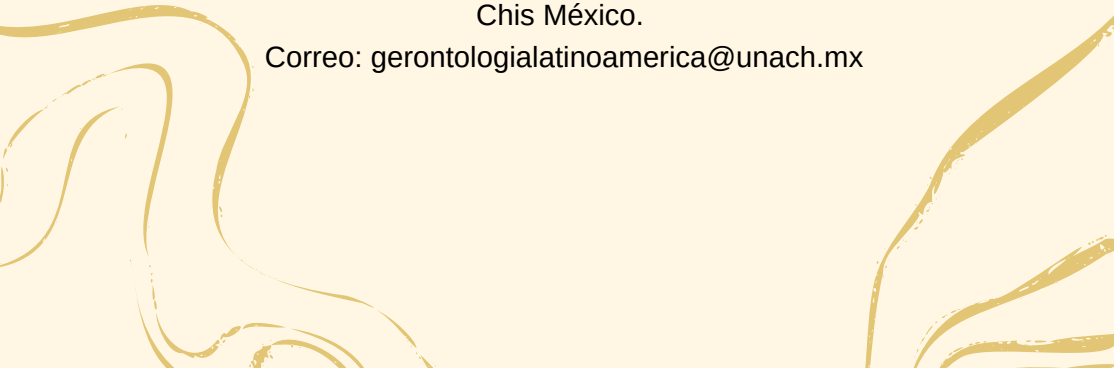
Si quieres publicar con nosotros, te presentamos los criterios editoriales para presentar artículos:

- 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.
- Los artículos deberán manejar lenguaje incluyente.
- 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.

ENVÍO 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.

Correo: gerontologialatinoamerica@unach.mx





GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA