

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Revista de la  
Licenciatura en Gerontología

Enero-junio  
2025

Volumen 3  
Número 1

LG

GERONTOLOGÍA  
LATINOAMERICANA

ISSN:  
2992-6933



# GERONTOLOGÍA LATINOAMERICANA

*En esta edición:*

*Ciudades amigables*

*Reminiscencia: Un Enfoque Innovador*

*Musicoterapia*

*Y más...*

FOTO: Fredi Jiménez (2024) Casa Geriátrica "Amigable la Cabaña",  
Tapachula, Chiapas



# ÍNDICE

<b>Presentación.</b> .....	4
Carlos Miranda Videgaray	
<b>Ciudades amigables con las personas adultas mayores: evaluación de necesidades.</b> .....	5
Samanta Godínez; Wendy Reiboldt; María Claver y Stacey Koeckritz	
<b>Correlación entre la musicoterapia y los síntomas asociados a depresión en el adulto mayor.</b> .....	21
Azucena Paola González González; Rocío Sarai Cuevas Salas y Pablo Jiménez Martínez	
<b>Despertar: Beneficios de danza. Movimiento y música en el Alzheimer, un estudio en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México.</b> .....	31
María Elena Abarca Medina	
<b>Factores asociados a caídas en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio en Villahermosa Tabasco.</b> .....	42
Jocelyn Guadalupe Cardoza García; Flor de María Lastra Cruz; Jennifer Jacinto-Joo; Aide Ibarez-Castro; Elsy del Carmen y Quevedo-Tejero.	
<b>Inequidad social en salud en el curso de la vida y envejecimiento saludable en personas adultas mayores del municipio de Sayula (Usmajac, el Reparo y Tamaliagua), Jalisco, México en 2022.</b> .....	53
Juan Ramón Almejo Vargas y Irma Fabiola Díaz García	
<b>La Reminiscencia: Un Enfoque Innovador para Promover el Envejecimiento Saludable.</b> .....	73
Sharon Nohemi Islas Pérez	



# DIRECTORIO

---

## **Editor en jefe**

Dr. Carlos Miranda Videgaray  
Responsable de Revista Gerontología Latinoamericana

---

## **CONSEJO EDITORIAL**

---

### **Presidente**

Dr. Oswaldo Chacón Rojas  
Rector de la Universidad Autónoma de Chiapas

### **Vicepresidente**

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña  
Directora de la FMH C-II

### **Secretaria Académica**

Dra. Gladis Karina Hernández López

### **Coordinadora de Enseñanza**

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

### **Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología**

Lic. Yéssica Yuliana Flores Flores

---

## **COMITÉ EDITORIAL**

---

Mtra. Osiris Alexandra Martínez Nandayapa

Mtro. Víctor Manuel Alegría Pérez

Dra. Denisse Díaz Pedroza

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

Mtra. Geraldine Hernández Albores

Dra. Liliana Bellato Gil

Dra. Lizbeth Alondra Nanguillasmú Sánchez

---

## **APOYO EDITORIAL**

---

Wendy Alvarado Montiel

Fredi Enrique Jiménez Pérez

Gabriel Alejandro Soberano Zamora

---

Gerontología Latinoamericana, año 3, N°. 5 Enero-Junio de 2025, es una publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Chiapas, C.P. 29050 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tel.: +52 (961) 617-8000, [www.unach.mx](http://www.unach.mx). Editor en Jefe: Carlos Miranda Videgaray. Reserva de Derechos de Uso Exclusivo. NO: 04-2022.112516494300-102, otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. ISSN: 2992-6933. Siendo el Editor en Jefe el responsable de la última actualización de este número, con fecha del 30 de Abril 2025.



## PRESENTACIÓN

La gerontología ha avanzado de manera importante en el estudio y comprensión del envejecimiento y la vejez como fenómeno biológico, psicológico, social y cultural. No obstante, para América Latina y El Caribe, frente a los acelerados cambios demográficos y a la creciente diversidad de trayectorias vitales, se requiere seguir investigando desde nuevos enfoques, con preguntas distintas y con metodologías que respondan con creatividad y profundidad a los desafíos del presente y del futuro.

En su tercer año de publicación, la *Revista Gerontología Latinoamericana* reafirma su compromiso con la difusión de investigaciones que aporten conocimiento relevante y transformador en el campo del envejecimiento, esto permite no solo describir realidades, sino construirlas con quienes las viven. Pero la novedad no se limita al objeto de estudio, comprende también el cómo investigamos: Metodologías participativas, investigación aplicada, abordajes transdisciplinarios, análisis de narrativas, técnicas visuales y etnografías digitales, son solo algunas de las herramientas que están ampliando la manera en que entendemos la vejez. Estas aproximaciones, al incorporar otras voces y perspectivas, permiten no solo describir realidades, sino construirlas con quienes las viven.

Compartir estos enfoques y hallazgos con la comunidad científica y académica no solo enriquece el campo de investigación, sino que también democratiza el conocimiento. En un continente marcado por profundas desigualdades, la investigación gerontológica tiene el deber ético de ser socialmente útil. Invitamos a nuestras lectoras y lectores a inspirarse en estas páginas y a seguir contribuyendo con trabajos que generen nuevas preguntas y que acerquen la gerontología a las múltiples realidades que conviven en América Latina y El Caribe. Innovar en la investigación es también una forma de cuidar, de incluir y de transformar.

**CARLOS MIRANDA VIDEGARAY**  
**EDITOR**

CIUDADES  
AMIGABLES CON  
LAS PERSONAS  
ADULTAS MAYORES:  
EVALUACIÓN DE  
NECESIDADES

AGE-FRIENDLY  
CITIES:  
ASSESSMENT OF  
THE NEEDS OF  
OLDER ADULTS

# Ciudades amigables con las personas adultas mayores: evaluación de necesidades

*Samanta Godínez<sup>1</sup>, Wendy Reiboldt<sup>1</sup>, Maria Claver<sup>1</sup>, Stacey Koeckritz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>California State University, Long Beach, California, United States.

## RESUMEN

Se realizó una evaluación de necesidades con participantes de la ciudad de León, Guanajuato. El marco de comunidades amigables con los adultos mayores de la American Association of Retired Persons (AARP) se utilizó para observar cuatro dominios: Participación Social, Respeto e Inclusión Social, Trabajo y Compromiso Cívico y Servicios Comunitarios y de Salud para evaluar las necesidades actuales a personas adultos mayores, detectar los servicios disponibles e identificar brechas entre las necesidades y los servicios disponibles.

Se utilizó una técnica de muestreo no aleatoria discrecional para encuestar a 26 adultos mayores de 60 años que reciben servicios de salud y 27 proveedores de servicios que trabajan en organizaciones que atienden adultos mayores.

Los resultados indicaron que el dominio de Trabajo y Compromiso Cívico tiene la brecha más grande entre las necesidades y los servicios disponibles desde la perspectiva de ambos grupos.

Seguido por los dominios de Respeto e Inclusión Social y Servicios Comunitarios y de Salud. Se encontró que el dominio con mayor solidez en las necesidades cubiertas es Participación Social.

## Palabras clave

Ciudades amigables, evaluación de necesidades, dominios de habitabilidad.

## INTRODUCCIÓN

México, al igual que otros países del mundo, está experimentando un cambio demográfico único, con una población que envejece rápidamente, causada por una tasa de natalidad en descenso y una mayor expectativa de vida (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2016).

Al igual que otros países del mundo, México está experimentando un cambio demográfico único, con una población que envejece rápidamente, causada por una tasa de natalidad en descenso y una mayor expectativa de vida (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2016).

En México, las consecuencias de una mayor expectativa de vida son las dificultades en diversas áreas, como mantener su independencia financiera y física, carecer de ayuda tanto de los miembros de la familia como del gobierno y no contar con estrategias públicas para apoyar los cambios de la “tercera edad” (Angel, Vega y López-Ortega, 2017).

Esas consecuencias negativas pueden transformarse en positivas si se implementan estrategias que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores.

## **Antecedentes**

La fundación de Comunidades Amigables con los Adultos Mayores se creó a raíz de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una Comunidad Amigable con los Adultos Mayores se define como una comunidad habitable que ofrece calles transitables, viviendas adecuadas, opciones de transporte, acceso a servicios clave y oportunidades para que los residentes participen en actividades comunitarias, también promueve la independencia personal permitiendo a los residentes envejecer en su hogar y participar en la vida cívica, económica y social (AARP, 2017).

En Estados Unidos la American Association of Retired Persons (AARP) lidera este proyecto para cerca de 100 comunidades que pertenecen a esta red de ciudades amigables con los mayores (Scharlach, 2017).

El proyecto Ciudades Amigables y Comunidades de la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado ocho dominios de marco de habitabilidad que son la base del proyecto y contribuyen a la calidad de vida de los adultos mayores (AARP, 2015).

Para el presente estudio, el foco de atención estuvo únicamente en 4 de los 8 dominios: Participación Social, Respeto e Inclusión Social, Trabajo y Compromiso Cívico y Servicios Comunitarios y de Salud.

Investigadores muestran que la participación en las actividades propuestas por cada dominio aumenta el bienestar (Bronfenbrenner, 1979; Carpenter & Patterson, 2004; Halaweh, Svantesson, y Willén, 2016; Kim y Moen, 2002; Phillipson & Baars, 2007).

La población estimada en la ciudad de León es de 118,693 de los cuales 54.751 son hombres y 63.942 son mujeres. El número de adultos mayores en León puede ser abrumador dada la cantidad de profesionales e instituciones disponibles para brindarles servicios de salud.

León es una ciudad poco estudiada en lo que respecta al envejecimiento, con una falta de investigación o evaluaciones de necesidades que informan científicamente lo que se ha hecho para mejorar y enriquecer el bienestar de la población adulta mayor y actual de León (DIF León, Guanajuato, 2015).

### **Dominio 1: Participación Social**

La Participación Social se refiere a la disponibilidad de actividades sociales accesibles y divertidas para abordar los sentimientos de tristeza, aislamiento y soledad. Los adultos mayores jubilados pueden experimentar una disminución del bienestar a medida que pierden sus apegos ocupacionales, su red social de compañeros de trabajo e incluso su identidad.

Todos estos factores pueden provocar angustia psicológica y un aumento de los síntomas depresivos (Koichiro et al., 2017; Potocnik y Sonnentag, 2013).

La alta participación social contribuye al bienestar de los adultos mayores. Investigadores (Bronfenbrenner, 1979; Halaweh et al., 2016; Phillipson & Baars, 2017) encontraron que la conexión social se considera un factor que contribuye a mantenerse activo.

Por ejemplo, las personas adultas mayores que participan en una variedad de actividades y ocupan roles activos tienen más probabilidades de envejecer con una sensación de satisfacción, una mayor red social, poder y apoyo emocional, mientras que la baja participación social resultó ser un factor de riesgo significativo para una morbilidad de discapacidad (Bronfenbrenner 1979; Halaweh et al., 2016; Phillipson & Baars, 2007) y soledad desencadenando a su vez enfermedades cardiovasculares, fragilidad, deterioro funcional, depresión y muerte (Herrera-Badilla, Navarrete-Reyes, Amieva y Ávila.-Funes, 2015).

### **Dominio 2: Respeto e Inclusión Social**

El respeto y la inclusión social implican actividades intergeneracionales que reúnen a jóvenes y mayores para aprender unos de otros y promueve el respeto por la sabiduría de los adultos mayores.

El respeto y la inclusión social implican actividades intergeneracionales que reúnen a jóvenes y mayores para aprender unos de otros y promueve el respeto por la sabiduría de las personas adultas mayores.



Debido a que se espera que los baby boomers lleguen a su punto máximo en 2030 a nivel mundial, las sociedades enfrentan una crisis en cuanto a la falta de personal capacitado y emocionalmente orientado para trabajar con personas mayores, especialmente en servicios humanos y de salud (Lun, 2011).

La investigación es consistente al demostrar que los adultos mayores que participan en actividades intergeneracionales se sienten menos solos, tienen una sensación de plenitud, están satisfechos con sus necesidades de autoestima, aumentan la percepción de su nivel de calidad de vida, desarrollan actitudes más positivas con respecto al futuro, promueven independencia y una mejor satisfacción con la vida (Bullock y Osborne, 1999; Hong, Hwang, Liang y Chang, 2008; Gaggioli y otros, 2014; Grundy, Albala, Allen, Dangour, Elbourne y Uauy, 2012).

Este dominio promueve el respeto entre las generaciones, investigadores (Bullock y Osborne, 1999; DeMichelis, Ferrari, Rozin y Stern, 2015; Gaggioli et al., 2014; Hong et al., 2008) han encontrado que el respeto por la sabiduría de los adultos mayores es un resultado de la participación en programas intergeneracionales, debido a las relaciones que se entablan entre ellos.

Este dominio de respeto e inclusión social es necesario en las comunidades para aumentar la conciencia sobre el envejecimiento y alentar a las personas a especializarse en temas del envejecimiento dentro del campo de los servicios humanos y el trabajo social.

### **Dominio 3: Trabajo y Compromiso Cívico**

La teoría de la actividad propone que las actividades interpersonales son positivas para el bienestar psicológico porque brindan oportunidades para que las personas mayores adopten un rol activo a través de relaciones sociales, éstas mejoran el autoconcepto y es un componente esencial del envejecimiento saludable (Lemon, Bengtson y Peterson, 1972; Rowe y Kahn, 1997).

Además, la teoría de la acumulación de roles explica que una persona con más de un rol tiene resultados de salud más positivos y promueve el crecimiento personal debido a las interacciones y redes sociales (Bronfenbrenner, 1979; Moen, Dempster- McClain, y Williams, 1992).



Investigaciones de actividades productivas demostraron que éstas proporcionan apoyo positivo para el bienestar psicológico de los participantes mayores ya que reportaron menos síntomas de ansiedad, un mayor nivel de satisfacción con la vida y un mejor control personal (Li y Ferraro, 2005; Luoh & Herzog, 2002; Morrow -Howell, Hinterlong, Rozario y Tang, 2003; Thoits & Hewitt, 2001; Umberson, Chen, House y Hopkins, 1996; Van Willigen, como se cita en Hao, 2008).

#### **Dominio 4: Servicios Comunitarios y de Salud**

Este dominio se refiere a la disponibilidad de programas de bienestar, servicios de apoyo, centros de atención de emergencia, hospitales y profesionales de la salud que conducen a una mejor calidad de vida. Una de las estrategias para mejorar la calidad de vida es dedicarse a la actividad física y tener acceso a profesionales bien capacitados que trabajan con la población que envejece (Clement-Guillotín, Radel, y Chalabaev, 2015; Rogers, Marshall, Demakakos, & Scholes, 2017; Sheppard et al., 2003).

Los adultos mayores frágiles a menudo están en riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, caídas, discapacidad, institucionalización y hospitalización. Cuando realizan actividad física, el riesgo disminuye y su autoestima aumenta mostrando una perspectiva optimista de sus vidas (Clement-Guillotín et al., 2015; Rogers et al., 2017). La actividad física en un nivel ligero, moderado y/o vigoroso mejora la calidad de vida (Loprinzi, 2013; Rogers et al., 2017).

#### **Métodos**

La presente evaluación de necesidades se realizó para informar científicamente la situación actual de adultos mayores en la ciudad de León con enfoque en cuatro dominios de habitabilidad.

Se propusieron las siguientes preguntas de investigación (a) ¿Cuáles son las necesidades actuales de los adultos mayores en la ciudad de León, México, con respecto a la participación social, el respeto y la inclusión social, el trabajo y la participación cívica y los servicios comunitarios y de salud; (b) ¿Qué servicios están disponibles para satisfacer las necesidades identificadas?; y (c) ¿Dónde están las brechas entre las necesidades y los servicios disponibles para adultos mayores en la ciudad de León, México?



## **PARTICIPANTES**

Se utilizó una técnica de muestreo no aleatoria discrecional para reclutar a 26 adultos mayores de 60 años o más que reciben servicios de salud y 27 proveedores de servicios de 18 años y mayores que trabajan actualmente en organizaciones públicas o privadas que atienden a adultos mayores. Los participantes incluyeron 35 mujeres y 14 hombres, 4 personas no respondieron a esta pregunta.

## **PROCEDIMIENTOS**

Las encuestas se aplicaron de manera individual si los adultos mayores tenían dificultades para leer o escribir, o en grupos si se sentían cómodos y su nivel de alfabetización se los permitía. Para los proveedores de servicios, se utilizó la herramienta en línea Survey Monkey para compilar los datos, que se exportaron y analizaron con SPSS.

Los datos se recopilaron a través de la encuesta sobre comunidades amigables con la edad en español desarrollada por AARP Research Livable Communities y tuvo como objetivo evaluar los recursos existentes y la importancia de tener diversos servicios para un envejecimiento pleno.

**Dominio 1: Participación social:** los participantes evaluaron con qué frecuencia y dónde interactúan con personas de 60 años o más, calificaron la importancia de tener clases de aprendizaje permanente, clubes sociales, descuentos para personas mayores, actividades intergeneracionales, actividades de entretenimiento, culturales y educativas que sean asequibles, información disponible de estas actividades en la ciudad y la evaluación de los recursos existentes.

**Dominio 2: respeto e inclusión social:** las preguntas se diseñaron para recopilar respuestas sobre la importancia de tener productos disponibles en comercios públicos adaptados a las necesidades y preferencias de los adultos mayores, servicio al cliente atento y cortés, eventos que incluyen personas de todas las edades que se adaptan a las necesidades específicas por edad, actividades familiares que incluyen específicamente a los adultos mayores, programas intergeneracionales, oportunidades disponibles para que los adultos mayores compartan su historia y evaluación de todos estos recursos existentes.



Dominio 3: trabajo y compromiso cívico: este dominio incluyó preguntas sobre la importancia de tener variedad de actividades de trabajo voluntario disponibles, oportunidades de tutorías/mentorías, disponibilidad de ser parte de los órganos de toma de decisiones como comités, información accesible para ellos dando a conocer estas actividades, opciones de transporte, oportunidades de trabajo que se ajustan a las necesidades específicas de los adultos mayores y la evaluación de los recursos existentes.

Dominio 4: Servicios comunitarios y de salud: estas preguntas consistieron en calificar el estado de salud, informar su participación en actividades físicas y calificar la importancia de contar con los siguientes servicios en la ciudad dirigidos a adultos mayores: programas de bienestar, actividades físicas, servicios sociales, atención de emergencia, centros de atención domiciliaria, proveedores de atención médica domiciliaria bien capacitados, servicios accesibles, hospitales en buen estado, variedad de especialistas, servicios útiles, servicio al cliente respetuoso, ubicaciones convenientes, información fácil de encontrar y la evaluación de los recursos existentes.

## RESULTADOS

Los 26 adultos mayores encuestados tenían entre 60 y 81 años, la mediana de edad fue de 67 años. Los proveedores de servicio tuvieron una mediana de edad de 48 años, el más joven tenía 25 años y el mayor 77.

El 66% de los proveedores de servicios encuestados se posicionaron en los rangos de edad 25-34 y 45-54 lo que demuestra que las generaciones más jóvenes están laboralmente brindando atención a los adultos mayores.

En referencia al género, predominó el sexo femenino con un 69% frente a un 31% del sexo masculino. El estado civil muestra que un 46% de adultos mayores y un 50% de los proveedores de servicios están casados. Un 54% de las personas mayores reportaron estar sin un compañero: separados, divorciados, viudos o nunca haberse casado.

En referencia a la discapacidad se indica que el 77% de los adultos mayores no tienen ningún tipo de discapacidad, mientras que el 19% informa tener al menos una.

Los proveedores de servicios calificaron su salud como buena, a diferencia de los adultos mayores que la calificaron como regular.



La mayoría de los encuestados del grupo de adultos mayores informaron tener cobertura de salud (96%).

En cuanto a escolaridad se muestra que la mitad de los adultos mayores se clasifican en grado máximo de secundaria, mientras que el 50% de los proveedores de servicios se posicionan en grados de universidad.

En trabajo remunerado, se refleja que ningún adulto mayor trabaja para alguien más o en búsqueda, el 37% trabajan de tiempo completo de manera independiente.

El 65% de los adultos mayores reportaron no ser usuarios del Internet ya que nunca se conectan, mientras que solo el 3% dijo que tiene acceso a Internet varias veces al día y el 4% aproximadamente una vez al día.

Para el comportamiento electoral, la mayoría de los adultos mayores están involucrados en este proceso ya que el 81% de ellos informaron votar siempre durante las elecciones y el 8% nunca votó.

## **NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LOS 4 DOMINIOS**

Las necesidades se identificaron en base a la pregunta "¿Qué tan importante cree que es tener lo siguiente en su comunidad?", las respuestas con los 3 porcentajes más altos se detallan a continuación.

## **Dominio 1: Participación social**

El grupo de adultos mayores informó que participan consistentemente en actividades recreativas y de socialización a manera de mantenerse conectados con su comunidad.

Algunos de los lugares a los que asisten para dichas actividades son centros comunitarios (47%), departamento de parques y recreación (17%), comunidades de fe / centros para personas mayores (13%) y organizaciones locales (10%). La mayoría de los participantes (58%) interactúan con otras personas de su edad más de una vez al día.

Las 3 necesidades identificadas son 1) Actividades que ofrecen descuentos para adultos mayores (85% adultos mayores [AM]-85% proveedores de servicios [PS]), necesidad cubierta ya que más del 50% de participantes respondieron que se cuenta con este servicio en la ciudad. 2) Clases de educación continua (58% AM, 84% PS), hay una discrepancia en los grupos de AM y PS al referir si la necesidad esta cubierta ya que PS responde que sí esta cubierta mientras que AM responde lo contrario. 3) Actividades específicamente dirigidas a adultos mayores (58% AM, 82% PS) más de la mitad reconoce la importancia de que se cuente con este servicio, sin embargo una ligera diferencia al externar que para PS es más importante la existencia de lugares convenientemente ubicados para el entretenimiento (85% PS, 46% AM), necesidad cubierta 69% AM 85% PS.

En el dominio de participación social, adultos mayores y proveedores de servicios coinciden sobre la importancia de contar con servicios para mejorar la participación social; sin embargo, hay una discrepancia en las percepciones de si la necesidad está cubierta por los servicios que se ofrecen actualmente.

Los resultados reflejan que lo proveedores de servicios conocen los servicios para adultos mayores pero los adultos mayores no conocen la existencia de dichos servicios.

## **Dominio 2: Respeto e inclusión social**

Las tres necesidades de los adultos mayores 1) Tener entornos, actividades y eventos en toda la comunidad que atraigan a personas de todas las edades al satisfacer las necesidades y preferencias específicas de la edad (54% AM, 77% PS ), AM refieren que no hay estas actividades, mientras que PS reportaron lo contrario. 2) Brindar a las personas mayores oportunidades de compartir sus conocimientos, su historia y su experiencia con otras generaciones (54% AM, 69% PS); ambos grupos coincidieron en que este servicio no está disponible en la ciudad.

3) Tener servicios con personal cortés y capacitado para responder a las personas mayores (50% AM, 81% PS), AM perciben que esta necesidad no se cumple mientras que PS afirma lo contrario e incluso comentan que están satisfechos y conectados con el trabajo que hacen.

PS identificaron las siguientes necesidades 1) Que las personas mayores se incluyan específicamente en actividades comunitarias para familias (81% PS, 42% AM).

2) Que las personas mayores participen activa y regularmente en actividades escolares locales (81% PS, 42% AM), junto con el último elemento mencionado para los encuestados adultos mayores anteriores. 3) Tener servicios con personal cortés y capacitado para responder a las personas mayores (50% AM, 81% PS). De acuerdo con AM, ninguna de estas necesidades está cubierta.

Existe interés de los AM para participar en actividades intergeneracionales en las que puedan compartir sus experiencias, pero el interés es aún mayor por parte de los PS.

Además, los PS consideran importante tener información precisa y ampliamente publicitada sobre las actividades sociales, mientras que los AM no la consideran de gran importancia. Un participante AM comentó que recibir información es aún más difícil para las personas que son analfabetas.

### **Dominio 3: trabajo y compromiso cívico**

El 67% de los adultos mayores están ejerciendo en el campo laboral en la categoría de autoempleo, tiempo parcial o completo, el 33% no muestra interés en encontrar un trabajo.

Las tres principales necesidades identificadas por AM 1) Transporte desde y hacia actividades voluntarias para aquellos que lo necesitan (61% AM, 80% PS). 2) Trabajos que están adaptados para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades (54% AM, 84% PS). 3) Gama de oportunidades laborales flexibles para adultos mayores (50% OA, 84% PS). Para los proveedores de servicios, el área con mayor necesidad fue el tener acceso a oportunidades de capacitación a voluntarios para ayudar a las personas a desempeñarse mejor en sus roles de voluntariado.

Esto se traduce a la necesidad externada por PS de contar con mentores AM. Las tres necesidades mencionadas no están cubiertas, no hay servicios para trabajo y compromiso cívico.

AM expresaron en comentarios adicionales que se necesita tener transporte gratuito para ellos, algunos de ellos aún se sienten útiles y les gustaría tener trabajos accesibles de menos de 8 horas por día.

### **Dominio 4: Servicios comunitarios y de salud**

A los AM les gusta hacer ejercicio regularmente, el 61% de ellos hace ejercicio varias veces a la semana, pero no todos los días y el 23% se ejercita todos los días.

Los dos grupos coincidieron en que si hay espacios para hacer ejercicio, pero no hay suficientes para la cantidad de personas mayores en la ciudad y específicamente se referían a la alberca para su práctica de natación. Un total de 42% calificó su estado de salud como excelente o muy bueno.

Las tres necesidades identificadas para este dominio fueron las mismas para adultos mayores y proveedores de servicios 1) Hospitales bien cuidados e instalaciones de atención médica (77% AM, 88% PS), hay un desacuerdo para evaluar si la necesidad está cubierta, AM respondieron que los hospitales de la ciudad carecen de limpieza, organización y materiales para brindar cuidados de salud, un participante agregó "Los hospitales en León no cuentan con los suministros médicos necesarios para ayudar a las personas". 2) Proveedores de servicios de salud a domicilio a precios razonables (69% AM, 88% PS); ambos grupos informaron no existen estos servicios. 3) Variedad de profesionales de la salud incluyendo especialistas (65% AM, 88% PS), esta necesidad se cubre desde la perspectiva de ambos grupos.

En este rubro ambos grupos percibieron la falta de servicios de atención domiciliaria, que incluyen salud, cuidado personal y ayuda con la limpieza.

Los participantes tuvieron la oportunidad de agregar comentarios generales al final de la encuesta, un tema que emergió fue el interés demostrado por saber qué sucederá después de la encuesta, dar a conocer los resultados y el uso de estos.

Participantes comentaron "Sería bueno si las respuestas de esta encuesta toman en consideración porque las personas nos ven porque ya no somos útiles", "Espero que las necesidades detectadas a través de esta encuesta puedan ser cubiertas en la ciudad, gracias".

## Conclusión

El análisis de los resultados indica discrepancias en dos áreas. La primera en cuanto a la percepción de la importancia de servicios para adultos mayores ya que se observa que los proveedores de servicios enfatizan en la importancia de la existencia de servicios mientras que el adulto mayor no lo percibe así, como es el caso de las actividades intergeneracionales y la participación en los comités para toma de decisiones. La segunda se refiere al conocimiento que tiene el adulto mayor de servicios disponibles.

Los proveedores afirman que si hay servicios disponibles en varios dominios de habitabilidad mientras que los adultos mayores opinan lo contrario.

Podría ser que los proveedores de servicios estén más informados sobre lo que está disponible para el envejecimiento de la población debido a sus responsabilidades laborales y los adultos mayores no conocen estos servicios debido a la falta de promoción. De acuerdo con los proveedores, los servicios existentes para adultos mayores no se promocionan con éxito y se identificó la falta de publicidad de las actividades sociales y voluntariado local.

Como se ve en el perfil demográfico de los encuestados, las generaciones más jóvenes están ayudando profesionalmente a los adultos mayores. En el Dominio 2: Respeto e Inclusión Social, los adultos mayores informaron que es extremadamente importante contar con personal servicial, cortés y capacitado. Sin embargo, cuando se les preguntó si actualmente tienen esta necesidad cubierta, más de la mitad respondió que no.

Aunque la mitad de los encuestados del proveedor de servicios son educados hasta un nivel universitario, los adultos mayores todavía necesitan un mejor servicio que se ajuste a sus necesidades específicas.

En respuesta a la pregunta de investigación ¿Dónde están las brechas entre las necesidades y los servicios disponibles para adultos mayores en la ciudad de León? el dominio que muestra la brecha más grande entre necesidades y servicios disponibles es el dominio de Trabajo y Compromiso cívico, las necesidades identificadas no están cubiertas de acuerdo con los 53 participantes.

En segundo lugar, Respeto e Inclusión Social seguido de Servicios Comunitarios y de Salud. El dominio que tiene la menor brecha, es decir, tiene la mayoría de las necesidades cubiertas es la Participación Social.

Es particularmente importante para la ciudad de León porque una de las principales causas que desencadenó la decisión de los adultos mayores de morir por suicidio, especialmente en la población masculina, fue la depresión debido a la soledad (DIF León, Guanajuato, 2015).

Una comunidad amigable con la edad beneficiará el bienestar de los adultos mayores y sus familias al implementar los servicios que cada dominio propone. Este estudio es el primer esfuerzo para documentar científicamente lo que perciben los adultos mayores y los proveedores de servicios sobre las necesidades y los servicios disponibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARP. (2015). Network of age-friendly communities: an introduction. Retrieved from <http://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2014/an-introduction.html>
- AARP. (2017). Network of age-friendly community booklet. Retrieved from <http://www.aarpinternational.org/age-friendly-communities>
- Angel, J. L., Vega, W., & López-Ortega, M. (2017). Aging in Mexico: Population trends and emerging issues. *The Gerontologist*, 57(2), 153-162.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature*.
- Bullock, J. R., & Osborne, S. S. (1999). Seniors', volunteers' and families' perspectives of an intergenerational program in a rural community. *Educational Gerontology*, 25(3), 237-251.
- Carpenter, G., & Patterson, I. (2004). The leisure perceptions and leisure meanings of a mid-life couple around the time of retirement. *World Leisure Journal*, 46(2), 13-25.
- Clement-Guillotín, C., Radel, T., & Chalabaev, A. (2015). If you are old and do not want to fall into the traditional stereotype-Be physically active! *Experimental Aging Research*, 41(4), 446-462. doi:10.1080/0361073X.2015.1053768

- DIF León, Guanajuato. (2015). Morbidity and Mortality of Older Adults in Leon, Gto: Volumen 1. Retrieved from <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/BOLETIN%204.pdf>
- DeMichelis, C., Ferrari, M., Rozin, T., & Stern, B. (2015). Teaching for wisdom in an intergenerational high-school-English class. *Educational Gerontology*, 41(8), 551-566. doi:10.1080/03601277.2014.994355
- Gaggioli, A., Morganti, L., Bonfiglio, S., Scaratti, C., Cipresso, P., Serino, S., & Riva, G. (2014). Intergenerational group reminiscence: A potentially effective intervention to enhance elderly psychosocial wellbeing and to improve children's perception of aging. *Educational Gerontology*, 40(7), 486-498.
- Grundy, E.M., Albala, C., Allen, E., Dangour, A. D., Elbourne, D., & Uauy, R. (2012). Grand parenting and psychosocial health among older Chileans: A longitudinal analysis. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1047-1057. doi:10.1080/13607863.2012.692766
- Halaweh, H., Svantesson, U., & Willén, C. (2016). Experiences of habitual physical activity in maintaining roles and functioning among older adults: A qualitative study. *Rehabilitation Research and Practice*, 2016, 1-8.
- Hao, Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(2), S64-S72.
- Herrera-Badilla, A., Navarrete-Reyes, A. P., Amieva, H., & Avila-Funes, J. A. (2015). Loneliness is associated with frailty in community-dwelling elderly adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 63(3), 607-609. doi:10.1111/jgs.13308
- Hong, J., Hwang, M., Liang, H., & Chang, H. (2008). A toy clinic shop: Innovation management in a Shin-Tai elementary school. *Educational Gerontology*, 34(11), 1018-1033. doi:10.1080/03601270802290102
- Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), P212-P222.
- Koichiro, S., Naoki, K., Katsunori, K., Ichiro, K., Shiba, K., Kondo, N., ... Kawachi, I. (2017). Retirement and mental health: Does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *BMC Public Health*, 17(526), 1-10. doi:10.1186/s12889-017-4427-0.

- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.
- Li, Y., & Ferraro, K. F. (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 68-84.
- Loprinzi, P.D. (2013). Objectively measured light and moderate-to-vigorous physical activity is associated with lower depression levels among older US adults. *Aging & Mental Health*, 17(7), 801-805. doi:10.1080/13607863.2013.801066
- Lun, M. W. A. (2011). Student knowledge and attitudes toward older people and their impact on pursuing aging careers. *Educational Gerontology*, 37(1), 1-11. doi:10.1080/0360127090 3534770
- Luoh, M., & Herzog, R. A. (2002). Individual consequences of volunteer and paid work in old age: Health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 490-509.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B, S173-S180.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams Jr, R. M. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638.
- Phillipson, C., & Baars, J. (2007). Social theory and social ageing. In J. Bond, S. M. Peace, F. Dittmann-Kohli, & G. Westerhof (Eds.), *Ageing in societies* (pp. 68-84). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Potocnik, K., & Sonnentag, S. (2013). A longitudinal study of well-being in older workers and retirees: The role of engaging in different types of activities. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(4), 497-521. doi:10.1111/joop.12003
- Rogers, N. T., Marshall, A., Roberts, C. H., Demakakos, P., Steptoe, A., & Scholes, S. (2017). Physical activity and trajectories of frailty among older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *PLoS ONE*, 12(2), e0170878



- .Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Scharlach, A. E. (2017). Aging in context: Individual and environmental pathways to aging-friendly communities—The 2015 Matthew A. Pollack Award Lecture. *The Gerontologist*, 57(4), 606-618.
- Sheppard, L., Senior, J., Park, C. H., Mockenhaupt, R., & Chodzko-Zajko, W. (2003). Strategic priorities for increasing physical activity among adults age 50 and older: The National Blueprint Consensus Conference summary report. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11(3), 286-292.
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- Umberson, D. J., Chen, M. D., House, J. S., & Hopkins, K. (1996). The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different? *American Sociological Review*, 61, 837-857.



CORRELACIÓN ENTRE LA  
MUSICOTERAPIA Y LOS  
SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA  
DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS  
ADULTAS MAYORES.

CORRELATION BETWEEN  
MUSIC THERAPY AND  
SYMPTOMS ASSOCIATED WITH  
DEPRESSION IN OLDER  
ADULTS.

# Correlación entre la musicoterapia y los síntomas asociados a la depresión en las personas adultas mayores

Azucena Paola González<sup>1</sup>, Rocío Sarai Cuevas Salas<sup>1</sup>, Pablo Jiménez Martínez<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Toluca

<sup>2</sup> Maestro en Docencia por la Universidad Digital del Estado de México

<sup>3</sup> Licenciado en Gerontología y Docente de Tiempo Completo de la Universidad Estatal del Valle de Toluca

## RESUMEN

La depresión es un padecimiento que se ha relacionado con las personas adultas mayores desde la antigua Grecia, denominada como “melancolía”, y su prevalencia está asociada a variables como el apoyo social, la funcionalidad, el género, la soledad, el bajo nivel de ingresos, la percepción de salud y los eventos estresantes. Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 67 años de edad, de nacionalidad mexicana, con diagnóstico médico de VIH y presenta sentimientos de tristeza por la pérdida de su hijo P.S.C., asimismo menciona tener problemas para dormir, sentimientos de tristeza, vacío, frustración, culpabilidad, inutilidad y cansancio “sin ganas menciona”, por la noche piensa en su hijo que falleció.

**Palabras clave:** Adulto mayor, síntomas asociados a la depresión, musicoterapia, técnica activa pasiva.

## ABSTRACT

Depression is a condition that has been related to older adults since ancient Greece, called “melancholy,” and its prevalence is associated with variables such as social support, functionality, gender, loneliness, low income level, health perception and stressful events. The case of a 67-year-old female patient, of Mexican nationality, with a medical diagnosis of HIV and presents feelings of sadness for the loss of her son P.S.C. is presented. She also mentions having problems sleeping, feelings of sadness, emptiness, frustration, guilt, uselessness and tiredness “he doesn't want to mention it”, at night he thinks about his son who died.

**Keywords:** Older adult, symptoms associated with depression, music therapy, passive active technique.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la población de adultos mayores va en aumento en países desarrollados y en vías de desarrollo lo que aumenta la expectativa de vida y sus necesidades.

El adulto mayor se ve involucrado por una serie de cambios a nivel biológico, psicológico, social y espiritual, por lo que lo condicionan vulnerable.

La Organización Mundial de la salud (OMS) estima que entre el 2015 y 2050 exista un aumento del 12% a 22%, lo que estima que el 15% de los adultos sufren algún trastorno como depresión y demencia (1). La depresión se describe como un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Además, esta se caracteriza fundamentalmente porque las respuestas emocionales suelen ser mayores ante breves problemas de la vida cotidiana (2). Se considera que es uno de los trastornos más frecuentes y el menos identificado, este se asocia con una morbilidad significativa, se suma una polifarmacia, una dependencia farmacológica y una elevada mortalidad por suicidio.

Por lo que existe una motivación para aplicar la música como una técnica para promover la salud mental, debido a que está relacionada para tratar dolores del alma, alivio del sufrimiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 67 años de edad acude a consulta gerontológica, por primera vez, orientada en tiempo y espacio con diagnóstico médico de Virus de Inmunodeficiencia Humana, de 7 años de evolución provocado por su pareja, con un control farmacológico; el cual presenta sentimientos de tristeza, vacío, frustración, llanto, aislamiento y problemas para dormir en la última semana relacionados por la pérdida de su hijo P.S.C; se procede a aplicar la escala (CESD-7) obteniendo una puntuación de 13 ítems, lo que da como resultado síntomas depresivos significativos.

A la exploración por aparatos y sistemas no presenta alteración, siendo normal en simetría, ruidos y características. Solamente presenta insomnio, cansancio y estado de ánimo asociado a síntomas de la depresión como vacío, frustración, irritabilidad y llanto.

# PROCESO DE LA INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

Etapa I: Recolección de información y aplicación de pruebas estándar.

1. Se realiza el primer contacto del paciente en la comunidad del Potrero, en el Municipio de Xalatlaco, Estado de México.
2. Presentación del profesional en gerontología.
3. Con autorización, se realiza un cuestionario rápido para identificar la presencia de síntomas asociados a la depresión.

Usted en la última semana:

1. ¿Ha presentado problemas para dormir?
2. ¿Pérdida o aumento de peso inexplicable?
3. ¿Pérdida para realizar actividades de su interés?
4. ¿Ha presentado sentimientos de culpa o inutilidad?
5. ¿Se siente solo(a)?
6. ¿Sale de casa para visitar a su familia y/o amigos?

Mas la presencia de factores en los que podemos encontrar:

- Pérdida de un ser querido
- Sexo femenino
- Aislamiento social
- Presencia de enfermedad
- Viudez
- Divorcio
- Nivel socioeconómico
- Polifarmacia
- Dolor crónico

4. Obteniendo una respuesta positiva a las preguntas, el profesional explica la propuesta de trabajo de investigación “Correlación entre la musicoterapia y los síntomas asociados a depresión en el Adulto Mayor”.

5. El paciente está interesado por participar, se le brinda información sobre el lugar en el que se debe presentar, domicilio: Clínica Integral Universitaria (CIU), de la Universidad Estatal Valle de Toluca.

6. El paciente asiste a consulta gerontológica dentro de la CIU, en el cual se aplica un triage respiratorio, toma de signos vitales.

7. Posteriormente el gerontólogo aplica con el consentimiento informado, en donde se explican todos los puntos y se resuelven dudas. El paciente accede y firma el consentimiento.

8. Se comienza con la aplicación de la historia clínica, y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CESD-7

- Ficha de identificación
- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes patológicos y no patológicos
  - Se identifica la enfermedad como un factor asociado a la depresión
- Familiograma
  - Se identifica la pérdida de un familiar como factor asociado a la depresión

## **Etapas II: Implementación de musicoterapia basado en la técnica activa y pasiva**

- Las sesiones se realizaron con un promedio de 10 sesiones:
- 5 sesiones dentro de la CIU
- 5 sesiones en su domicilio
- Horario: 45 minutos
- En cada sesión al inicio y al finalizar se le pregunta cómo se siente la paciente

**Tabla 1. Sesiones de musicoterapia**

<b>NO. SESIONES</b>	<b>MUSICOTERAPIA Y ACTIVIDADES</b>
Sesión 1	Presentación Consentimiento informado Evaluación Gerontológica Integral Evaluación de la escala CESD-7
Sesión 2	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica pasiva: Relajación Canción de despedida Nota de evolución
Sesión 3	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: libre Improvisación Canción de despedida Nota de evolución

Sesión 4	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: libre Improvisación Canción de despedida Nota de evolución
Sesión 5	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: libre improvisación
Sesión 6	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: Improvisación estructurada Canción de despedida Nota de evolución
Sesión 7	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: Historia sonora Canción de despedida Nota de evolución
Sesión 8	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: Historia sonora Canción de despedida Nota de evolución
Sesión 9	Recepción Toma de signos vitales Canción de bienvenida Técnica activa: Historia sonora Canción de despedida Nota de evolución

Fuentes: elaboración propia

La intervención se centró en el trabajo de la liberación de las emociones básicas y ocultas que se consideran asociadas a la depresión, con la finalidad de liberar emociones a partir de la musicoterapia trabajada.

## RESULTADOS

En la valoración gerontológica se identificó que el paciente presenta síntomas asociados a la depresión. Según la Escala de Depresión del Centro de Estudios de Epidemiología (CESD-7), de 7 preguntas obtuvo un resultado positivo con valor de 2,2,1,2,2,1,3 puntos con un total de 13, presentes en la última semana, Por lo cual se procede a la aplicación de la musicoterapia en 10 sesiones, utilizando la técnica activa pasiva según la tabla número 1, en la quinta y última sesión se aplica una reevaluación con la escala (CESD-7).

Se determina que existe una correlación directa mediante el número de sesiones con el uso de la musicoterapia con la técnica activa pasiva y la influencia que se observa es: a mayor número de sesiones de musicoterapia, mayor cambio van a presentar los síntomas depresivos “disminución” que tiene el adulto mayor ante la pérdida de un ser querido, por lo cual se desarrolla una tabla que especifica el número de sesiones y las manifestaciones y síntomas presenta al finalizar la terapia.

**TABLA 2. CORRELACIÓN SOBRE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN**

Número de sesiones con musicoterapia	Correlación sobre los síntomas asociados a la depresión
<p>Sesión 1</p> <p><b>Sin musicoterapia</b></p> <p>Aplicación de la escala CESD-7</p>	<p><b>Puntuación: 13 - Síntomas depresivos significativos</b></p> <p>Presencia de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas del sueño “insomnio”</li> <li>• Problemas de atención</li> <li>• Tristeza</li> </ul>
<p>Sesión 2,3,4,5</p> <p><b>Musicoterapia mediante técnica pasiva</b></p> <p>Aplicación de la escala CESD-7</p>	<p><b>Puntuación: 8 - Síntomas depresivos significativos.</b></p> <p>Presencia de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas del sueño “insomnio”</li> <li>• Problemas de atención</li> <li>• Tristeza</li> </ul> <p>Otros: sensación de culpabilidad, pensamientos negativos de sí mismo Según el DSM-V</p> <p><b>Manifestaciones</b></p> <p>Llanto, desahogo, relajación, imitación de sonidos, canto</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Instituto Nacional de Geriátria y DSM-V



## Interpretación: Correlación positiva

1. Durante la primera sesión la paciente tiene una puntuación de 13: síntomas depresivos significativos según la escala CESD-7 en donde se observa que el paciente presenta problemas del sueño insomnio específicamente, problemas de atención y tristeza.
2. En la sesión dos, tres, cuatro: se aplicó musicoterapia mediante la técnica pasiva con el uso de canción de bienvenida, relajación mediante el uso de mantras, libertad de improvisación mediante sonidos de guitarra, saxofón y piano que son sus instrumentos favoritos y al final canción de despedida.

Estos instrumentos ayudan a mejorar la retención de información, generan relajación, mejoran el estado de ánimo debido a que pueden evocar sentimientos como llorar, reír, sentimientos como tristeza, con capacidad de trasportar al oyente a varios planos emocionales, permite expresarse, imitar sonidos, ayuda a la atención, ayuda en la pérdida de memoria para potenciar la concentración, aumenta la conciencia de sonido y generar ideas creativas, mejora la respiración.

- En la quinta sesión se aplica la escala CESD -7 con una puntuación de 8 puntos: síntomas depresivos significativos con presencia de problemas del sueño “insomnio”, atención, tristeza, y otros identificados son culpabilidad, pensamientos negativos de sí mismo, según el DSM5.
- En la sesión seis, siete, ocho, nueve se aplica la técnica activa mediante la canción de bienvenida historia sonora mediante sus canciones y cantantes favoritas como las Jilguerillas, Flor Silvestre, Tres Señoras, Mercedes Castro, Irma Serrano al finalizar canción de despedida.
- En la décima sesión solo se aplica canción de bienvenida, canción de relajación mediante el uso de mantras y canción de despedida, se aplica la escala CESD-7 con una puntuación de 4 normal, en la que se observa una disminución de problemas del sueño, tristeza, culpabilidad, generando mayor concentración, disminución de la sensación de culpabilidad y pensamientos negativos de sí mismo y la presencia de sensación de alegría.

Nota: Se debe mencionar que la paciente está interesada en asistir a grupos de baile y canto, por lo cual se le sugiere asistir al Grupo de Ayuda Mutua de su municipio.

SESIONES	APLICACIÓN DE ESCALA	PUNTUACIÓN
Sesión 1	Escala de Depresión del Centro de Estudios de Epidemiología (CESD-7),	13 Síntomas depresivos significativos
Sesión 5	Retest de la Escala de Depresión del Centro de Estudios de Epidemiología (CESD-7),	8 Síntomas depresivos significativos
Sesión 10	Retest de la Escala de Depresión del Centro de Estudios de Epidemiología (CESD-7),	4 Normal

Fuente: Elaboración propia

Se identificó que a través de la musicoterapia en el adulto mayor genera una experiencia emocional orientada a liberar sentimientos negativos: miedo, tristeza, sentimientos de vacío, pensamientos de vacío, mediante del desahogo, llanto, canto, lalaleos líricos, fortaleciendo sus relaciones sociales, autoestima, tranquilidad, alegría y esperanza por medio de la música.

Se demostró la correlación directa que tiene la musicoterapia sobre los síntomas asociados a la depresión. También es una manera de trabajar la atención, memoria y la libre expresión.

## CONCLUSIONES

Según el artículo “La musicoterapia y emociones en el adulto mayor” (9), explora las características emocionales en los encuentros de musicoterapia y los beneficios que tiene para la salud mental en general en los adultos mayores y concluye que la musicoterapia es de ayuda como complemento del abordaje psicológico.

Según el estudio Musicoterapia para la Depresión y Ansiedad 2017, se compararon los efectos de la musicoterapia como tratamiento habitual para depresión en dos grupos uno con y sin musicoterapia, el cual se identificó que el uso de la musicoterapia ayuda en los síntomas depresivos, ansiedad y mejora la funcionalidad (p.ej. mantener la participación en el trabajo, las actividades y las relaciones).



La presente investigación “Correlación entre la musicoterapia y los síntomas asociados a depresión en el adulto mayor”, demuestra que existe una correlación directa; a mayor aplicación de musicoterapia, mayor cambio van a presentar los síntomas depresivos significativos, demostrando que la musicoterapia logra disminuir problemas del sueño “insomnio”, problemas de atención, sensación de culpabilidad, pensamientos negativos de sí mismo, de acuerdo con las preguntas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-7 generando la liberación de emociones y sentimientos por medio del llanto, canto y desahogo, causando relajación, sensación de alegría y generar nuevos vínculos sociales, siendo una forma de intervención que por sí misma puede generar efectos terapéuticos que mejoran la calidad de vida.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Depresión [Internet]. [ actualizado 2021 Sep 13; citado 2022 Ago 11].
2. Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento ENASEM [Internet]. [actualizado 2020 Ago 2018 citado 2022 Ago 11].
3. Lazo GD. Programa de Musicoterapia Grupal para Mejorar el Estado Emocional en Paciente de la Tercera Edad que Presentan Depresión Moderada [Master's thesis]. Cuenca Ecuador: Universidad del Azuay, [ actualizado 2018; citado 2022 Ago 11].
4. Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales AEMP. Que es la Musicoterapia [Internet]. [ actualizado 2014; citado 2022 Ago 11].
5. Mora Medina Maria, Guitierrez Sarti Elsa. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Colección de aniversario. CONACYT, Academia Nacional de Medicina en México. [ actualizado 2014; citado 2022 sep 11].
6. Morison James. Guia para el diagnostico clínico DSM-5. Manuel moderno. [ actualizado 2013; citado 2022 sep 11].
7. Victoria Hall Ramírez. DEPRESION: FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO. Centro Nacional de Información de Medicamentos Instituto de Investigaciones Farmacéuticas [ actualizado 2017; citado 2022 Ago 26].

8. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Instituto Nacional de Geriátrica.
9. Becerra Pino Margarita. Depresión en el Adulto Mayor. Psiquiatra y Psicogeriatra. Facultad de Medicina UNAM . [Internet]. [ actualizado 2018; citado 2022 sep 15].
10. World Federation Of Music Therapy WFMT. Definición de la Musicoterapia [Internet]. [ actualizado 2011; citado 2022 Ago 11].
11. Lazo GD. Programa de Musicoterapia Grupal para Mejorar el Estado Emocional en Paciente de la Tercera Edad que Presentan Depresión Moderada [Master's thesis]. Cuenca Ecuador: Universidad del Azuay, 2013.
12. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JCF, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen X-J, Gold C. Musicoterapia para la depresión. 2017 Nov 16.
13. Cesari L, Estefania JD. Musicoterapia y las Emociones en el Adulto Mayor. Revista Diálogos. 2014 Jul. Vol.4, Nro. 2: 75-82.
14. Davis, W., Gfeller, K. y Thaut, M. Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica. Barcelona, Bolileau. [ citado 2022 Oct].
15. Corimanya Vargas, Abe. [Masters Enfermería y Salud Mental] Efectividad De La Musicoterapia Para Mejorar Los Síntomas Depresivos En Pacientes Psiquiátricos, Universidad Privada Norbert Wiener Facultad De Ciencias De La Salud Programa De Segunda Especialidad En Enfermería En Salud Mental Psiquiatría.
16. Arranz Lucas Miriam Introducción a la musicoterapia Editorial síntesis. España [Internet]. [ citado 2022 Oct].
17. Andrés, V.P. (2000). El fenómeno de la música. En M.B. Toro, Fundamentos de musicoterapia [ citado 2022 Oct].



DESPERTAR: BENEFICIOS DE  
LA DANZA. MOVIMIENTO Y  
MÚSICA EN EL ALZHEIMER,  
UN ESTUDIO EN TUXTLA  
GUTIÉRREZ, CHIAPAS,  
MÉXICO.

AWAKENING: BENEFITS OF  
DANCE. MOVEMENT AND  
MUSIC IN ALZHEIMER'S  
DISEASE, A STUDY IN TUXTLA  
GUTIÉRREZ, CHIAPAS,  
MEXICO.

# Despertar: Beneficios de la danza. Movimiento y música en el Alzheimer, un estudio en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México.

*María Elena Abarca Medina<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Licenciadas en Gerontología, por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

## RESUMEN

El Alzheimer es una de las demencias neurodegenerativas con incremento en los últimos años, las terapias alternativas basadas en danza y música son clave para la mejora en cuanto a funcionalidad motriz y estímulo cognitivo en pacientes con demencia tipo Alzheimer tanto en estadio leve como en grave. En el transcurso de los años, se ha empleado la música y la danza como alternativas terapéuticas en diversas condiciones psicoemocionales y/o cognitivas, logrando progresos significativos tanto cognitivo como motriz. Sin embargo, no hay mucha evidencia específica de la danza y la musicoterapia en la labor del personal gerontológico. Es por esto por lo que es ineludible explorar la evidencia favorable de los útiles efectos en la rehabilitación y los cambios cognitivos que pueden producir ambas terapias, en este caso, principalmente en pacientes con Trastorno Neurocognitivo tipo Alzheimer.

## Palabras clave

Beneficios, Danza, Música, Movimiento, Alzheimer, Cognitivo, Motriz, Terapias alternativas.

## METODOLOGIA

Dicha investigación se basa en un paradigma crítico mediante el cual se generan acciones en beneficio de los sujetos, considerando la interpretación cualitativa será reforzada con lo cuantitativo para dar precisión al corte mixto; generando un conjunto de cambios que el propio sujeto experimenta a través de la experiencia propia por tal tiene enfoque crítico, recabado a través de Escalas como FAST (Functional Assessment Staging) y GDS (Global Deterioration Scale), MoCA (Montreal Cognitive Assessment) la cual se presentaron adecuaciones como imágenes de animales de especie latina y en algunos apartados de escritura propia se modificó ya que 2 sujetos de estudios son analfabetas siendo un obstáculo para dicha evaluación, entrevistas semiestructuradas con algunas preguntas por respuestas mixtas dando valor a cuantificable pero con el valor a lo vivido. Con el Taller “Muévete con la música de tu vida” evaluándose al final de cada sesión verificando los cambios significativos. Artículos científicos revisados con rango del 2019 al actual como referencias y citas para aporte a la investigación.

## INTRODUCCIÓN

El incremento mundial de personas adultas mayores con esta Alzheimer es preocupante e interesante para nuestro campo de investigación, buscando terapias alternativas con mayor estímulo y benéfico para el adulto mayor, así como para su núcleo familiar, coadyuvando en la misma. Enseñar a las familias sobre dicha patología es otorgar un panorama diferente que ellos mismos pueden contribuir con las mismas terapias como parte de la actividad de la vida diaria. Normalizar el “olvidar las cosas o detalles” son datos de inicio para prevenir y sobre todo la atención oportuna de un especialista.

Analizando la prevalencia de demencia en Latinoamérica Zurike y autores (2019) citan a Ferri y Jacob afirman que “La demencia sigue siendo una entidad poco conocida, subdiagnosticada y, por ende, subtratada; en parte favorecido por la errónea idea de que declives cognitivos como la pérdida de memoria forman parte de un envejecimiento normal” (p.354). Reiterando este antecedente de acuerdo con la Secretaría de Salud [SS] (2010,p.7) a nivel mundial se estima que 35.6 millones de personas viven con demencia, estimándose que en 20 años dicha cifra se duplicará.

## ANTECEDENTES Y BASES HISTÓRICAS

Tanto el descubrimiento del Alzheimer, los avances para el diagnóstico y tratamientos desde alópatas hasta alternativos son diversos, basados en estudios científicos realizados por años son una esperanza para el acompañamiento del paciente en el proceso de dicha enfermedad.

Hablar de la danza desde el campo terapéutico implementando movimiento específico dan origen a los antecedente importante en la investigación de Cigarán (2009) menciona que el origen de Danza Movimiento Terapia (DMT) se da tras un suceso histórico como la Segunda Guerra Mundial, la cual dio origen a un método terapéutico surgido en EE.UU. en la década de 1940, siendo Marian Chace quien en su investigación realizada con pacientes psiquiátricos determinando 4 puntos importantes: involucrarse a través del reflejo empático, narración verbal, utilización del ritmo para organizar el pensamiento, sentimiento y la utilización de la danza como proceso de cohesión; basándose en estos elementos para construir los pilares de dicha disciplina con beneficios (p.p.4-7). Basado en el reflejo empático será la base para implementar la nueva alternativa trayendo beneficios

Las afectaciones en la progresión del Alzheimer pese a que son graduales son notorias, limitando las actividades de la vida diaria que dependen de la marcha y el equilibrio, Ríos (2020) demuestra que la aplicación de la danzaterapia tiene beneficios tanto físicos, como cognitivos y sociales. “danza terapia puede ser aplicada en la Terapia Ocupacional como herramienta terapéutica para el mantenimiento del equilibrio y la marcha en personas con la enfermedad de Alzheimer que se encuentren en fase leve-moderada”.

La música inmersa en nuestras vidas desde el vientre materno siendo los latidos del corazón el primer sonido que escuchamos durante el desarrollo embrionario, a lo largo de la vida pasan muchas canciones que tendrán un simbolismo importante, el psicólogo Pepe Olmedo quien es fundador del proyecto “música para despertar” basado en el atributo de la memoria musical dice:

*“La música está en cada parte de nuestra vida y la mente de una persona con alzhéimer funciona diferente a la nuestra, las emociones perduran hasta el final, comunicarse con ellos a través de la emoción”* es lo primordial, a través del artículo de la revista “El País” de Paolini (2019) y exponiendo el video del propio Pepe Olmedo. Nos menciona de la gran ayuda en la mejora del estado del paciente escuchando la música de vida, obteniendo mejores resultados con pacientes en Sevilla, España.

Muchas patologías físicas no requieren de inmovilización más bien de actividad diseñada y específica para la rehabilitación de este, las personas con Alzheimer son las que tienen una condición muy deteriorada a causa del deterioro cognitivo progresivo, Escarabajal y Flores en el 2020 destacan que suelen presentar “acortamientos musculares, anquilosamiento de las articulaciones y una hipertrofia sanguínea”, esto dificultando y empeorando la movilidad poniendo al paciente en dependencia gradual hasta total. Por mínima que sea una actividad física implica movimiento músculo esquelético causando un consumo energético, abordar la diferencia de ejercicio y actividad física es importante mencionarlas ya que un ejercicio es una rutina determinada y establecida de manera lineal para tener resultados específicos, y la actividad física es diseñada no sólo con ejercicios específicos si no también con auxiliares de diversos materiales que incluyen trabajo, juegos y formas variadas para realización de la misma haciéndolo más ameno y con mayor estímulo tanto físico como cognitivo y sensorial.



Como datos relevantes en la valoración de estudios científicos Molina y autores (2021) puntualizan con la tabla 1 “El efecto de la terapia musical en pacientes con Alzheimer”, que se presentan estímulo de memoria, lenguaje, motor, emocional y social.

En el campo de la salud y la gerontología la investigación de dichas terapias implementadas tiene relevancia ya que se aborda el deterioro cognitivo y funcional que conlleva a complicaciones y la progresión del Alzheimer siendo una problemática en salud neurológica, repercutiendo también el entorno familiar y social. Cabe mencionar que el Alzheimer no sólo se presenta en el grupo etario adulto mayor, si no también adultos jóvenes a partir de los 40 años.

Estudios recientes del Alzheimer realizados por Gómez, Reyes, Silva, López y Cárdenas indican que son diversos riesgos o factores que influyen para desencadenar la enfermedad de Alzheimer, teniendo en cuenta que la genética es un riesgo mínimo en su mayoría los factores transversales como el envejecimiento, bajo nivel educativo, enfermedades cerebro vasculares, lesiones traumáticas, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, sedentarismo, depresión, aislamiento social, tabaquismo y alcoholismo e infecciones incluso COVID-19.

El estilo de vida del ser humano en su juventud conllevará a desarrollar o prevenir dicha patología en edad incluso adulto joven.

Durante el proceso de evaluaciones para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer se aplican diversas escalas diseñadas en países específicos y dicho su asertividad han sido aplicados de manera general en el mundo y se ha observado que en el caso de países latinos existe confusión al identificar algunos rasgos como “en las zonas rurales andinas han llegado a identificar a los rinocerontes como «cerdos con un cuerno» y al dromedario como «una llama con joroba” (Long, Benoist y Weidner, 2023, p 70). La importancia de la adecuación a dicha escala es una propuesta para evitar malos resultados en la investigación.



## RESULTADOS

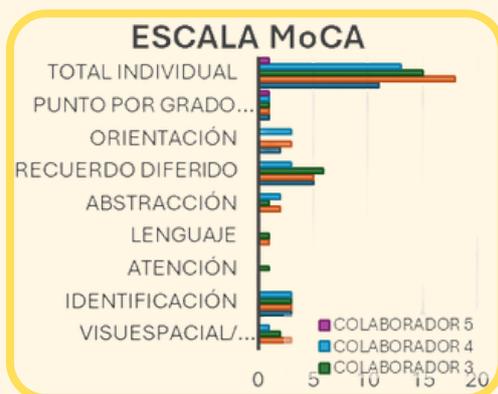
El proceso de investigación se experimentó con el universo por conveniencia siendo 5 sujetos de estudio. Los cuidadores primarios consideraron que el Alzheimer no es hereditario pero la minoría expresó sí serlo ay que tenían de conocimiento de familiares cercanos con dicha patología.

Dando la confirmación que la Danza y la Música proporcionan beneficios cognitivos en memoria, atención; y aprendizaje en analfabetas específicamente con etapa muy inicial o leve; generando incluso estímulo verbal con inicios de afasia, quienes tienen etapa muy avanzada se observa el intento de emitir una palabra, pero el mayor estímulo es tolerar objetos extraños, permitir trabajar para generar movimiento no siendo empático, pero movimiento predispuesto por memoria semántica.

El analfabetismo es un predisponente para la reducción de arco de movimiento, motricidad tanto fina como gruesa y flexibilidad; probablemente falta de coordinación rítmica.

La aplicación de la música de manera personalizada en cada sujeto de estudio es el puente idóneo para el estímulo, acercamiento y sobre todo el reconocimiento de las habilidades como capacidades que puede beneficiarlo, retardar la progresión mediante el uso de ambas terapias de manera diaria se logra aumentar conectividad y estímulo corporal basado en el reflejo empático, en adultos mayores con Demencia tipo Alzheimer, Con ellos también la integración del núcleo familiar para comprender dicha patología, acuerpar y acompañar el proceso y coadyuvar dedicándole diariamente a actividades ya realizadas durante la investigación.

**Gráfica No. 1 Grado de estudios.**



Fuente: elaboración propia a partir de la escala MoCa, 2024.

De nuestro total, todas las personas presentaron deterioro cognitivo, determinando que pese a los obstáculos en la evaluación la función:

- Visuespecial
- Identificación,
- Recuerdo diferido
- Orientación
- Abstracción

GDS (Global Deterioration Scale). Dichas escalas en la página de fundación Pasquial Maragall destaca que:

La escala FAST y la escala GDS son dos formas de definir cada una de las fases de la enfermedad del Alzheimer. Usadas en el entorno profesional, permiten conocer la evolución de la enfermedad (Gramunt, N. 2020).

Del universo se detecta que el 40% presentan Deterioro cognitivo moderadamente grave.

20% con Deterioro cognitivo leve y Deterioro Cognitivo grave clasificándose en etapa inicial o moderada.

20% restante está en etapa grave quienes ya se tiene menor respuesta tanto verbal como motora, dependiendo si presenta síndrome de cama.

## Gráfica No. 2 Alzheimer y deterioro cognitivo.



Fuente: elaboración propia a partir de la escala GDS, 2024.

El grado de dependencia en cuanto a funcionalidad tanto individual como social nos indica que:

40% tienen reducción en elección de cosas y acciones personales.

20% presenta déficit en tareas ocupacionales y sociales que logran aislarlos de alguna manera.

20% reducción en la realización de las actividades de la vida diaria dependiendo de estímulo para llevarlas a cabo.

20% restante se encuentra en función global grave siendo dependiente total del cuidador principal o familiar para el cuidado integral.

### Gráfica No. 3 Alzheimer y deterioro funcional.

Personas mayores con Alzheimer, deterioro funcional escala FAST, 2024.



Fuente: elaboración propia a partir de la escala FAST, 2024.

#### Resultados del Taller:

- Todo fue en base a la selección de música personalizada de cada adulta mayor, para mejores resultados.
- El movimiento rítmico se basa en el reflejo empático, siendo estos diseñados para desarrollar amplitud del arco, flexibilidad y coordinación.
- Se observó que las personas con analfabetismo están limitado el arco de movimiento lo cual los conlleva a presentar riesgo de fragilidad.
- El grado de estudios no debería ser determinante para la actividad física si no el hábito adquirido en la infancia o el mismo estilo de vida es notorio.
- Presentado Alzheimer fase grave o III a través del estímulo musical permitió aceptar objetos diferentes a los del apego pueden ser el estímulo a movimiento, encontramos comunicación a través de mover objetos (aun con afasia), sí identifica a personas después de un tiempo de interacción.

- Es de suma importancia la participación e integración de la familia como el cuidador primario, algunas familias se sorprendieron al ver los cambios notorios en cuanto a la sociabilización, reconocimiento y sobre todo movimiento.

#### CONCLUSIÓN

- La elaboración de esta tesis ha permitido examinar a profundidad las dificultades que presentan las personas adultas mayores, al presentar demencia tipo Alzheimer limitando cognitiva, física y socialmente su desempeño individual.
- La demencia puede estar acompañada con otras comorbilidades, síndromes o analfabetismo.
- La atención oportuna por el médico especialista es importante, algunas ocasiones no consideran el analfabetismo como limitante para valoración con escalas y en el estímulo cognitivo.
- La experiencia de nuestra investigación fue enriquecedora, no sólo en procesos de conocimientos, sino el desarrollo de habilidades críticas, como la observación, adecuación individual ante la necesidad que cada adulta mayor, nos llevó a conectar y permitir entrar en el mundo que se encuentran



- La integración familiar a través de respetar la forma de ver el Alzheimer, generalizando y priorizando el bienestar del adulto mayor, permitió el entendimiento de la progresión, así como la coordinación del cuidado e importancia de actividades cognitivas, físicas y sociales dándoles un círculo familiar.
- Los resultados obtenidos confirman que ante la restrictiva del diseño universal de la escala MoCA, nos lleva a plantear a realizar el diseño de una escala especializada para personas con Demencia tipo Alzheimer con Analfabetismo; el reconocer las oportunidades de habilidades que cada adulta mayor.
- Otro hallazgo importante quienes no tuvieron la oportunidad de acudir a escuelas tiene reducido el arco de movimiento en todo el cuerpo, rigidez muy determinada en cuello, brazos y sobre todo falta de coordinación rítmica.

Para reflexionar es importante considerar que:

- Para futuros estudios sería valioso considerar un Centro especializado con las instalaciones entre espacio amplio, ergonómico y el material didáctico que permita trabajar adecuadamente.

Futuros temas de investigaciones:

- “Duelo de la familia ante el diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer”
- “Causas del asilamiento del adulto mayor con demencia tipo Alzheimer, por los circundantes familiares”

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Navarro, S. G., Mimenza-Alvarado, A. J., Palacios-García, A. A., Samudio-Cruz, A., Gutiérrez-Gutiérrez, L. A. y Ávila-Funes J. A (2017) Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. Revista Colombiana de Psiquiatría, (6) 237-243.
- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-validez-confiabilidad-del-moca-montreal-S0034745017300598>.
- Alzheimer’s Disease International. (2024). Estadísticas de demencia. Estadísticas de demencia | Alzheimer's Disease International (ADI) (alzint.org)
- Buhytron Alva C. L., Parodi Castro M. A (2024) ¿Es la Terapia Danza-Movimiento un método eficaz para depresión en jóvenes? [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. T018\_73505043\_T.pdf (ulima.edu.pe)



- Corrales Heras M. R., García Rodríguez M. (2022). Influencia de la música en la Neuroquímica positiva: una visión general.
- Revista de Investigación en Musicoterapia, 6, 19-45. Influencia de la musicoterapia en la salud mental de personas adultas institucionalizadas | Revista de Investigación en Musicoterapia (uam.es)
- Cuervo L., Ordoñez X. (2021). Beneficios de la estimulación en el desarrollo cognitivo de estudiantes de grado medio. [PDF]. 0718-0705-estped-47-02-339.pdf (scielo.cl)
- Donoso, A (2003). La enfermedad de Alzheimer. Revista chilena de neuropsiquiatría, 41(Supl. 2), 13-22.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>
- Escarabajal Arrieta M. D., Flores Lara M (25 de mayo al 5 de junio 2020). XXI Congreso Virtual Internacional de psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental. [Discurso]. Fisioterapia, ejercicio físico y Alzheimer: un reto para la autonomía funcional. Virtual.
- Fargas, N., Sánchez, R. y Barreiro, S (9 de abril del 2018). ¿Qué es el Alzheimer? Portal Clinic. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? | PortalCLÍNICA (clinicbarcelona.org)
- Guía de ejercicio físico para mayores.pdf (segg.es)
- Fundación Pasqual Maragall (13-marzo-2020). Título del artículo en el blog. Hablemos del Alzheimer. <https://blog.fpmaragall.org/>
- Gómez-Virgilio, Laura, Reyes-Gutiérrez, Gabriela S., Silva-Lucero, María del C., López-Toledo, Gustavo, & Cárdenas-Aguayo, María del C (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. Gaceta médica de México, 158(4), 244-251. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000023>
- Google Maps (02 septiembre 2024). Google Maps. [https://www.google.com/maps/@16.7665106,-93.1540152,15.99z?authuser=0&entry=ttu&g\\_ep=EgoyMDI0MDgyOC4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D](https://www.google.com/maps/@16.7665106,-93.1540152,15.99z?authuser=0&entry=ttu&g_ep=EgoyMDI0MDgyOC4wIKXMDSoASAFQAw%3D%3D)
- Gil, P (2012). Guía de ejercicios físico para Mayores. Tu salud en marcha. Sociedad española de Geriatria y Gerontología. C/ príncipe Vergara.
- Jácome Sotomayor Y. M., Verdezoto Estrada W. B., Andrade Peñaloza F. E. y Jiménez Salazar T. K (2023). El Impacto de la Educación musical en el desarrollo cognitivo de los estudiantes de Educación Básica. El Polo del Conocimiento. Edic. No. 80 Vol. 8 (4) 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152255>
- Larraín, América (2021). Antropología de la danza. Revista Colombiana de Antropología, 57(2), 9-14. Epub 01 de julio de 2021. <https://doi.org/10.22380/2539472x.2011>
- Mateos Hernández, L.A., Marcos Teresa del Moral, M. & San Romualdo Corral, B. (2012). Sistema de Evaluación Musico terapéutica para personas con Alzheimer y otras Demencias. (1ª. Ed.). 21021\_sempa.pdf (usal.es)

- Mendoza, E (2017) Elaboración de Carta Descriptivas [Diapositivas de Power Point]. Gobierno del Estado de Oaxaca. Carta Descriptiva Present.pptx (live.com)
- Miranda Beltrán, S. y Ortiz Bernal, J. A (21 de julio a diciembre del 2020). Los paradigmas de investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo. Vol. 11 (e113), 1-18. 2007-7467-ride-11-21-e064.pdf
- Molina Ampuero K., Méndez Orellana C., Fredes Roa C. y Toloza Ramírez D. (2021) La terapia musical y sus implicaciones en la neurorrehabilitación en pacientes con ictus y con demencia. Neurology Perspectives. 1, 66-81. La terapia musical y sus implicaciones en la neurorrehabilitación en pacientes con ictus y con demencia – ScienceDirect. La terapia musical y sus implicaciones en la neurorrehabilitación en pacientes con ictus y con demencia - ScienceDirect
- Morrison, J (2015). DSM 5: Guía Para el diagnóstico clínico. México, D.F. Editorial EL Manual Moderno. 650 páginas.
- Hamiu-Sutton, A (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. [Archivo PDF].
- Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica (scielo.org.mx)
- Pinilla Cárdenas M. A., Ortiz Álvarez M. A. y Suárez Escudero J. C., (2022). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros de día, Revisión de tema. Revista Salud Uninorte. 37 (2) 488-505. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema (scielo.org.co) <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
- Ruiz, M., Rodríguez, R., Salinas, E., Olaiz, G (2015). GUÍA NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA. [Archivo PDF].
- [https://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia\\_CHB\\_Final\\_Paginada\\_con\\_forros.pdf#:~:text=La%20Gu%C3%ADa%20nacional%20para%20la%20integraci%C3%B3n%20y%20el,docencia%20en%20salud%20y%20desarrollo%20profesional%2C%20entre%20otros.](https://conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf#:~:text=La%20Gu%C3%ADa%20nacional%20para%20la%20integraci%C3%B3n%20y%20el,docencia%20en%20salud%20y%20desarrollo%20profesional%2C%20entre%20otros.)
- Salinas-Rodríguez, Aarón, Cruz-Góngora, Vanessa De la, & Manrique-Espinoza, Betty. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México, 62(6), 777-785. Epub 15 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.21149/11840>
- Sistema Nacional de Salud (2010). Diagnóstico y tratamiento de la demencia tipo Alzheimer. [Archivo PDF]. [https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasc\\_linicas/393GER.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasc_linicas/393GER.pdf)

**FACTORES ASOCIADOS A  
CAÍDAS EN ADULTOS  
MAYORES EMPACADORES  
VOLUNTARIOS DE TIENDAS  
DE AUTOSERVICIO EN  
VILLAHERMOSA, TABASCO**

**FACTORS ASSOCIATED WITH  
FALLS IN OLDER ADULT  
VOLUNTEER PACKERS AT  
SELF-SERVICE STORES IN  
VILLAHERMOSA, TABASCO**

# Factores asociados a caídas en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio en Villahermosa, Tabasco

Jocelyn Guadalupe Cardoza García<sup>1</sup>, Flor de María Lastra Cruz<sup>1</sup>, Jennifer Jacinto-Joo<sup>2</sup>, Aide Ibarez-Castro<sup>3</sup>, Elsy del Carmen Quevedo-Tejero<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de Licenciatura en Médico Cirujano, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

<sup>2</sup>Estudiante de Licenciatura en Médico Cirujano, Universidad Autónoma de Guadalajara, Campus Tabasco.

<sup>3</sup>Doctora en Ciencias, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Guerrero.

<sup>4</sup>Doctora en Educación, Profesora Investigadora, de la División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la frecuencia de las caídas en adultos mayores empacadores voluntarios de una tienda de autoservicio de Villahermosa, Tabasco, y los factores asociados.

**Material y métodos:** Diseño observacional, prospectivo, transversal, analítico. Población 162 adultos mayores de 60 años empacadores voluntarios de una tienda de autoservicio en Villahermosa, Tabasco. Muestra 143 adultos mayores seleccionados por conveniencia del 1 de mayo de 2023 al 1 de mayo de 2024. Sujetos funcionales, sin deterioro cognitivo, con antecedentes de haber sufrido una caída hasta 6 meses previos a la encuesta. Variables: factores extrínsecos e intrínsecos relacionados con las caídas en el adulto mayor. Se aplicó la “Escala de riesgo de caídas” de la OMS. Se estimaron estadísticas descriptivas y razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ( $p=0.05$ ).

**Resultados:** La prevalencia de caídas fue de 18.2 X 100 adultos mayores. El perfil de las caídas en esta investigación es una caída de primera vez, que ocurre fuera del domicilio cuando llueve, al transitar sobre suelo resbaladizo, la cual produce ligeras contusiones generalmente. Estos accidentes, suelen ocurrir estando solo el adulto mayor. Los adultos mayores con estado civil solteros o viudos y la experiencia de una caída de primera vez sin episodios subsecuentes son factores protectores para caída.

**Conclusiones:** Nuestros resultados difieren en algunos aspectos con los de otros autores nacionales y extranjeros. Es necesario educar al adulto mayor sobre la prevención de las caídas, capacitándole sobre las adecuaciones con que debe contar su domicilio, principalmente en el exterior. Se requiere de una población mayor y la inclusión de otras variables que puedan apoyar otras conclusiones.

## Palabras clave

Caídas, Adulto mayor, Factores de riesgo

## INTRODUCCION

A nivel mundial, se está experimentando el fenómeno del envejecimiento poblacional, producto de la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Este suceso está impactando tanto en el ámbito económico como en la seguridad social de los pueblos, lo que los lleva al reto del cambio demográfico (Marzioni, 2021).

México tiene un ritmo de envejecimiento más acelerado que el resto de los países, y su economía no es lo bastante sólida para afrontar la disminución de la población productiva y el aumento de la población inactiva.

Debemos tomar en cuenta que el envejecimiento trae al ser humano una serie de limitaciones debidas al deterioro físico-orgánico, destacando aún más, el deterioro visual, auditivo, de la marcha, de la flexibilidad y los reflejos, entre muchos otros, los cuales predisponen al adulto mayor a sufrir caídas, que se definen como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo, (Concha et al., 2020).

Las caídas, dada la fragilidad del anciano, pueden ocasionar principalmente fracturas, las cuales derivan en limitación funcional y dependencia, además tienen un elevado costo de atención, (Ríos et al., 2021).

En el municipio de Centro, la población de adultos mayores de 60 años está sufriendo un aumento progresivo, que se proyecta en 119,250 adultos mayores para el año 2030. Esta investigación tuvo como de identificar la frecuencia de las caídas y sus características en adultos mayores empacadores voluntarios de Villahermosa, Tabasco.

## MÉTODO

Se realizó una investigación prospectiva, transversal, observacional. La población estuvo conformada por 162 adultos mayores de 60 años empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio de Soriana Plaza Deportiva de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, sin distinción de sexo, que acudieron a trabajar por lo menos una vez en el periodo de 1 de mayo de 2023 al 1 de mayo de 2024, que no hubieran sufrido una caída en los últimos 6 meses previos a la encuesta, excluyendo a personas con algún grado de deterioro cognitivo y que se negaran a firmar la carta de consentimiento informado.

Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, estado civil, hábitat, nivel de actividad, limitación funcional, enfermedad de base, número de fármacos consumidos, primera caída, caída en los últimos 6 meses, características de la última caída, riesgo de caídas.

El instrumento utilizado fue el “Cuestionario de la OMS para caídas en adultos mayores”, modificado por los investigadores, integrando 33 preguntas abiertas y de opción múltiple, que exploraron datos generales e información sobre factores asociados a las caídas en los adultos mayores, como fueron condiciones biológicas, de iluminación, meteorológicas entre otras. Se solicitó la autorización por escrito de cada participante del estudio, mediante la firma de la carta de consentimiento informado.

Dados los fines descriptivos de este instrumento, no fue necesaria su validación para determinar la confiabilidad de la medición del fenómeno, ya que la encuesta en cuestión no es una herramienta diagnóstica. La presente investigación se ajustó a los principios científicos y se fundamentó en los artículos establecidos en la Ley General de Salud, para investigación en seres humanos.

La información obtenida por medio de las encuestas fue integrada en una base de datos electrónica por el investigador principal, empleando el software SPSS versión 29 para Windows de IBM®, con el cual, se realizó el análisis estadístico correspondiente. Las herramientas estadísticas utilizadas fueron estadísticas descriptivas. Para las estadísticas de frecuencia se usó para asociación entre variables la razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ( $p=0.05$ ).

## RESULTADOS

### **Características sociodemográficas de la población**

Se estudiaron 143 adultos mayores de 60 años, 83 femeninos (58%) y 60 masculinos (42%). Media de edad de la población 71.5 +/- 4.8 años, valor mínimo y máximo, 60 y 86 años, respectivamente. El 36.4% se encuentra en un estado civil unido (casado o en unión libre), y 63.6% tiene un estado civil no unido (soltero, viudo, separado).

### **Características ambientales al momento de la caída.**

El 81.8% de las caídas de los adultos mayores incluidos en este estudio, son de primera vez. Sin embargo, posterior a una caída, el 97.2% realiza alguna modificación en su modo de vida como previsión; ya que el 98.6% temen sufrir una nueva caída posterior.

El 94.4% de las caídas que sufre el adulto mayor, ocurren dentro de su domicilio, en proporción similar entre el interior y el exterior de la casa, aunque las caídas en el exterior son ligeramente más frecuentes. A este respecto, conviene señalar, que la mayoría de estas caídas, ocurren cuando hay malas condiciones de iluminación; aun cuando más de la mitad de estos eventos, ocurren durante la mañana generalmente en condiciones climatológicas adversas, como lluvia (56.6%) o fuertes ráfagas de viento (37.8%); cuando transitan sobre suelo resbaladizo, muy probablemente mojado (42.7%) o de superficie irregular (25.2%); usando generalmente calzado inapropiado (72.7%). (Ver Tabla 1)

Lugar de la caída	f	%
Domicilio (int)	63	44.1
Domicilio (ext)	72	50.3
Calle	5	3.5
Lugar público (int)	2	1.4
Lugar público (ext)	1	0.7
Total	143	100
Condiciones de iluminación	f	%
Bien iluminado	27	18.9
Mal iluminado	116	81.1
Total	143	100
Momento del día	f	%
Mañana	76	53.1
Tarde	29	20.3
Noche	38	26.6
Total	143	100
Condición meteorológica	f	%
Lluvia	81	56.6
Viento	54	37.8
Muy soleado	2	1.4
Ninguno de los anteriores	6	4.2
Total	143	100
Condición del suelo	f	%
Liso	43	30
Resbaladizo	61	42.7
Irregular	36	25.2
Escaleras	1	0.7
Ninguno de los anteriores	2	1.4
Total	143	100

Fuente: Encuesta aplicada.

La mayoría de las ocasiones, en que los adultos mayores sufren caídas, no había presencia del algún objeto que facilitara el accidente (69.2%), por lo que se puede atribuir a las condiciones del suelo por el que transitan; ya que el evento, ha sido percibido en más de la tercera parte de los casos (76.9%), como un accidente por parte del adulto mayor. (Ver Tabla 2)

Tipo de calzado	f	%
Descalzo	2	1.4
Zapatillas*	104	72.7
Zapatos	34	23.8
Otro	3	2.1
Total	143	100
Presencia de objeto	f	%
Había algún objeto	44	30.8
No había algún objeto	99	69.2
Total	143	100
Condición de tropiezo	f	%
Tropezaron con algo	15	10.5
No tropezaron algo	82	57.3
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Condición del suelo	f	%
Duro	78	54.5
Blando	19	13.3
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Presencia de testigo	f	%
Con testigo	43	30
Sin testigo	54	37.8
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Persona que dio la voz de alarma	f	%
Propia persona	35	24.5
Un familiar	27	18.8
Un testigo	35	24.5
No contestaron	46	32.2
Total	143	100

Fuente: Encuesta aplicada.

### Características propias de las caídas:

Con respecto a la mecánica de la caída, la mayoría han ocurrido cayendo hacia un lado (24.5%) lo cual favorece más bien contusiones que lesiones de gravedad, suceso conveniente en varios casos ya que el 37.8% de las caídas ocurren sin testigos (37.8%).

El 52.4% de las caídas ocurren desde la propia altura del adulto mayor, sin que esta sufra de tropiezos con algún objeto (57.3%), impactando generalmente sobre una superficie dura (54.5%), ocasionando en su mayoría lesiones menores, ya que el anciano suele levantarse de inmediato (67.8%), ya sea con (30.1%) o sin ayuda (24.5%).

En el 43.3% de los casos, las lesiones son superficiales, es decir, contusiones leves, las heridas de gravedad sólo se presentan en el 11.2% de los casos, y en el 13.3% de los ancianos no se produce ninguna lesión por lo que el aviso de caída ser recibe por parte del mismo adulto mayor (24.5%). (Ver Tabla 3)



Tipo de caída	f	%
Mareo	31	21.7
Aparentemente accidental	110	76.9
Totalmente sorpresa	1	0.7
Otros	1	0.7
Total	143	100
Mecánica de la caída	f	%
Hacia delante	27	18.9
Hacia atrás	16	11.2
Hacia un lado	35	24.5
Sentado	19	13.3
No contestaron	46	32.1
Total	143	100
Altura de la caída	f	%
Desde su propia altura	75	52.4
Altura mayor	22	15.4
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Tiempo de permanencia en el suelo posterior a la caída	f	%
Levantamiento inmediato	97	67.8
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Posibilidad de levantarse posterior a la caída	f	%
Se levantó con ayuda	43	30.1
Se levantó solo	35	24.5
No contestaron	65	45.4
Total	143	100
Consecuencias inmediatas de la caída	f	%
Ninguna	19	13.3
Herida superficial	62	43.3
Fractura/Herida grave	16	11.2
No contestaron	46	32.2
Total	143	100

Fuente: Encuesta aplicada.

Tabla 4. Características propias de la caída

Servicio solicitado	f	%
Urgencias	62	43.4
No contestaron	81	56.6
Total	143	100
Recepción de cuidados médicos	f	%
Han recibido atención médica	62	43.4
No han recibido atención médica	35	24.4
No contestaron	46	32.2
Total	143	100
Lugar en que recibió la atención médica	f	%
Consulta externa	27	18.9
Domicilio	19	13.3
Hospital	16	11.2
No contestaron	81	56.6
Total	143	100
Destino de la persona tras la caída	f	%
Domicilio sin apoyo	35	24.5
Domicilio con apoyo	27	18.8
Al cuidado de familiares	19	13.3
Hospital	16	11.2
No contestaron	46	32.2
Total	143	100

Fuente: Encuesta aplicada.

### Características de la atención recibida después de las caídas:

Cuando ocurre el accidente, en el 43.4% de los casos, solicitan servicios de urgencias, mismos que reciben la atención médica solicitada.

La atención médica, suele recibirse de manera variada entre la consulta externa, el domicilio del adulto mayor o el hospital dependiendo de la severidad de las lesiones.

Ya que en general la mayoría de las caídas, no tienen mayores consecuencias, el adulto mayor suele permanecer en su domicilio sin apoyo (24.5%), o con apoyo de alguna persona cercana (18.8%). (Ver Tabla 4).



## Factores asociados con las caídas:

En esta serie, encontramos asociación protectora significativa para caídas con los estados civiles no unidos OR 0.21 (IC95 0.08, 0.54), y con sufrir una caída de primera vez OR 0.08 (IC95 0.01, 0.59). Por el contrario, los estados civiles unidos, y el presentar caídas subsecuentes, son factores de riesgo significativos para las caídas, OR 4.79 (IC95 1.85, 12.39) y OR 12.99 (IC95 1.70, 99.38), respectivamente.

Tabla 5. Factores de riesgo para caídas					
Factor en estudio	OR	IC <sub>95</sub>		Asoc Sig ∇	Tipo de asociación
Sexo femenino	2.15	0.99	4.67	No	Ninguna
Sexo masculino	0.47	0.21	1.01	No	Ninguna
Edad >75 años	1.14	0.50	2.56	No	Ninguna
Estado civil unido	4.79	1.85	12.39	Si	Riesgo
Estado civil no unido	0.21	0.08	0.54	Si	Protección

∇ Asociación significativa: se define como asociación significativa protectora cuando OR e IC95 son <1, la asociación significativa de riesgo existe cuando OR e IC95 son >1, cuando no hay asociación protectora o de riesgo, no existe asociación significativa entre las variables relacionadas.

Fuente: Encuesta aplicada.

## DISCUSIÓN

La frecuencia de caídas en este grupo de estudio es menor a la reportada por otros(as) autores(as), y hay resaltar que la población de este estudio es ligeramente más joven, que la de autores como Leitón-Espinoza (2023), Martínez Pizarro (2022), Silva-Fhon (2019), y Ang, G (2020).

Se observó que el no tener parejas en estado civil y el haber presentado una caída de primera vez sin secuelas fueron factores que protegieron para caídas subsecuentes. Mientras que el riesgo aumenta en aquellos adultos mayores que viven acompañados por sus cónyuges, así como en los que han sufrido dos o más caídas previas.

Estos resultados difieren de lo reportados por Ríos-Fraustro (2021), Suárez-Landazábal (2022), Martínez Pizarro (2022).

En la población estudiada estos accidentes, suelen ocurrir estando sola la persona adulta mayor, lo cual favorece que las consecuencias de las caídas sean mayores, al no contar con alguien que les ayude.



El perfil de general de las caídas en esta investigación fue caídas de primera vez, en ambiente lluvioso, al transitar sobre suelo resbaladizo, fuera del domicilio del paciente, el cual produjo ligeras contusiones, sin complicaciones.

Estos resultados son similares a lo reportado por varios autores nacionales, donde se identifica el domicilio del adulto mayor como el lugar más frecuente donde estos suelen tener caídas accidentales.

## **CONCLUSIONES**

Las caídas en nuestra población de adultos mayores se presentan con una frecuencia menor a la reportada por la literatura internacional. La mayoría de las caídas suceden en el hogar, tal como lo reportan otras investigaciones, por lo que es necesario educar a las personas adultas mayores, sobre cómo mejorar las condiciones necesarias en los exteriores de sus domicilios.

Los estados civiles no unidos son factores protectores para las caídas, probablemente porque hacen al sujeto más cuidadoso con su entorno al saberse solo. Las caídas subsecuentes y los estados civiles unidos son factores de riesgo para caídas.

## **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que no presentan ningún tipo de conflicto de intereses, real, potencial o evidente incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación médica cumple los principios científicos y éticos descritos en las normas éticas internacionales de investigación en seres humanos con base a los códigos Núremberg, Helsinki, así como la Ley General de Salud en el Título Quinto de la Investigación para la salud. Se contó con el consentimiento informado por escrito de los sujetos de estudio, y está clasificada como una investigación sin riesgo.

## **USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)**

En esta investigación no se ha utilizado ninguna aplicación, software, o páginas web de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito, ni en el diseño de tablas y figuras, así como tampoco en el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ang, G., Low, S., & How, C. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal/Singapore Medical Journal*, 61(3), 116-121. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020029>
- Concha-Clsternas, Yeny, Vargas-Vitoria, Rodrigo, & Celis-Morales, Carlos. (2020). Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 450-470. Epub October 20, 2021. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>
- Leguizamo, K., & Recalde-Navarrete, R. (2024). Caracterización de las caídas del adulto mayor en atención primaria de salud en Ecuador. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 774-774.
- Leitón-Espinoza, Zoila Esperanza, Silva-Fhon, Jack Roberto, de Lima, Fabia María, Fuentes-Neira, Wilmer Luis, Villanueva-Benites, Maritza Evangelina, & Partezani-Rodrigues, Rosalina Aparecida. (2022). Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. *Gerokomos*, 33(4), 212-218. Epub 24 de julio de 2023. Recuperado en 14 de julio de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X202200040002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X202200040002&lng=es&tlng=es).
- Li, J. U., & Li, J. U. (2023). Comparación en pruebas funcionales entre adultos mayores con y sin antecedentes de caídas: estudio transversal. *Revista Médica de Chile*, 151(6), 677-686. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000600677>
- López, V. N. G., Zambrano, K. P. M., Gutiérrez, J. A. M., Castillo, J. C. A., Benítez, J. P. G., Antepará, S. V. A., Camacho, J. J. G., Vega, P. A. B., Moreno, O. A. M., Sinchiguano, C. E. G., & Chiguano, M. A. A. (2022). Evaluación y manejo del riesgo de caídas en los adultos mayores. Zenodo (CERN European Organization For Nuclear Research). <https://doi.org/10.5281/zenodo.6228420>
- Martínez González, Bárbara Madeleidy, Hernández Falcón, Nurmy, Díaz Camellón, Dunia Justa, Arencibia Márquez, Francys, & Morejón Milera, Adnery. (2020). Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica*, 42(4), 2066-2077. Epub 30 de agosto de 2020. Recuperado en 14 de julio de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es&tlng=es).
- Martínez Pizarro, Sandra. (2022). Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. *Gerokomos*, 33(1), 27-31. Epub 02 de mayo de 2022. Recuperado en 14 de julio de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X202200010007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X202200010007&lng=es&tlng=es).



- Marzioni, Sofia Clarisa. (2021). Pandemia, envejecimiento y políticas públicas en América Latina. Apuntes teóricos para pensar el problema de las vejeces desiguales desde los enfoques del curso de vida y de la economía política del envejecimiento. *Anthropologica*, 39(47), 157-181. Epub 00 de de 2021. <https://dx.doi.org/10.18800/anthropologica.202102.006>
- Morales Paredes, A. N., Rivarola Monzon, D. G., Romero Mansilla, M., Cartagena Ochavano, R. E., Meneses Espejo, Y., & Prado Boza, A. A. (2024). Actividad física en el hogar para mejorar la fuerza y equilibrio en el adulto mayor para prevenir el riesgo de caídas. *Revisión Bibliográfica. Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, 53.
- Prevettoni, M. A., Guenzelovich, T., Zozaya, M. E., Giardini, G., Hornstein, L., Schapira, M., Giber, F., Quintar, E., & Perman, G. (2021). Disminución de caídas mediante una intervención multifactorial en adultos mayores frágiles. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(2), 166-170. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.27832>
- Ríos-Fraustro, Criselda, Galván-Plata, María E., Gómez-Galicia, Diana L., Giraldo Rodríguez, Liliana, Agudelo-Botero, Marcela, & Mino-León, Dolores. (2021). Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. *Gaceta médica de México*, 157(2), 133-139. Epub 23 de junio de 2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000111>
- Silva-Fhon, J.R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W.. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>
- Suárez-Landazábal, O., & Parody-Muñoz, A. E. (2022). Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. *Barranquilla (Atlántico), Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander/Salud UIS*, 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23011>
- Taguchi, C. K., De Lemos Menezes, P., Melo, A. C. S., De Santana, L. S., Conceição, W. R. S., De Souza, G. F., Araújo, B. C. L., & Da Silva, A. R. (2022). Frailty syndrome and risks for falling in the elderly community. *CoDAS*, 34(6). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021025en>
- Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers In Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>



INEQUIDAD SOCIAL EN SALUD  
EN EL CURSO DE LA VIDA Y  
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN  
PERSONAS ADULTAS MAYORES  
DEL MUNICIPIO DE SAYULA  
(USMAJAC, EL REPARO Y  
TAMALIAGUA), JALISCO, MÉXICO  
EN 2022.

SOCIAL INEQUITY IN HEALTH  
ACROSS THE LIFE COURSE AND  
HEALTHY AGING IN OLDER  
ADULTS IN THE MUNICIPALITY  
OF SAYULA (USMAJAC, EL  
REPARO, AND TAMALIAGUA),  
JALISCO, MEXICO, IN 2022.

# Inequidad social en salud en el curso de la vida y envejecimiento saludable en personas adultas mayores del municipio de Sayula (Usmajac, El Reparo y Tamaliagua) Jalisco, México, en 2022.

Juan Ramón Almejo Vargas<sup>1</sup>, Irma Fabiola Díaz García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maestro en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud

## RESUMEN

Este estudio analiza la relación entre las inequidades sociales en salud a lo largo de la vida y su impacto en el envejecimiento saludable en adultos mayores de las localidades del municipio de Sayula, Jalisco. Las inequidades sociales, desde la infancia hasta la vejez, influyen en el bienestar físico y mental en la tercera edad, manifestándose en desventajas como educación limitada, condiciones económicas precarias y acceso restringido a servicios básicos. A partir de un diseño cuantitativo y diseño correlacional, se aplicaron el cuestionario de inequidades sociales en salud en el curso de la vida y las escalas para evaluar el envejecimiento saludable. La muestra fue 180 personas mayores y el tipo de muestreo fue por conveniencia.

Los resultados destacan que factores como el género, el ingreso y el nivel educativo se relacionan significativamente con indicadores de envejecimiento saludable, como la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales. Además, se observa que las personas con menos escolaridad y menos ingresos presentan mayores limitaciones físicas y de salud, en concordancia con estudios previos sobre los efectos acumulativos de las inequidades sociales.

Este trabajo subraya la necesidad de políticas públicas enfocadas en reducir estas desigualdades desde etapas tempranas de la vida, proponiendo intervenciones que fortalezcan los recursos y el acceso a servicios básicos y de salud, favoreciendo así un envejecimiento saludable y sostenible.

## Palabras clave

Inequidad Social en Salud, Envejecimiento Saludable, Curso de Vida, Personas Adultas Mayores.

## INTRODUCCIÓN

La inequidad social en salud es un fenómeno persistente que limita las oportunidades de las personas para vivir una vida plena y saludable. Definida como la "distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre distintos grupos de una sociedad" (OPS, 2012), esta inequidad genera barreras que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables.

Al explorar este fenómeno desde la perspectiva del curso de vida, se reconoce que las desventajas se acumulan desde la infancia y se agravan con el tiempo, reflejándose en mayores riesgos de salud y menor esperanza de vida en la vejez (Beard et al., 2011).

El envejecimiento saludable, definido como el proceso de optimizar las oportunidades para mantener la salud física, mental e independencia (OPS & OMS, 2020), es una meta que desafortunadamente se ve limitada por las desigualdades socioeconómicas y el acceso desigual a servicios básicos y de salud. En México, las brechas en salud reflejan una estructura social inequitativa que afecta de manera acumulativa la calidad de vida de los adultos mayores, quienes enfrentarán problemas de salud y limitaciones funcionales en la medida en que hayan vivido en contextos de desventaja (Corona, 2016).

Este estudio se enfoca en identificar y analizar las inequidades sociales en salud en los adultos mayores de la localidad de Usmajac, Jalisco, con el objetivo de entender cómo estas desigualdades, acumuladas a lo largo de la vida, impactan en el envejecimiento saludable y ofrecer una base para políticas y estrategias de intervención futuras.

## **ANTECEDENTES**

El envejecimiento de la población representa un desafío global para los sistemas de salud, especialmente en términos de desigualdades e inequidades en salud.

Estudios recientes han mostrado que las condiciones socioeconómicas y el contexto de vida a lo largo del ciclo vital influyen significativamente en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores, evidenciando la necesidad de políticas inclusivas y sostenibles para fomentar un envejecimiento saludable y reducir disparidades en salud.

En el contexto europeo, se han realizado múltiples investigaciones sobre las inequidades en mortalidad y su relación con factores socioeconómicos como la educación y la tenencia de la vivienda. Un estudio en once países europeos mostró que las desigualdades en mortalidad persisten en la vejez, especialmente entre mujeres mayores. Aunque se observó una disminución de las inequidades educativas en países como Noruega y Austria, en lugares como Inglaterra y Suiza, las desigualdades se mantuvieron constantes (Huisman et al., 2004).

Asimismo, un análisis de la Encuesta sobre Salud y Envejecimiento en Europa (SHARE) destacó que la mala salud se asocia con la exclusión del mercado laboral en personas de entre 50 y 65 años, sugiriendo la necesidad de políticas de empleo que consideren las limitaciones de salud en personas mayores (Alavinia & Burdorf, 2008).

Además, el envejecimiento activo a nivel individual reveló grandes desigualdades en la distribución de oportunidades de envejecimiento saludable, con países que logran resultados más altos y equitativos en envejecimiento activo, lo cual subraya la importancia de medir la equidad en experiencias de envejecimiento más allá de los promedios poblacionales (Barslund, von & Zaidi, 2017).

Por otro lado, las inequidades en salud, definidas como desigualdades evitables e injustas, son también evidentes en América Latina, donde las condiciones de vida afectan profundamente el bienestar en la vejez. En México, un estudio mostró cómo factores como la inseguridad alimentaria infantil y el bajo nivel de ingresos en la adultez mayor afectan la salud, revelando que la inequidad social acumulativa constituye un obstáculo para un envejecimiento exitoso (Corona, 2016).

En Colombia, una investigación evidenció cómo las condiciones socioeconómicas desfavorables, como la falta de escolaridad y el acceso limitado a servicios de salud, agravan las inequidades en salud entre adultos mayores de comunidades vulnerables, exponiéndolos a riesgos de salud innecesarios debido a factores externos a la biología (Chavarriaga & Cardona, 2014).

En un análisis regional, se identificaron profundas desigualdades entre países latinoamericanos, con Haití y Guatemala en posiciones menos favorables en términos de salud, mientras que países como Cuba y Chile presentan mejores condiciones, sugiriendo la necesidad de estrategias de evaluación continua en la región para reducir estas disparidades (Cardona, Acosta & Bertone, 2013).

El impacto de la desigualdad socioeconómica en el acceso a servicios de salud y su relación con el aumento de la pobreza es evidente en estudios realizados en Ecuador y Brasil. En Ecuador, se demostró que, si bien no existe una inequidad significativa en el uso de servicios preventivos, los grupos indígenas y personas sin seguro de salud acceden menos a los servicios básicos (Armijos & Camino, 2017). En Brasil, la desigualdad en el acceso a recursos de salud afecta negativamente la eficiencia del sistema de salud y fomenta la falta de cohesión social, sugiriendo que los países deben priorizar políticas de equidad para mejorar los resultados de salud y fortalecer el tejido social (Schenkman & Bousquat, 2021).

Desde la perspectiva del curso de vida, el autocuidado y el contexto familiar son determinantes críticos en la salud en la adultez.

En México, un estudio en adultos de 30 a 60 años identificó conductas de riesgo como el consumo de alcohol y una dieta inadecuada, subrayando que el entorno familiar desempeña un papel importante en el desarrollo de estos comportamientos (Zapata et al., 2016). Otro estudio, centrado en la transición hacia enfermedades crónicas en la adultez mayor, encontró que el género y los antecedentes familiares de enfermedades aumentan el riesgo de condiciones de salud, lo que resalta la relevancia de intervenciones preventivas a lo largo del curso de vida (Hebreo, Juárez & Montes de Oca, 2014).

Finalmente, los determinantes de la salud, tanto estructurales como socioeconómicos, influyen en la prevalencia de discapacidad en la vejez, como lo evidencian estudios en Colombia. Entre los factores más influyentes están la pobreza, la falta de apoyo social y el sedentarismo, los cuales están asociados con un mayor riesgo de discapacidad (Gómez et al., 2021). En paralelo, estudios realizados en Alemania y Australia concluyen que la educación y los ingresos están relacionados con un envejecimiento saludable, sugiriendo que las políticas públicas deben fomentar la equidad en salud desde edades tempranas para contrarrestar las desigualdades a lo largo de la vida (Klein, Knesebeck & Lüdecke, 2020; Wagg et al., 2021).

Estos estudios destacan la importancia de adoptar políticas públicas que consideren las desigualdades sociales y económicas desde una perspectiva de curso de vida. La reducción de las inequidades y la promoción de un envejecimiento saludable no sólo mejoran la calidad de vida de las personas mayores, sino que también fortalecen la cohesión social y el desarrollo de sistemas de salud sostenibles a nivel global.

## **METODOLOGÍA**

El estudio realizado fue con un abordaje cuantitativo, su diseño fue correlacional, el tipo de muestreo fue por conveniencia, la muestra total fue de 180 personas adultas mayores. Su objetivo general de la investigación fue analizar la correlación entre las inequidades sociales en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en personas adultas mayores del Municipio de Sayula, Jalisco, México, en 2022. Se plantearon cuatro objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población a estudiar.
- Evaluar las inequidades sociales en salud en el curso de la vida en los participantes.
- Evaluar los indicadores de envejecimiento saludable de los participantes.
- Analizar las correlaciones entre inequidades sociales en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en la población de estudio.

La información se obtuvo mediante el cuestionario de inequidades sociales en salud en el curso de vida que evalúa determinantes estructurales (educación, género, lugar de nacimiento y etnia, ocupación e ingresos económicos) y determinantes intermedios (circunstancias materiales, sistema de salud, factores conductuales y biológicos y circunstancias psicosociales), este instrumento tuvo el enfoque en cada una de las etapas del curso de la vida. Para evaluar el envejecimiento saludable se utilizaron escalas referidas por el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER, 2020), y ellas fueron el Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Prueba cronometrada levántate y anda, Mini Examen del Estado Mental, Escala Geriátrica de depresión de 15 ítems, Mini Nutritional Assessment, Escala de Recursos Sociales y Evaluación de barreras de entornos físicos y movilidad.

## RESULTADOS

La muestra total, después de seguir los criterios de selección, fue de 180 personas adultas mayores. La media de edad fue 71.82 años  $\pm$ 8.29, prevalece el rango de edad de 60 a 74 años (65.6%) lo cual indica que no presentan inequidad por edad. Los participantes del estudio fueron del pueblo de Usmajac (80%), de las rancherías El Reparó y Tamaliagua (20%). Prevalió el sexo femenino (63.9%) lo que indica una inequidad moderada o alta por ser mujer, referente al estado civil estaban casados el (53.9%) no existe inequidad.

La mayoría de la población contó con <4 años de escolaridad o nula, lo que hace evidente la inequidad moderada y alta (67.8%), no hablaban dialecto o lengua indígena (100%). En la población más de las tres cuartas partes no ha migrado a otro país (83.3%) y reciben apoyo gubernamental denominado "Pensión del Bienestar" (75%), lo que indica que no existe inequidad. En cuanto al ingreso mensual que percibía la persona adulta mayor de sus diferentes fuentes de ingreso estas no satisfacían sus necesidades básicas (70.6%), lo que indica presencia de inequidad moderada o alta. El 60% no desempeñaba actividad u oficio en su etapa de la vejez, la vivienda en su mayoría fue propia (88.9%) y en esta etapa de la vida vivían con compañía (92.2%), lo que indica la ausencia de inequidad.



**Tabla 1:** Datos sociodemográficos de la población de estudio, 2022.

Variables	Indicadores	n	%	Media
Edad	60-74 años (Sin inequidad)	118	65.6	71.82 ±8.29
	75 y más años (Inequidad moderada o alta)	62	34.4	
Localidad	Usmajac (Sin inequidad)	144	80	
	Ranchería El reparo y Tamaliagua (Inequidad moderada o alta)	36	20	
Sexo	Masculino (Sin inequidad)	65	36.1	
	Femenino (Inequidad moderada o alta)	115	63.9	
Estado civil	Casada (Sin inequidad)	97	53.9	
	Soltera, divorciada, unión libre, viudez, separada (Inequidad moderada o alta)	83	46.1	
Años de escolaridad	> 4 años de escolaridad (Sin inequidad)	58	32.2	
	< 4 años de escolaridad o nula (Inequidad moderada o alta)	122	67.8	
Hablan dialecto o lengua indígena	No (Sin inequidad)	180	100	
	Si (Inequidad moderada o alta)	0	0	
Migración a otro país	No (Sin inequidad)	150	83.3	
	Si (Inequidad moderada o alta)	30	16.7	
Apoyo gubernamental que reciben	Pensión universal "Bienestar" (Sin inequidad)	135	75	
	Ninguna (Inequidad moderada o alta)	45	25	
Ingreso mensual satisface necesidades básicas	Si (Sin inequidad)	53	29.4	
	No (Inequidad moderada o alta)	127	70.6	
Necesidad de realizar actividad u oficio en la vejez	No (Sin inequidad)	108	60	
	Si (Inequidad moderada o alta)	72	40	
Vivienda	Propia (Sin inequidad)	160	88.9	
	Rentada y prestada (Inequidad moderada o alta)	20	11.1	
Vivir solo o acompañado	Acompañado (Sin inequidad)	166	92.2	
	Solo (Inequidad moderada o alta)	14	7.8	
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	

Fuente: Encuesta aplicada.

La inequidad social en salud en el curso de la vida, en la población de estudio, muestra inequidad moderada y alta en las carencias económicas en la infancia (80%), para capacitarse para un mejor empleo (87.2%), por los años de escolaridad (67.8%), tener hambre en la infancia (52.8%), no satisfacer las

necesidades económicas con el trabajo en la adultez (65%) y no contar con los servicios básicos en la vivienda en la etapa de la infancia (65%). El combustible que se utiliza para cocinar en la vejez fue el único en donde no se presentó inequidad, por utilizar gas (58.9%).

**Tabla 2:** Indicadores de inequidades sociales en salud en el curso de la vida

Variables	Indicadores	n	%
Carencias económicas en la infancia	Ausencia de carencias económicas (Sin inequidad)	36	20
	Presencia de carencias económicas (Inequidad moderada o alta)	144	80
Combustible para cocinar en la vejez	Gas (Sin inequidad)	106	58.9
	Leña o petróleo (Inequidad moderada o alta)	74	41.1
Capacitarse para un mejor empleo en la soledad y juventud	Oportunidad de capacitarse para mejor empleo (Sin inequidad)	23	12.8
	No hubo oportunidad de capacitarse para mejorar empleo (Inequidad moderada o alta)	157	87.2
Años de escolaridad	> 4 años de escolaridad (Sin inequidad)	58	32.2
	0 a 3 años de escolaridad (Inequidad moderada o alta)	122	67.8
Tener hambre en la infancia	No padecer hambre (Sin inequidad)	85	47.2
	Tener hambre (Inequidad moderada o alta)	95	52.8
Necesidades económicas satisfechas a través del trabajo en la adultez	Necesidades económicas satisfechas (Sin inequidad)	63	35
	Necesidades económicas no satisfechas (Inequidad moderada o alta)	117	65
Vivienda con servicios básicos en la infancia	Contar con luz eléctrica, agua potable, drenaje y baño (Sin inequidad)	63	35
	No contar con uno o más servicios básicos (Inequidad moderada o alta)	117	65
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

Las inequidades sociales en salud en la vejez muestran que no existe inequidad en los bienes y servicios de la vivienda en la vejez (66.1%), piso de concreto u

otros recubrimientos en la vivienda (86.1%), el no ser víctima de maltrato (89.4%) y realizar más de tres comidas al día (67.2%).

**Tabla 3:** Indicadores de inequidades sociales en salud en la vejez.

Variables	Indicadores	n	%
Bienes y servicios en la vivienda en la vejez (refrigerador, lavadora, televisión, internet, televisión de paga, computadora, etcétera)	5 o más bienes y servicios (Sin inequidad)	119	66.1
	1 - 4 bienes y servicios (Inequidad moderada o alta)	61	33.9
Piso de la vivienda en la vejez	Cemento u otros recubrimientos (Sin inequidad)	155	86.1
	Tierra (Inequidad moderada o alta)	25	13.9
Maltrato en la vejez	No sufrir maltrato (Sin inequidad)	161	89.4
	Sufrir maltrato (Inequidad moderada o alta)	19	10.6
Menos de tres comidas al día en la vejez	3 o más comidas al día (Sin inequidad)	121	67.2
	< 2 comidas al día (Inequidad moderada o alta)	59	32.8
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

En los indicadores del envejecimiento saludable se encontró que la mayoría tenía independencia en todas las actividades básica de la vida diaria (85%) y en las actividades instrumentales de la vida diaria eran autónomos (80%), en la prueba cronometrada levántate y anda se encontraron rangos normales (53.9%) y se contaba con discapacidad leve en la población (26.7%).

En el mini examen del estado mental no presentaban deterioro cognitivo (87.2%), en torno a la depresión geriátrica solo (47.8%) presentaron síntomas. Referente al estado nutricional (58.9%) se encontraron rangos normales y se contaban con buenos y excelentes recursos sociales (95%).

**Tabla 4:** Indicadores del envejecimiento saludable en la población de estudio, 2022

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Independencia en todas las actividades	153	85
	Dependencia > de una actividad	27	15
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Autónomo	144	80
	Dependencia	36	20
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Autónomo	97	53.9
	Discapacidad leve y riesgo de caída	83	46.1
Mini Examen del Estado Mental	Sin deterioro cognitivo	157	87.2
	Probable deterioro cognitivo	23	12.8
Escala Geriátrica de Depresión	Sin depresión	94	52.2
	Con depresión	86	47.8
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Estado nutricional normal	106	58.9
	Riesgo y desnutrición	74	41.1
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Buenos y excelentes recursos sociales	171	95
	Recursos sociales deteriorados	9	5
<b>n= 180</b>	<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada.

Se utilizó la regresión logística binaria para probar la existencia de alguna relación entre las inequidades sociales en salud en el curso de la vida y las inequidades sociales en salud en la vejez, con cada uno de los indicadores de envejecimiento saludable.

Al aplicar la prueba de regresión logística binaria Al aplicar la prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable, y las inequidades sociales en

salud en el curso de la vida, únicamente se relacionó de forma significativa con la prueba cronometrada levántate y anda.

El resultado demostró que la ausencia de inequidades sociales en salud en el curso de la vida en los sujetos con esta característica fue un factor protector para no presentar una prueba cronometrada levántate y anda con bajos puntajes; OR 0.452 ( $p = 0.016$ ), con IC de 95% (0.237- 0.863).

**Tabla 5:** Prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable: Actividades Básicas de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Prueba Cronometrada Levántate y Anda; Mini Examen Mental; Escala Geriátrica de Depresión; Mini Examen Nutricional; Escala de Recursos Sociales y las inequidades sociales en salud en el curso de la vida.

Variables	Indicadores	Sig.	OR	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Inequidades sociales en salud en el curso de la vida	Carencias económicas en la infancia; tipo de combustible para cocinar en la vejez; capacitarse para un mejor empleo (adolescencia y juventud); años de escolaridad; tener hambre en la infancia; necesidades económicas satisfechas a través del trabajo en la adultez y vivienda con servicios básicos en la infancia.				
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Sin inequidad	0.378	1.459	0.630	1.709
	Inequidad moderada y alta				
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Sin inequidad	0.334	1.504	0.657	3.441
	Inequidad moderada y alta				
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Sin inequidad	0.016*	0.452	0.237	0.863
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen del Estado Mental	Sin inequidad	0.875	1.077	0.429	2.703
	Inequidad moderada y alta				
Escala Geriátrica de Depresión	Sin inequidad	0.141	0.664	0.333	1.169
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Sin inequidad	0.392	0.757	0.400	1.432
	Inequidad moderada y alta				
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Sin inequidad	0.997	0.0	0	--
	Inequidad moderada y alta				

Fuente: Encuesta aplicada.

En el análisis de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable y las inequidades sociales en salud en la vejez los resultados demostraron que 5 de los 7 indicadores de envejecimiento saludable se relacionaron con las inequidades sociales en salud en la vejez.

Las actividades básicas de la vida diaria presentaron una relación significativa con las inequidades socioeconómicas en salud en la vejez ( $p= 0.007$ ); las actividades instrumentales de la vida diaria ( $p= 0.003$ ); la prueba cronometrada levántate y anda ( $p= 0.000$ ); la escala geriátrica de depresión ( $p= 0.000$ ), y el mini examen nutricional ( $p= 0.000$ ).

El factor de riesgo se interpreta de la siguiente forma: las inequidades sociales en salud en la vejez aumentan el riesgo en 7.6 veces de no ser independiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria con un IC del 95%.

Por otra parte, las inequidades socioeconómicas en salud en la vejez

aumentaron el riesgo en 5.0, 3.9, 3.8, y 7.9 veces más de no tener independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria por presentar un resultado bajo en la prueba cronometrada levántate y anda, presentar depresión (Escala Geriátrica de Depresión), y riesgo de desnutrición (Mini Examen Nutricional), respectivamente, con IC del 95%.

**Tabla 6:** Prueba de regresión logística binaria entre los indicadores de envejecimiento saludable: Actividades Básicas de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Prueba Cronometrada Levántate y Anda; Mini Examen Mental; Escala Geriátrica de Depresión; Mini Examen Nutricional; Escala de Recursos y las inequidades sociales en salud en la vejez.

Variables	Indicadores	Sig.	OR	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Inequidades sociales en salud en la vejez	Gozar de bienes y servicios en la vivienda actualmente; tipo de piso de la vivienda actualmente; víctima de maltrato actualmente e ingerir menos de tres comidas al día actualmente.				
Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz)	Sin inequidad	0.007*	7.632	1.743	33.419
	Inequidad moderada y alta				
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody)	Sin inequidad	0.003*	5.091	1.708	15.173
	Inequidad moderada y alta				
Prueba Cronometrada de Levántate y Anda	Sin inequidad	0.000*	3.923	1.974	7.797
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen del Estado Mental	Sin inequidad	0.997	383 050 733.5 71	0.000	--
	Inequidad moderada y alta				
Escala Geriátrica de Depresión	Sin inequidad	0.000*	3.850	1.955	7.581
	Inequidad moderada y alta				
Mini Examen Nutricional (MNA-SF)	Sin inequidad	0.000*	7.944	3.476	18.159
	Inequidad moderada y alta				
Escala de Recursos Sociales (OARS)	Sin inequidad	0.997	130 984 438.1 29	0.000	--
	Inequidad moderada y alta				

Fuente: Encuesta aplicada.

## DISCUSIÓN

Entre los resultados principales de esta investigación encontramos similitudes y discrepancias con estudios que forman parte de los antecedentes, y que a continuación discutiremos.

Respecto a los datos sociodemográficos en nuestra muestra prevaleció el sexo femenino, lo que evidencia, que las mujeres pueden sufrir mayor inequidad porque son fragmentadas y sus trayectorias laborales son inciertas, soportan la principal carga de los efectos negativos para la salud, las responsabilidades domésticas interrumpen trayectorias profesionales, reduciendo la capacidad de ingresos y aumentando los riesgos de pobreza en la edad adulta y en la vejez. Otro punto importante es que la mayoría se encontraba en estado civil casada y vivían en compañía lo que indica que en esta cuestión no se presenta inequidad porque existe una persona que provee las necesidades de mujer y de los hijos lo mencionan la CEPAL en 2016 y Solar & Irwin en 2010.

El contar con fuentes de ingresos del ámbito que se deriven, estas son un factor protector para la salud y la manera de envejecer, porque el estatus socioeconómico tiene influencia en muchas enfermedades como lo menciona la Teoría de las Causas Fundamentales de la Inequidad en Salud (Munguía, 2021),

de igual manera las pensiones contributivas y apoyos gubernamentales serán un factor protector (OMS, 2020; CEPAL, 2016).

El factor latente en este estudio al que denominamos inequidades sociales en salud en el curso de la vida, porque se observaron en todas las etapas, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, demostraron que fue durante la infancia de los participantes que se presentaron 3 de los 7 factores de las inequidades sociales en salud. Además, notoriamente estas condiciones injustas en esta etapa las padecieron más de la mitad de la muestra. Carencias económicas (80%), tener hambre (52.8%), y no tener vivienda con servicios básicos (65%).

En nuestro estudio se demuestra que las personas adultas mayores tienen inequidades que van desde lo económico hasta lo social durante el curso de la vida, y aun cuando el factor latente de las inequidades sociales en salud en la etapa de la vejez muestra porcentajes menores como la carencia de bienes y servicios en la vivienda, sólo el 13.9 % tienen piso de tierra, 10.65% sufren maltrato y únicamente el 32.8% hacen menos de tres comidas al día. Coincide para este grupo con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012), estas discrepancias remediables “inequidades” se deben a desigualdades que son experimentadas desde la infancia hasta la edad adulta mayor.

Sobre el envejecimiento saludable, los resultados de nuestro estudio demostraron que la mayoría de los participantes gozan de autonomía física y mental que les es útil para relacionarse con el entorno, de acuerdo con los indicadores de envejecimiento saludable: ABVD (85%), AIVD (80%), PCLA (53.9%) y pocos presentan deterioro cognitivo, MEEM (12.8%), y la mayoría no tiene depresión (52.2%). Con referencia al estado nutricional (58.9%) se encontraron normales y contaban con buenos y excelentes recursos sociales (95%).

En esta línea, la funcionalidad o capacidad funcional, definida por la OMS como el resultado entre la interacción de la persona (con su capacidad intrínseca física y mental) y las características medioambientales, se convierte en el principal indicador del estado de salud de las personas mayores.

De forma más amplia respecto a la funcionalidad de las personas adultas mayores, debemos comprender que la funcionalidad no radica en la capacidad física de la persona para desempeñar una determinada actividad o movimiento, sino en su vinculación con la comunidad a partir de la participación cotidiana, entonces la medición de esta se centra en las actividades de la vida diaria. En general, estas se han medido a través la identificación de problemas para realizar actividades de la vida diaria básicas, y de actividades de la vida diaria instrumentales que se realizan en el hogar y la comunidad.

Estas últimas incluyen una mayor cantidad de tareas subyacentes y requieren de un funcionamiento cognitivo y físico más complejo. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria han sido consideradas en la literatura científica como las predictoras de salud y funcionalidad en personas mayores, puesto que la pérdida en el desempeño autovalente de estas hace alusión a una pérdida en la funcionalidad (Echeverría y col., 2022).

La inequidad es acumulativa, si una persona padece inequidad desde la infancia, esta inequidad se irá intensificando, de manera que, al llegar a la etapa de la vejez, más se manifestará en diversas problemáticas de salud y limitaciones funcionales (Corona, 2016). En nuestro análisis esto se demostró sólidamente, aun cuando la mayoría de los participantes no mostraron este tipo de inequidades sociales en salud en la vejez, entre los individuos que las presentan se observa un riesgo significativamente mayor de no tener un envejecimiento saludable.

De los 7 indicadores de envejecimiento saludable, 5 de ellos en este estudio están relacionados y son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Prueba Cronometrada Levántate y Anda (PCLA), Escala Geriátrica de Depresión (EGD), y el Mini Examen Nutricional (MEN).

Un dato para considerar fueron los años de escolaridad, que quedaron dentro del factor de inequidades sociales en salud en el curso de la vida.

Los sujetos sin escolaridad y hasta con 3 años, en combinación con otras variables en este factor, como carencias económicas en la infancia, tipo de combustible para cocinar en la vejez, capacitarse para un mejor empleo (adolescencia y juventud), tener hambre en la infancia, necesidades económicas no satisfechas a través del trabajo en la adultez y vivienda sin servicios básicos en la infancia, se relacionó de forma significativa con uno de los indicadores de envejecimiento saludable, en este caso fue con la PCLA.

Al respecto, estudios en Colombia y México, han probado que los individuos con poca escolaridad tienen tres veces mayor riesgo de morir que los que tienen una escolaridad elevada (OPS, 2017).

Aunque la educación se utiliza a menudo como una medida genérica de la posición socioeconómica, interpretaciones específicas explican su asociación: la educación captura la transición de posición socioeconómica (recibida) de los padres a la edad adulta y va a determinar los ingresos y el empleo en un futuro (Solar & Irwin, 2010).

Nuestros participantes, la mayoría con apenas estudios de primaria, mostraron tener necesidades económicas insatisfechas, a través del trabajo en la adultez, y no haberse capacitado para un mejor empleo (adolescencia y juventud), esto acompañado de tener hambre en la infancia y vivienda sin servicios básicos en la infancia, lo cual se relacionó de forma significativa con el indicador de envejecimiento saludable PCLA.

La CEPAL (2016) hace énfasis en las etapas de vida de un individuo, ya que en la infancia se cimientan las bases a desarrollar para el futuro de los individuos. Las grietas etarias de la incidencia de la pobreza y la carencia están asociadas a ejes de la desigualdad, como la diversidad territorial. Nuestros sujetos vivieron su niñez en una parte del territorio nacional en donde el desarrollo era extraordinariamente limitado, en zonas rurales y semirurales.

Por otra parte, Elder (2003) y Marshall (2005) señalan a través del sentido de la teoría curso de la vida como uno de los ejes organizadores el “Tiempo y lugar históricos”, en nuestro estudio esto parece evidenciarse entre los sujetos participantes, cuyas edades en promedio son de 71.82 años  $\pm$ 8.29, que vivieron su niñez, adolescencia y juventud en un contexto de zona rural y

semirural, en donde la falta de desarrollo del lugar impidió, tanto para hombres como para las mujeres, el derecho a tener una educación con mayor escolaridad, la mayoría 66.1% solo tiene estudios de primaria.

Esta limitada escolaridad es probable que haya impedido acceder a un tipo de trabajo que cubriera sus necesidades económicas en la adultez, ya que el 65% mencionan que esto no ocurre, lo que desencadena inequidades sociales al llegar a la vejez. Entre los participantes encontramos que, en esta etapa, el 33.9% tienen viviendas con carencia de bienes y servicios, 13.9% tienen piso de tierra, sufren maltrato 10.6% y 32.8% ingieren menos de tres comidas al día, lo cual constituyó un riesgo significativo para no alcanzar un envejecimiento saludable en nuestro estudio, evaluado a través de las ABVD, AIVD, PCLA, EGD, y MEN. Suficiente evidencia señala que el empleo, la educación, el hogar, los bienes, los servicios básicos y las condiciones ambientales conducen a la inequidad que repercuten en la salud y en el envejecimiento (OPS

Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, van a proporcionar recursos para la salud y prevenir los riesgos para la salud. Varios aspectos de la vivienda tienen un impacto directo en la salud: la estructura de las viviendas y condiciones internas, como humedad y/o contaminación interior.

Dependiendo de la calidad de estas circunstancias, van a proporcionar recursos para la salud y prevenir los riesgos para la salud. Varios aspectos de la vivienda tienen un impacto directo en la salud: la estructura de las viviendas y condiciones internas, como humedad y/o contaminación interior.

En este sentido, las personas adultas mayores de este estudio, en esta etapa de su vida tienen viviendas con carencia de bienes y servicios, con piso de tierra, ingieren menos de tres comidas al día, y además sufren maltrato, lo cual constituyó un riesgo significativo para no disfrutar de un envejecimiento saludable, valorado través de las ABVD, AIVD, PCLA, EGD, y MEN.

Estos resultados coinciden con la teoría psicosocial de las inequidades en salud y la teoría de las condiciones sociales como causas fundamentales de la enfermedad, porque lo antes mencionado está fuertemente relacionado con los ingresos, con los materiales y recursos con sus trayectorias laborales, lo que lleva al aumento de riesgos de pobreza en la edad adulta y en la vejez (Whitehead, 1992; Phelan, Bruce & Parisa, 2010; Solar & Irwin, 2010).

El estatus socioeconómico de nuestra población es bajo y la mayoría sobrevive con la pensión universal que proporciona el gobierno.

Esto tiene influencia sobre múltiples enfermedades, peores resultados de salud y la manifestación de la inequidad social, económica, ingresos bajos, viviendas de mala calidad, empleos inseguros, inalcanzables servicios de salud de calidad, la pobreza como la inseguridad material, el estrés, la desnutrición, poca accesibilidad a la educación, a los servicios de agua potable y saneamiento, marginación, exclusión y discriminación, entre otras cuestiones sociales y sanitarias adversas (OPS, 2017; Corona, 2016; Solar & Irwin, 2010).

Tener mejores condiciones de vida durante la niñez y la adolescencia se asocian con mejor envejecimiento (Montero, López, Acevedo & Mora, 2015).

Los resultados encontrados en la población adulta mayor del municipio de Sayula, Jalisco, muestran que existen inequidades sociales en salud en esta transición del curso de la vida, en especial en la vejez, que están repercutiendo en la forma de envejecer de dicha población.

Identificar las inequidades sociales en salud en el curso de la vida, permite contribuir a las políticas públicas y al abordaje de programas e intervenciones que aporten a la disminución de las inequidades en personas adultas mayores y población en general, para lograr una mejora en la salud, en la calidad de vida y lograr un envejecimiento saludable.

## CONCLUSIONES

A través del desarrollo de la presente investigación, se logró el objetivo general de analizar la correlación entre inequidad social en salud en el curso de la vida con el envejecimiento saludable en personas adultas mayores del Municipio de Sayula, Jalisco, México en 2022. Se aceptó la hipótesis alterna al determinar que existe una relación significativa entre la mayoría de los indicadores de envejecimiento saludable y las inequidades sociales en salud en la vejez, y con alguna en el curso de la vida.

La contribución científica del estudio recae en la creación de nuevos conocimientos en torno a las inequidades sociales en salud, considerando el curso de la vida y, al mismo tiempo, viendo la relación que existe con el envejecimiento saludable.

Además de la aportación de un cuestionario, que aun cuando solo demostró los factores latentes para los sujetos de este estudio, puede servir de pauta en futuras investigación sobre este tema. Se abre la posibilidad de que esta sea una línea para investigar en apoyo a las directrices de la década del envejecimiento saludable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alavinia SM & Burdorf A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(1):39-45. doi: 10.1007/s00420-008-0304-6.
2. Armijos Bravo, G. & Camino Mogro, S. (2017). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estudios Gerenciales*, 33(144), 292-301. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592317300530>
3. Beard J.R., Biggs S., Bloom D.E., Fried L.P., Hogan P., Kalache A. & Olshansky J. (2011). Global population ageing. Peril or promise? *Foro Económico Mundial*. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf)
4. Burholt V., Windle G., Ferring D., Balducci C., Fagerström C., Thissen F., Weber G. & Wenger C. (2017). Reliability and Validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Social Resources Scale in Six European Countries. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 62(6): 371-9. DOI:10.1093/geronb/62.6.S371.
5. Cardona, D., Acosta L.D., Bertone, C.L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292-297. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112003433>
6. 1.Chavarrriaga Ríos M.C. & Cardona Arango D. (2014). Medición de la inequidad en salud en los adultos mayores de Medellín, 2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 32(3) 290-304. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a04.pdf>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL].(2016). La matriz de la desigualdad social en América Latina. [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz\\_de\\_la\\_desigualdad.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf)
8. Corona Figueroa B.A. (2016). Envejecimiento exitoso y su asociación con la inequidad social en mujeres de 60 años y más en los Estados de Colima y Jalisco, México. [Tesis de Doctorado, Universidad de Guadalajara].
9. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*, 46: e34. doi: 10.26633/RPSP.2022.34

10. Elder, G.H. (2003). Longitudinal Studies and the Life Course, the 1960s and 1970s. <https://elder.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/547/2014/09/Longitudinal-Studies-and-the-Life-Course-the-1960s-and-1970s.pdf>
11. Gómez F, Osorio-García D, Panesso L, Curcio C-L. (2021). Healthy aging determinants and disability among older adults: SABE Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 45(98). [https://doi.org/10.26633/RPSP2021\\_98](https://doi.org/10.26633/RPSP2021_98)
12. Hebreo Martínez, M. Juárez Carcaño, F. & Montes de Oca Zavala, V. (2014). Curso de vida y salud: un análisis de las transiciones en el proceso de salud enfermedad de adultos mayores de la Ciudad de México. [http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2014\\_FINAL94.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL94.pdf)
13. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Desplanques G, Donkin A, Gadeyne S, Minder C, Regidor E, Spadea T, Valkonen T, Mackenbach JP. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health,* 58(6):468-75. doi: 10.1136/jech.2003.010496. PMID: 15143114; PMCID: PMC1732782
14. Instituto Nacional de Geriátria [INGER] (2020). Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Investigación INGER. [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia\\_InstrumentosGeriatrica\\_18-02-2020.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf)
15. Klein J, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. (2020). Social Inequalities and Loneliness as Predictors of Ageing Well: A Trend Analysis Using Mixed Models. *Int J Environ Res Public Health.* 17(15): 5314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32718010/>
16. Marshall, V. W. (2005). Agency, Events, and Structure at the End of the Life Course. En R. Levy, P. Ghisletta, J. M. Le Goff, D. Spini y E. Widmer (Eds.), *Advances in Life Course Research: Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course,* 10, 57-91.
17. Montero, M.P., López Giménez, M.R., Acevedo, P. y Mora, A.I. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European j investiga,* 5(1), 55-63. [https://formacionasunivep.com/ej\\_ihpe/index.php/journal/article/view/92](https://formacionasunivep.com/ej_ihpe/index.php/journal/article/view/92)
18. Munguía Lores A. (2021). *Epidemiología, Ciencias Sociales y Sindemia. Espacio abierto cuaderno venezolano,* 30(2), 10-23. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4965784>

19. Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de Salud [OMS]. (2020). Envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>.
20. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
21. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
22. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
23. Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51 Suppl, S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>.
24. Schenkman, S. Bousquat A. (2021). From income inequality to social inequity: impact on health levels in an international efficiency comparison panel. *BMC Public Health*. 21. 1-17. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10395-7>
25. Solar O, & Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, World Health Organization. [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
26. Wagg E., Blyth F.M., Cumming R.G. & Khalatbari Soltani S. (2021). Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Ageing Res Rev*. 69: 101365. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/research/pt/mdl-34004378>
27. Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv*. 22:429–445
28. Zapata Salazar, J., Chávez Martínez, M. A., Petzelová Mazacová, J., Villanueva Ibarra, G., & Hernández Olivares, L. A. (2016). Prácticas de autocuidado de la salud en el ciclo vital. *Investigación y Práctica En Psicología Del Desarrollo*, 2, 201-209. <https://doi.org/10.33064/ippd2689>



LA REMINISCENCIA: UN  
ENFOQUE INNOVADOR  
PARA PROMOVER EL  
ENVEJECIMIENTO  
SALUDABLE

REMINISCENCE: AN  
INNOVATIVE APPROACH  
TO PROMOTING  
HEALTHY AGING

# La Reminiscencia: Un Enfoque Innovador para Promover el Envejecimiento Saludable

Sharo Nohemí Islas Pérez <sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Maestra en Gerontología Social y Licenciada en Atención Integral al Adulto Mayor, Universidad Autónoma de Tlaxcala

<sup>2</sup> Docente de la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

## RESUMEN

El documento aborda la importancia de la reminiscencia como modelo de atención para promover un envejecimiento saludable y exitoso. Se analiza cómo esta técnica, basada en recordar y reflexionar sobre experiencias pasadas, mejora aspectos emocionales, cognitivos y sociales en personas mayores. Estudios revisados entre 2019 y 2023 evidencian beneficios como mayor autoestima, satisfacción con la vida, disminución de la depresión, fortalecimiento de la identidad y mejora de la funcionalidad cognitiva. También se destaca el taller "Picardía en la vejez", un programa educativo que utiliza la reminiscencia para fomentar el humor, la reflexión y la resiliencia en personas mayores, promoviendo su compromiso con la vida y su bienestar general.

## PALABRAS CLAVES

Reminiscencia, Envejecimiento saludable, Funcionalidad cognitiva, Autoestima, Bienestar emocional

## SUMMARY

The document highlights the importance of reminiscence as a care model to promote healthy and successful aging. It examines how this technique, based on recalling and reflecting on past experiences, enhances emotional, cognitive, and social aspects in older adults. Studies reviewed between 2019 and 2023 show benefits such as increased self-esteem, life satisfaction, reduced depression, strengthened identity, and improved cognitive functionality. The document also emphasizes the "Picardía en la vejez" workshop, an educational program that uses reminiscence to encourage humor, reflection, and resilience in older adults, fostering their engagement with life and overall well-being.

## KEYWORDS

Reminiscence, Healthy aging, Cognitive functionality, Self-esteem, Emotional well-being

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida al nacer ha representado un desafío significativo para la sociedad, puesto que la falta de estrategias adecuadas para promover un envejecimiento saludable afecta negativamente la calidad de vida de las personas mayores. Por ello, es fundamental implementar métodos con un enfoque socioeducativo que favorezcan el bienestar físico, emocional y social de esta población.

En este contexto, el modelo de reminiscencia ha sido objeto de revisión para comprender los beneficios que aporta al mantenimiento de un envejecimiento saludable, y para identificar los componentes de este tipo de envejecimiento que se ven favorecidos gracias a dicho enfoque.

Con el objetivo de abordar estas cuestiones, se llevó a cabo un análisis documental para identificar los beneficios de la reminiscencia y los aspectos del envejecimiento saludable que promueve. Para ello, se revisaron diez artículos que evalúan los efectos y la eficacia de la reminiscencia en personas mayores de 60 años y más.

Es así que este artículo presenta los antecedentes teóricos, conceptuales del modelo envejecimiento saludable, exitoso y de reminiscencia. Además, se ofrece un análisis de los artículos revisados para identificar los beneficios de la reminiscencia y los componentes del envejecimiento saludable que favorece.

Y finalmente, se abordan los componentes y beneficios de un taller con enfoque socioeducativo basado en el modelo de reminiscencia, implementado para personas mayores en la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

### **Antecedentes teóricos, conceptuales del modelo de envejecimiento saludable, exitoso y de reminiscencia.**

#### **Modelos de envejecimiento: saludable y exitoso.**

Aunado a lo anterior, es importante destacar que existen diversos modelos de envejecimiento que definen los principales ideales a considerar para envejecer de manera objetiva. En este contexto, el envejecimiento saludable se compone de aspectos objetivos, subjetivos y sociales, los cuales interactúan para conformar la calidad de vida en la vejez.



Los aspectos objetivos describen las condiciones materiales de la persona adulta mayor; mientras que los aspectos subjetivos, se componen por elementos psíquicos para posteriormente también considerar los aspectos sociales los cuales integran políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, pensiones no contributivas, así como cualquier otro servicio procurado por el gobierno a través de las instituciones para satisfacer de manera integral las diversas necesidades de las personas mayores (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2021).

A su vez es importante mencionar que estos aspectos deben ser considerados durante la planeación y diseño de políticas públicas, proyectos y programas educativos que beneficien a las personas mayores promoviendo el mantenimiento de los distintos componentes del envejecimiento saludable.

Por otro lado, el envejecimiento exitoso se caracteriza por tres componentes principales: 1) baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con la enfermedad, 2) alta capacidad funcional cognitiva y física, y 3) un alto compromiso activo con la vida (Rowe & Kahn citado por Jiménez, 2021, p. 63).

Si durante el desarrollo de propuestas de políticas públicas, proyectos o programas se consideran estos tres componentes a futuro es posible que se logre obtener una mejor calidad vida en la vejez.

Es importante señalar que el envejecimiento saludable o exitoso es alcanzable cuando se aborda mediante estrategias de acompañamiento socioeducativas, las cuales brindan asesoría continua a través de acciones educativas orientadas a prevenir enfermedades, fortalecer la capacidad funcional y cognitiva, y fomentar un alto compromiso con la vida en la vejez. Esto lleva a considerar aquellos modelos de atención que resultan efectivos para promover dicho envejecimiento.

### **Modelo de reminiscencia**

La reminiscencia es una actividad psíquica universal necesaria para el envejecimiento saludable o exitoso, porque permite evocar recuerdos que favorecen la integración de las experiencias pasadas con el presente, también brinda continuidad, refuerza la identidad, aumenta la autoestima y permite la resignificación del individuo durante la vejez (Westerhof, Bohlmeijer y Webster como citados en Martínez, D et al., 2021).



Es así que este modelo de atención es apropiado para promover, fomentar y fortalecer distintas capacidades que les permitan a las personas mayores obtener un envejecimiento saludable o exitoso.

Wong y Watt (como citado en Alfonso, R. M et al., 2019) identificaron seis tipos de reminiscencia (integrativa, instrumental, narrativa, transmisora, escapista y obsesiva) de las cuales dos se relacionaban con medidas para el envejecimiento saludable o exitoso.

1. La **reminiscencia de integración** (que fomenta la aceptación del yo y de los demás, la resolución de conflictos y la reconciliación, el sentido, el significado del valor personal y la integración del pasado y del presente).
2. La **reminiscencia instrumental** (que consiste en que la persona se acuerde de planes y estrategias usadas en el pasado para solucionar problemas en el presente).

Esto conlleva a reconocer la importancia de "reconocer la efectividad de la reminiscencia para promover un envejecimiento saludable o exitoso".

## METODOLOGÍA

Para ello se llevó a cabo una investigación documental bibliográfica para "Identificar los beneficios de la reminiscencia y los componentes del envejecimiento saludable y del exitoso que favorece".

Para ello se revisaron diez artículos que analizan los beneficios, efectos y la eficiencia de la reminiscencia en la calidad de vida, la capacidad funcional cognitiva, el bienestar subjetivo / psicológico, así como el deterioro cognitivo, la soledad y la depresión en personas mayores de 60 años y más; excluyéndose artículos publicados antes del año 2018 y cuyos participantes padecieran demencia o alzhéimer.

A continuación, se presenta en la Tabla 1 los artículos seleccionados para identificar los beneficios que ofrece el modelo de reminiscencia.

**Tabla 1.** Artículos seleccionados para el análisis documental de los beneficios de la reminiscencia.

No.	Artículo	Objetivo	Variables
1.	<p>Mejorar la Calidad de vida de Personas Mayores con Intervención en Reminiscencia positiva: Un Estudio Piloto</p> <p><b>Autores:</b> Alba Villasán Rueda Antonio Sánchez Cabaco Manuel Mejía Ramírez Eduardo Castillo-Riedel Marina Alvelais-Alarcón</p> <p><b>Año:</b> 2023</p>	<p>El objetivo principal de este estudio fue probar la eficacia de la terapia de reminiscencia en variables cognitivas y afectivas en adultos mayores en el norte de México con diferentes situaciones en los adultos mayores: envejecimiento saludable (ES), deterioro cognitivo leve (DCL) y enfermedad de Alzheimer (EA).</p>	<p>Calidad de Vida</p>
2.	<p>La reminiscencia como técnica para prevenir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores</p> <p><b>Autores:</b> César David Ormaza Intriago</p> <p><b>Año:</b> 2022</p>	<p><b>Objetivo principal</b> Elaborar un estado del arte de investigaciones que aborden cómo influye la técnica de la reminiscencia en la calidad de vida del adulto mayor</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar los beneficios de la reminiscencia asociados a la prevención del deterioro cognitivo, a través de la revisión de literatura.</p> <p>Determinar cómo influye la técnica de la reminiscencia en la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>Conocer qué avances y aportes recientes se han realizado en torno al deterioro cognitivo de los adultos mayores y la prevención del mismo</p>	<p>Deterioro cognitivo</p>
3.	<p>Reminiscencia Integrativa en Personas Mayores que viven en residencias</p> <p><b>Autores:</b> Dolores Martínez Callado Dra. Sacramento Pinazo Hernandis Dra. Alicia Sales Galán</p> <p><b>Año:</b> 2021</p>	<p>Analizar la eficacia de una intervención psicosocial a partir de un Programa de Reminiscencia Integrativa en un grupo de mujeres mayores que viven en residencias.</p>	<p>Cognitivo, depresión y ansiedad</p> <p>Psicológicas y adaptativas</p>

Fuente: Encuesta aplicada.

## Continuación...

**Tabla 1.** Artículos seleccionados para el análisis documental de los beneficios de la reminiscencia.

No.	Artículo	Objetivo	Variables
4.	<p>Perspectivas Terapéuticas de la Reminiscencia para el fortalecimiento de un Envejecimiento Activo</p> <p><b>Autores:</b> Liliana Rojas Portela</p> <p><b>Año:</b> 2021</p>	<p>Evidenciar los beneficios de técnicas no farmacológicas, como la reminiscencia y su contribución a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores desde la premisa de un envejecimiento activo.</p>	<p>Envejecimiento activo</p>
5.	<p>Reminiscencia y Variables Adaptativas en Personas Mayores</p> <p><b>Autores:</b> María Dolores Martínez-Callado Sacramento Pinazo-Hernandis Alicia Sales G Carolina Pinazo-Clapés</p> <p><b>Año:</b> 2020</p>	<p>Conocer y resumir la evidencia sobre la efectividad de la Terapia de Reminiscencia en diferentes variables adaptativas, publicada en revistas científicas en los últimos 5 años.</p>	<p>Calidad de vida</p> <p>Bienestar subjetivo y psicológico</p>
6.	<p>Revisión sistematizada sobre la eficacia de las terapias de revisión de vida y reminiscencia en personas mayores.</p> <p><b>Autores:</b> Laura Fernanda Cañón Jenny Eugenia Torres María Fernanda Reyes</p> <p><b>Año:</b> 2020</p>	<p>Evaluar los efectos de la terapia de reminiscencia y revisión de vida, a nivel grupal a corto y mediano en la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad</p>	<p>Depresión y ansiedad</p>
7.	<p>Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas</p> <p><b>Autores:</b> Gladis Tatiana Navarro García Hugo Hernán Erazo Gómez</p> <p><b>Año:</b> 2019</p>	<p>Evaluar la eficacia de la intervención de reminiscencia integrativa de Fortuna (2016) para generar bienestar subjetivo y psicológico, y disminuir sintomatología depresiva en adultos mayores no institucionalizados en Bogotá y Popayán</p>	<p>Bienestar subjetivo y psicológico</p>

Fuente: Encuesta aplicada.

## Continuación...

**Tabla 1.** Artículos seleccionados para el análisis documental de los beneficios de la reminiscencia.

No.	Artículo	Objetivo	Variables
8.	<p>Fortalecimiento de la identidad y autoestima de los/as adultos mayores del hogar San Pedro Claver, mediante la aplicación de la terapia de reminiscencia</p> <p><b>Autores</b> María Elena Nader Contreras</p> <p><b>Año</b> 2020</p>	<p>Fortalecer la identidad y autoestima de los/as adultos mayores autovalentes y no autovalentes en el Hogar San Pedro Claver mediante actividades recreativas, artísticas y de ocio basadas en la terapia de reminiscencia.</p>	<p>Identidad y autoestima</p>
9.	<p>Fundamentación de la reminiscencia en el envejecimiento normal y en personas con deterioro cognitivo leve</p> <p><b>Autores</b> Rosa Marina Afonso Belén Bueno Juan Pedro Serrano</p> <p><b>Año</b> 2019</p>	<p>Mostrar la función que puede tener el proceso de reminiscencia tanto en el envejecimiento normal como en personas con deterioro cognitivo.</p>	<p>Envejecimiento normal y deterioro cognitivo leve</p>
10.	<p>Estudio sobre la efectividad de la intervención mediante Terapia de Reminiscencia en la autoestima de usuarios institucionalizados en una residencia</p> <p><b>Autores</b> Rosa Marina Afonso Belén Bueno Juan Pedro Serrano</p> <p><b>Año</b> 2019</p>	<p>Comprobar si se ha producido modificación en relación al nivel de autoestima de los usuarios que han formado parte de la intervención mediante Terapia de Reminiscencia.</p>	<p>Autoestima</p>

**Nota:** Criterios de selección de artículos para la identificación de los beneficios de la reminiscencia (2019-2023).

Fuente: Encuesta aplicada.

Las diez investigaciones realizadas entre 2019 y 2023 abordan la eficacia, los beneficios y las funciones de la reminiscencia en el envejecimiento saludable, considerando aspectos como el bienestar subjetivo. Además, incluyen componentes del modelo de envejecimiento exitoso, tales como el mantenimiento de las funciones cognitivas y un alto compromiso con la vida.

## RESULTADOS

La partir del análisis realizado de los artículos revisados, se identificaron los beneficios promovidos por el modelo de reminiscencia. Los resultados identificados en cada una de las investigaciones se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Beneficios de la reminiscencia en la vejez.

Número de artículo	Beneficios de la reminiscencia en la vejez
1	<p>Los grupos experimentales mostraron una mejora significativa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Función cognitiva</li> <li>• La entidad y el envejecimiento saludable.</li> <li>• Disminución de síntomas depresivos</li> <li>• Aumento significativo en la satisfacción con la vida y en la memoria autobiográfica positiva de las personas mayores.</li> </ul>
2	<p>Se identificó aumento en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaceptación, la aceptación del entorno y de los otros que lo ocupan.</li> <li>• Y les otorgó a las personas mayores herramientas para mejorar sus relaciones con otros, su comunicación social, y les ayudó en la reconstrucción de su propio yo.</li> </ul>
3	<p>A partir de la aplicación del programa se identificó los siguientes beneficios en las personas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoría en el área cognitiva de las personas mayores.</li> <li>• Disminución de ansiedad y síntomas depresivos</li> <li>• Se generó mayor satisfacción con la vida y capacidad de afrontamiento activo.</li> <li>• Se produjo un mayor sentido de vida, menos experiencia de soledad y un aumento en la capacidad para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúan frente al mundo</li> </ul>
4	<p>Se identificó aumento en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaceptación, la aceptación del entorno y de los otros que lo ocupan.</li> <li>• Y les otorgó a las personas mayores herramientas para mejorar sus relaciones con otros, su comunicación social, y les ayudó en la reconstrucción de su propio yo.</li> </ul>

**Nota:** Criterios de selección de artículos para la identificación de los beneficios de la reminiscencia (2019-2023).

Fuente: Encuesta aplicada.

## Continuación...

**Tabla 2.** Beneficios de la reminiscencia en la vejez.

Número de artículo	Beneficios de la reminiscencia en la vejez
5	<p>Se identificó mayor impacto en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sentido de vida</li><li>• Propósito de vida</li><li>• Bienestar psicológico</li><li>• Integridad</li><li>• Afrontamiento y adaptación</li><li>• Y 2 de cada 3 (66,66%) en satisfacción con la vida, y la mitad de los estudios (50%) en calidad de vida y autoestima</li></ul>
6	<p>Se identificó una reducción significativa en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas de depresión mejora de la autoeficacia y rendimiento de la memoria, así como en la función cognoscitiva y calidad de vida.</li></ul>
7	<p>Los resultados obtenidos evidenciaron que las personas mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa presentaron:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor satisfacción vital</li><li>• Aumento en la Satisfacción con la Vida</li><li>• Mayor auto aceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida</li><li>• Y disminución de la sintomatología depresiva</li></ul>
8	<p>A partir de la intervención del programa se identificaron los siguientes beneficios que produjo la terapia de reminiscencia en las personas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción de la sintomatología depresiva en la vejez</li><li>• Mejoró significativamente la calidad de vida de los residentes del hogar a través del fortalecimiento de aspectos emocionales, psicológicos, cognitivos</li></ul>
9	<p>En la investigación se identificó que la reminiscencia contribuye a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantenimiento de la autoestima en un momento de declive físico y cognitivo</li><li>• Preservación de la identidad como fundamento de la estabilidad psicológica</li><li>• En contextos sociales, transmite conocimientos a generaciones futuras</li></ul>
10	<p>Los resultados mostraron un incremento significativo en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La autoestima y en el nivel cognitivo de las personas mayores.</li></ul>

**Nota:** Descripción de los beneficios identificados a partir del análisis documental.

Fuente: Encuesta aplicada.

A partir de revisar los diez artículos se identificó que la reminiscencia tiene distintos beneficios para el envejecimiento de los cuales se destaca 1) el bienestar emocional y la disminución de síntomas depresivos y ansiedad, 2) mayor satisfacción con la vida, 3) mejor funcionamiento cognitivo, 4) aumento del autoestima, 5) fortalecimiento de la identidad, 6) mayor capacidad de afrontamiento activo, 7) mayor auto aceptación, 8) mantenimiento de las relaciones intrapersonales y 9) aumento en el propósito de vida.

## DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES

### **Beneficios de la reminiscencia: Componentes del envejecimiento saludable y exitoso que favorece.**

Los beneficios de la reminiscencia permiten a las personas mayores desarrollar habilidades adaptativas que facilitan la toma de decisiones acertadas, así como la interacción y relación con los demás, lo que mejora las relaciones interpersonales durante la vejez. Este modelo también favorece la recuperación de la identidad, fortalece la capacidad de comunicación y promueve la expresión de sentimientos, emociones e ideales, mientras beneficia la funcionalidad cognitiva.

Además, contribuye a una mayor capacidad de afrontamiento activo y fomenta un fuerte compromiso con la vida.

El modelo de reminiscencia es especialmente apropiado durante una intervención socioeducativa con personas mayores, puesto que favorece aspectos subjetivos como la satisfacción con la vida, la autoestima, el bienestar subjetivo, el autoconcepto, la capacidad de adaptación y la resiliencia, todos ellos elementos clave para un envejecimiento saludable. A si mismo el modelo de reminiscencia se presenta como una de las estrategias más adecuadas para preservar una mayor funcionalidad cognitiva en la vejez, así como para fomentar un alto compromiso con la vida, que es un aspecto fundamental del modelo de envejecimiento exitoso.

De ahí que la propuesta del taller “Picardía en la vejez” sustente su intervención a través del método de reminiscencia usando como medio de motivación el asunto de la “Picardía”, la cual es concebida por las personas mayores como:

*¡El arte de la palabra!, ¡el pensamiento lateral!, y como ¡un juego de palabras que conlleva al engaño, la inocencia, la travesura y la seducción que provoca un sabor juguetón que le da humor a la vida! ♦*

Si bien la reminiscencia es “Un modelo educativo que consiste en pensar o hablar sobre la propia experiencia vital para compartir recuerdos y reflexionar sobre el pasado. Es un medio para establecer vínculos agradables, compartiendo actividades y significados personales” (Mañós citado por Bedmar, M., Fresneda, D & Muñoz, J. 2004. p. 89).

Desde esta perspectiva, el Taller “Picardía en la vejez” tuvo como objetivo preservar la capacidad cognitiva y fomentar el compromiso con la vida en las personas mayores de la UpcPM. Durante el taller, se trabajó en la conservación de la funcionalidad cognitiva a través del uso del lenguaje mediante frases de doble sentido, empleando la picardía como herramienta.

♦ *Nota: Palabras de personas mayores que asisten a la Universidad para con Personas Mayores de la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano que se encuentra en la Universidad Autónoma de Tlaxcala*

Asimismo, se buscó preservar el compromiso con la vida, motivando a las personas mayores a recordar eventos significativos, divertidos, atractivos y pícaros de su vida, mediante la evocación de recuerdos a través de frases de doble sentido, dinámicas y textos.

El método de reminiscencia utilizado en este taller fue de carácter informativa puesto que se hace uso de información recreativa y educativa, tipo de reminiscencia expuesta por Bursinde en el año 1994 y el cual es citado en Limón y Crespo (2002) en el libro “Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores.

El taller estuvo conformado de 14 sesiones dirigidas a fortalecer distintas las distintas habilidades tales como:



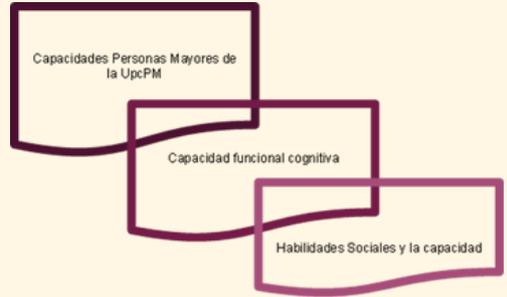
**Figura 1.** Habilidades para aplicar el Modelo Educativo de Reminiscencias.

Cuenca (2011, p. 242) señala que la motivación hacia el aprendizaje en las personas mayores queda definida por las siguientes características:

- La motivación es fundamentalmente intrínseca. En las personas mayores, la satisfacción personal que experimentan al participar voluntariamente en un proceso de aprendizaje y culminar, es de especial relevancia. Del mismo modo, la resolución de problemas concretos y cotidianos juega un papel importante.
- La motivación para aprender en los adultos es esencialmente interpersonal, creada por relaciones internalizadas anteriores y por influencias interpersonales actuales.
- Las personas mayores estarán motivadas para aprender en función del significado que para ellos adquieran las actividades y el trabajo que van a realizar, así como por el contexto en el que se producirá el aprendizaje y los objetivos establecidos para ello.

El taller de “Picardía en la vejez” buscó fortalecer diversas capacidades en las personas mayores, como se muestra en la Figura 2.

Cabe señalar que, a partir de la implementación del taller, las personas mayores mejoraron sus habilidades para reflexionar, comunicarse, y comprender las situaciones que enfrentan en la vejez



**Figura 2.** Capacidades a fortalecer en las personas mayores.

Cabe señalar que, a partir de la implementación del taller, las personas mayores mejoraron sus habilidades para reflexionar, comunicarse, y comprender las situaciones que enfrentan en la vejez.

Asimismo, se potenciaron sus habilidades sociales para gestionar conversaciones, manejar sus emociones y tomar decisiones que les permitan resolver los conflictos propios de esta etapa de la vida. Este proceso también contribuyó a fortalecer su capacidad de adaptación y a enfrentar con mayor resiliencia las situaciones difíciles asociadas a la vejez.

El taller de “Picardía en la vejez” promovió, además, el intercambio y la reflexión sobre las vivencias de las personas mayores, facilitando la reconstrucción histórica de experiencias que fueran agradables, placenteras y divertidas para ellos.

Es importante señalar que, en cada sesión, el concepto “Recordar es volver a vivir” los motivó a evocar experiencias que les generaran sensaciones positivas, lo que les permitió redescubrir el valor de la vida.

Este enfoque, basado en el modelo de reminiscencias, se abordó desde una perspectiva que fomenta la reflexión y el bienestar emocional.

Finalmente, es importante señalar que la vejez es una etapa de la vida marcada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que muchas personas no están preparadas para afrontar. Por ello, resulta esencial diseñar propuestas de enfoque socioeducativo centradas en preservar la salud física, cognitiva y emocional, con el objetivo de prevenir envejecimientos desfavorables y reducir las problemáticas que afectan la calidad de vida de las personas de 60 años o más.

Es importante destacar que, al evocar recuerdos a través del humor, la travesura y la irreverencia, las personas mayores no solo fortalecen su funcionalidad cognitiva, sino que también incrementan su satisfacción con la vida, mantienen su autoestima y desarrollan habilidades para afrontar y adaptarse a los cambios propios de la vejez. Por lo tanto, el modelo de reminiscencia se presenta como una metodología eficaz para trabajar con este grupo poblacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedmar, M., Fresneda, D & Muñoz, J. (2004). Gerontagogía. Educación en Personas Mayores. GRANADA.
- Cañón, L & Torres, J.E. (2020). Revisión sistematizada sobre la eficacia de las terapias de revisión de vida y reminiscencia en personas mayores.
- Dámaso, S. (2023, abril 01). Aspectos biológicos del envejecimiento y su acción en la esfera Medico-Social. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. <https://www.segg.es/actualidad-segg/2022/04/01/aspectos-biologicos-del-envejecimiento-y-su-accion-en-la-esfera-medico-social>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021, agosto 27). Calidad de vida para un envejecimiento saludable. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
- Jiménez, R. (2021). Si la educación avanza, la vejez retrocede. Revista Perspectivas No. 37, pp. 49-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229545>
- Marina, A; Bueno, B & Serrano, J.P. (2019). Fundamentación de la Reminiscencia en el envejecimiento normal y en personas con deterioro cognitivo leve.

- Martínez, D. (2021). Reminiscencia Integrativa en Personas Mayores que viven en residencias [tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/81207/REMINISCENCIA%20INTEGRATIVA%20EN%20PERSONAS%20MAYORES%20QUE%20VIVEN%20EN%20RESIDENCIAS..pdf?sequence=1>
- Martínez, M; Sales, A & Pinazo, C. (2020). Reminiscencia y Variables Adaptativas en Personas Mayores
- Limón, M & Crespo, J. (2002). Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores. Narcea, S.A de Ediciones.
- Navarro, G & Hernán, H. (2019). Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas
- Nader, M.E. (2020). Fortalecimiento de la identidad y la autoestima de los/las adultos mayores del hogar de San Pedro Claver, mediante la aplicación de la terapia de reminiscencia
- Rodríguez, A. (2023). Manual de Psicogerontología: Aula Magna. [https://www.google.com.mx/books/edition/Manual de Psicogerontolog%C3%A1a/LXjCEAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1](https://www.google.com.mx/books/edition/Manual%20de%20Psicogerontolog%C3%A1a/LXjCEAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1)
- Rojas, L. (2021). Perspectivas Terapéuticas de la Reminiscencia para el fortalecimiento de un Envejecimiento Activo
- Salinas, O & Cardoso, M.J. (2019). Estudios sobre la efectividad de la intervención mediante terapia de reminiscencia en la autoestima de usuarios institucionalizados en una residencia. Universidad de Zaragoza.
- Ormaza, C.D. (2022). La reminiscencia como técnica para prevenir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay. Vol. IV, No 1.
- Reyes, A & Maas, M. (2019). Envejecimiento, Vejez y Calidad de Vida. Universidad Nacional Autónoma de México, 1- 168. <https://sdi.unam.mx/suiev2/downloads/libros/l4.pdf#page=16>
- Villasán, A; Sánchez, A; Mejía, M & Castillo, E. (2023). Mejorar la Calidad de vida de Personas Mayores con Intervención en Reminiscencia positiva: Un Estudio Piloto. [Revista internacional de psicología clínica y de la salud](#), Vol. 31, No. 1

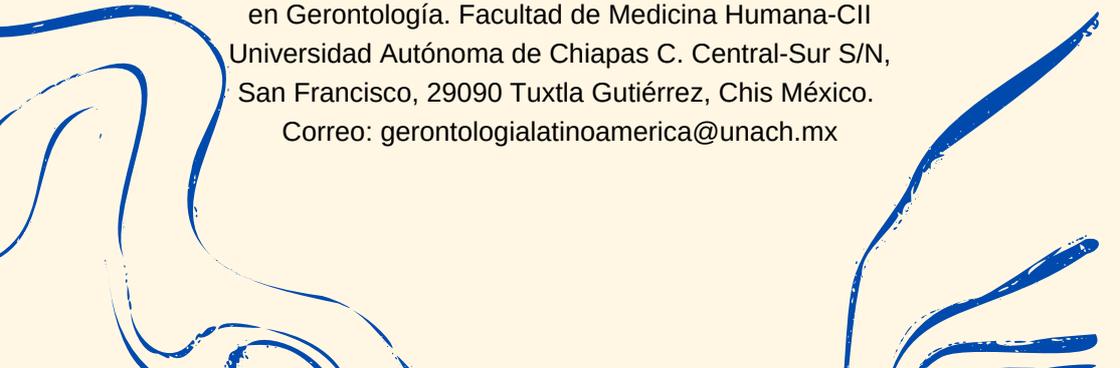


# Si quieres publicar con nosotros, te presentamos los criterios editoriales para presentar artículos:

- 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