

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

Revista de la

Licenciatura en Gerontología

Agosto-Diciembre

2024

Número 4

GL

GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA

ISSN:

2992-6933

GERONTOLOGÍA LATINOAMERICANA



En esta edición:

Polifarmacia en personas adultas mayores

Espiritualidad en la vejez

Y más...



ÍNDICE

Presentación 4

Carlos Miranda Videgaray

Programa de educación gerontológica para el desarrollo de las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores 5

Sandra Quintero y Henry Jean Piere Guerrero

Polifarmacia en personas adultas mayores en una localidad del estado de Chiapas 18

Dayanna Belén Gutiérrez Chávez

Miguel Ángel Rodríguez Feliciano

María José Gutiérrez Gutiérrez

Néstor Rodolfo García Chong

Características de la polifarmacia en adultos mayores empacadores voluntarios de tiendas de autoservicio 30

Juan Carlos Torres Santiago

Luis Manuel de Jesús Pérez Martínez

Jennifer Jacinto Joo

Aide Ibarez Castro

Elsy del Carmen Quevedo Tejero

Intervención gerontológica durante los procesos de duelo 41

Brandon Dane Hinojosa Delgadillo

Espiritualidad en la vejez y su aporte en la vida cotidiana de adultos mayores en la asociación religiosa “El Puente” 48

Vasty Sarahí Vázquez García



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



DIRECTORIO

Editor en jefe

Dr. Carlos Miranda Videgaray
Responsable de Revista Gerontología Latinoamericana

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

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

Vicepresidente

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña
DIRECTORA DE LA FMH-CII

Secretaria Académica

Dra. Gladis Karina Hernández López

Coordinadora de Enseñanza

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología

Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Víctor Manuel Alegría Pérez

Dra. Jessica Paola Chávez Morales

Mtra. Denisse Díaz Pedroza

Dra. Geraldine Hernández Albores

Dra. Liliana Bellato Gil

APOYO EDITORIAL

Cecilia G. Avendaño López

Joaly Betzabé Pérez Pozo

María José Rodríguez González

Karla Romina Pérez Entzin

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

CARLOS MIRANDA VIDEGARAY
EDITOR



PROGRAMA DE EDUCACIÓN
GERONTOLÓGICA PARA EL
DESARROLLO DE LAS
CAPACIDADES DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN GERONTOLÓGICA PARA EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES COGNITIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL C.S.S.R. INASS PEDRO MARÍA UREÑA

Sandra Quintero y Henry Jean Piere Guerrero

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

RESUMEN

La educación gerontológica, es un área de la gerontología que fortalece el desarrollo de las capacidades cognitivas en adultos mayores especialmente los residenciados en el centro social residencial Pedro María Ureña del Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS). Por eso, el objetivo esencial de esta experiencia es implementar un programa de educación gerontológica para el fomento de capacidades cognitivas en adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María de Ureña, Estado, Táchira el cual se desarrollo en tres fases (motivación, ejecución y cierre), la metodología fue la intervención gerontológica atendiéndose 65 adultos mayores que participaron en el programa así como de la institución. se recomienda aplicar este tipo de programas en instituciones donde residen adultos mayores.

Palabras clave: Gerontología, educación gerontológica, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

La educación ha sido un elemento importante en la distribución de oportunidades de bienestar en el adulto mayor, sobre todo en el aprendizaje continuo a favor de una buena calidad de vida, tanto en el aspecto objetivo con el uso de los recursos, como en el subjetivo en la satisfacción por el uso de tales recursos. Dicho esto, en el ámbito gerontológico, la educación es definida por Orduna y Naval (2001) como la enseñanza de los aspectos gerontológicos, es decir, que "alude a los aspectos educativos relacionados con el proceso, mecanismo, tipos, estrategias de enseñanza (de las cuestiones gerontológicas) a profesionales o público en general", en este caso la definieron como educación gerontológica.

Frente a lo descrito, en la sociedad humanística, productiva y constructora del conocimiento se trata de establecer una educación como elemento indispensable para la formación de los valores, hábitos, costumbres, actitudes, creencias, capacidades y habilidades de los hombres como mujeres, que en conglomerado de intereses y expresiones culturales forman la sociedad.

En términos concretos, una buena educación promueve el desarrollo de las capacidades cognitivas en la persona, y en el caso específico del adulto mayor, este desarrollo tributa a minimizar los padecimientos cognitivos o mentales en la vejez. A este respecto, Quintero (2013) señala que la educación produce un cambio relevante en el ser humano, por eso como acción humana, la educación pretende alcanzar el máximo de posibilidades reales en una sola dirección es decir la mejora u optimización de la persona, y vista como educación permanente abarca todas las dimensiones de la vida humana.

Ante lo referido se planteó como objetivo general implementar un programa de educación gerontológica para el fomento de capacidades cognitivas en adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María de Ureña, Estado, Táchira. Siendo sus objetivos específicos en primer lugar motivar a los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María de Ureña, Estado Táchira, a que participen en el programa de educación gerontológica. Luego, promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.

Seguido se podrá implementar acciones gerontológicas de integración comunitaria que favorezcan las habilidades cognitivas entre los adultos mayores del Centro así como evaluar el programa de educación gerontológica con los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira.

APOYO TEÓRICO

Como parte del apoyo teórico se inicia con algunas referencias de investigación entre las cuales resalta Parra y Quintero (2019) con el trabajo de gradotitulado Programa de educación gerontológica para adultos mayores del fondo de desarrollo comunal del estado Carabobo, parte de la inquietud de determinar el conocimiento gerontológico que poseen los adultos y adultas mayores que asisten al Fondo de Desarrollo Comunal del Estado Carabobo, Municipio Valencia del estado Carabobo a fin de proponer un Programa de Educación Gerontológica para estos adultos mayores.

Metodológicamente se enmarca en el paradigma positivista, de tipo descriptivo modalidad factible, con un diseño de campo, transversal o transaccional; las técnicas de recolección de datos fueron la observación y la entrevista, como instrumento un cuestionario validado en la investigación de Romero (2010). Se trabajo con una muestra de 15 adultos y adultas mayores del Fondo de Desarrollo Comunal del estado Carabobo.

El análisis de los datos se basó en la estadística descriptiva. Según los resultados obtenidos, se concluyó que los adultos mayores identifican conceptos concernientes a la gerontología como una ciencia, en cuanto a la vejez y el envejecimiento se nota cierto desconocimiento en la diferenciación de estos.

Con respecto a los cambios derivados en la etapa de la vejez, señalaron mayormente cambios de la apariencia de la piel, aparición de canas, debilitamiento físico, cambios de humor repentino, pérdida de la memoria, entre otros. Se pudo observar que los adultos mayores no tienen conocimiento sobre la educación gerontológica y se mostraron interesados hacia la aplicación de un programa de este tipo. Así, se procedió a diseñar un programa de educación gerontológica dirigido a esta población adulta mayor con el propósito de fortalecer el aprendizaje en la vejez.

También se tiene a Camacho (2013) con la investigación titulada Programa de intervención socioeducativa para la educación permanente con adultos mayores.

Caso: círculo de la tercera edad “Mi esperanza en Dios” sector independencia, Coro estado Falcón; en el mismo se tuvo como objetivo determinar la intervención socioeducativa para la educación permanente con estos adultos mayores así como proponer un programa de este tipo de intervención para la población sujeto. Este estudio es de tipo positivista enmarcado en un proyecto factible con una metodología descriptiva no experimental, transaccional o transversal.

Se elaboró un instrumento tipo cuestionario de 33 preguntas, aplicado a la población objeto de estudio (27 adultos mayores) con las técnicas de entrevista semiestructurada y observación directa. Dicho instrumento obtuvo una valoración de juicio de experto y confiabilidad de Kuder Richardson con un resultado de 0,8026 que indica una alta confiabilidad. Del estudio se obtuvieron los siguientes resultados: existen actividades educativas desarrolladas por el educador gerontológico que contribuyen al fomento de la salud de los adultos mayores, sin embargo la transmisión de la información es escasa en función de la permanencia de dichas actividades en el tiempo.

La integración social por su parte se desarrolla tanto dentro como fuera del grupo, en su familia y comunidad.



En concreto existe una orientación educativa y promoción social en el círculo pero no existe el acto consciente de los adultos mayores en razón de la importancia que implica una educación permanente en su vida, aun cuando estos consideren que existe la necesidad de programas educativos para adquirir conocimientos que les permitan ser transmisores de sus conocimientos a otras generaciones.

Antes de conceptualizar la educación gerontológica, es importante destacar que la gerontología, es concebida como la ciencia encargada del estudio del envejecimiento en todas sus dimensiones. Por tanto, es una ciencia de interés para muchas disciplinas, estando implicados en su estudio distintos tipos de profesionales que intentan dar solución o mejorar la variedad de problemas que se derivan del proceso de envejecer (Martínez, 2005).

En relación con lo anterior, surge la idea de Quintero (2013) quien hace referencia que la educación gerontológica enmarca aspectos asociados con actividades y programas que desarrollan intervenciones educativas, de preparación de profesionales, estudiantes y voluntarios que trabajan o trabajaran con adultos mayores.

Con respecto a estos planteamientos, Orduna y Naval (2001) hablan con mayor claridad refiriéndose a la educación gerontológica como la rama de la gerontología que se encarga de la enseñanza de los aspectos gerontológicos; es decir, que la educación gerontológica alude a todos aquellos aspectos educativos relacionados con el proceso, mecanismo, tipos, estrategias de enseñanza (de las múltiples cuestiones gerontológicas) a profesionales, o público en general.

En cuanto al tema propiamente de la educación gerontológica, se tiene a Orduna y Naval (2001) cuando refieren que “la educación, puede ser considerada como un mecanismo primario usado para prevenir los declives físicos, psíquicos y sociales de los individuos”, desde esta óptica vale referir el deterioro cognoscitivo, cuando Árraga y Sánchez(2007) plantean que existe evidencia científica que sugiere que los ancianos pueden continuar aprendiendo y son capaces de aprender y rendir a niveles muy altos un oficio nuevo.

Además, con los incentivos apropiados, pueden mejorar de forma notable su rendimiento en test de inteligencia fluida y habilidades muy abstractas que incluyen una medida de velocidad de respuesta. Esto indica de forma sorprendente que se pueden generar ganancias significativas en el rendimiento, a menudo con pequeñas intervenciones.

Estos estudios apoyan claramente la idea que la conducta cognitiva de los ancianos se puede modificar. Los resultados del estudio de entrenamiento no niegan las interpretaciones biológicas del deterioro intelectual en los últimos años de la vida, pero la investigación es más coherente con una interpretación de un deterioro intelectual al menos hasta edades muy avanzadas, lo que implica la enfermedad y la falta de estimulación ambiental como principales factores causales (Árraga y Sánchez 2007).

Frente a lo descrito, entre los aspectos legales en el ámbito nacional que orientan el presente proyecto se tienen en primer orden la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), que en su artículo 80 de los Derechos sociales y de la familia refiere que: “El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida”.

METODOLOGÍA

Es necesario destacar que la metodología utilizada para el desarrollo de este proyecto fue la intervención gerontológica con orientaciones de un proyecto factible el cual según la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2006):

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

En esta experiencia, se hizo el diagnóstico previo producto de las conversaciones con los adultos mayores y la planificación con ellos mismos sobre las actividades que fueron desarrolladas y finalmente la evaluación. Las entrevistas fueron abiertas a modo de conversación (Hernández, Fernández y Baptista. 2010). El programa se divide en tres fases la primera de motivación que responde al primer objetivo, la segunda fase de ejecución que responde al segundo y tercer objetivo y la tercera fase denominada de cierre del programa responde al cuarto objetivo.



En el caso de la evaluación de este programa, el mismo en Ex-Antes, Durante y Ex-Post, donde la primera se evaluó receptividad por parte de la población en estudio, y a su vez el nivel cognitivo. En la segunda se evaluó el desarrollo teórico-práctico en la institución permitiendo mejorar las capacidades cognitivas de los adultos mayores.

Y en la tercera se evaluó a través de actividades que permitieron saber si la población en estudio, tanto los autovalidos como las personas con discapacidad, han obtenido un aprendizaje y un cambio en su estilo de vida como parte del envejecimiento saludable.

EXPERIENCIA

Para esta experiencia, se hizo un acercamiento con los adultos mayores del Centro Residencial Dr. Pedro María Ureña lugar donde labora uno de los autores conociendo de primera mano su interés por desarrollar que impliquen complejidad, reflexión, comprensión, análisis todo ello a favor de su memoria con el fin de evitar los declives prematuros propio de la vejez. En lo referido y apoyado en las reflexiones durante el proceso de ejecución de la propuesta educativa, se cita a Quintero (2013) quien señala que “la realidad de las cosas no viene por lo que sabemos de ellas sino por el significado que le damos a los conceptos producto de la dialéctica educativa”.

Una propuesta de educación gerontológica como base primordial de esta experiencia sirvió para proyectar un adulto mayor más activo y participativo, con empoderamiento de sus capacidades tanto cognitivas como sociales orientadas a la integración, el trabajo en equipo y motivacional dirigido al desarrollo personal, profesional y comunitario como agentes de socialización así como educación siendo en la triada adulto mayor-comunidad-universidad.

Realmente, la educación no responde a un solo estímulo, sino que resulta de la convergencia de factores naturales, técnicos y sobrenaturales que actúan sobre el ser humano a través de la familia, de la sociedad en general. En este sentido, el ambiente físico y los materiales constituyen un elemento básico, aunque no único, que maneja al adulto con la finalidad de proporcionar experiencias que van a promover su desarrollo, relevancia que se interpreta dentro de un enfoque constructivista-interaccionista, social-cultural, globalizador de los aprendizajes, según el cual construyen conocimientos a partir de la interacción con el medio físico y social y en función a la diversidad social y cultural de los contextos.



Entendiendo que en el ser humano ocurren cambios propios del proceso de envejecimiento, los posibles casos de deterioro pueden responder a algún tipo de declive en la atención, memoria y orientación siendo estas las que mayormente se ven afectadas en la vejez. Dicho esto, surge la necesidad de propiciar espacios de participación educativa en el adulto mayor residente en el Centro Residencial Dr. Pedro María Ureña, para el fomento de sus capacidades, en este caso cognitivas, ya que no existe hasta el momento programa alguno para potenciar estas capacidades. Aquí vale resaltar el hecho que, en caso de no desarrollarse este tipo de programa en la institución, es posible pensar que pueda existir un acelerado declive de las funciones cognitivas en los adultos mayores residentes en este Centro situación que puede desencadenar eventos demenciales en el caso extremo.

Como se ha mencionado, el proyecto diseñado se fundamenta en una necesidad sentida por los propios adultos mayores conocida a través de conversaciones y entrevistas informales, por esta razón, un programa de tipo educativa permitirá fomentar las capacidades cognitivas. Gracias a la experiencia se pudo estimular a 65 Adultos Mayores con los cuales se logró la asistencia y participación del 90%, como parte de las metas establecidas en dicho proyecto.

Entre los beneficios se tiene el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de los adultos mayores de manera especial en la atención, memoria, aprendizaje y orientación, centradas principalmente en la mejora de la calidad de vida de los Adultos Mayores a nivel psicosocial.

La realización de este programa educativo podrá fortalecer la actividad mental, logrando que el adulto mayor interactúe de forma más activa con las personas que lo rodean, así como también potenciar sus capacidades intelectuales y sus destrezas, cognitivas, otorgándole a la persona mayor las herramientas para la continuidad de sus capacidades funcionales cognitivas de manera activa manteniendo así una vida agradable, exitosa y placentera (Rodríguez 2011).

A través de una visita a las instalaciones del C.S.S.R.A Dr. Pedro María del INASS Ureña, se logró detectar como ya se mencionó mediante una conversación y con apoyo de una entrevista informal realizada a la Trabajadora Social Marisol Torres que en dicha institución existen adultos mayores residentes, donde 38 son autoválidos y 27 poseen una discapacidad física, pero con capacidades mentales activas que deben ser fortalecidas mediante la educación gerontológica, para así desarrollar las capacidades cognitivas de los adultos mayores residentes en el centro antes mencionado.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Cronograma de actividades

A continuación, se expone de forma cronológica la experiencia vivida con el desarrollo del Programa ejecutado referenciando la fecha de ejecución, fecha, actividades, tareas, y recursos.

Semana	Objetivo Específico	Fecha, hora de inicio y culminación	Actividad	Tarea	Recursos
1	Motivar a los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María de Ureña, Estado Táchira, a que participen en el programa de educación gerontológica	05/11/2019	Reunión con personal de la institución. Taller introductorio. Aplicación de instrumento para conocer el estado de las capacidades cognitivas de los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María, INASS Ureña.	-Invitación a reunión -Definición del propósito de la reunión. -Recomido por las instalaciones del INASS -Aplicación del instrumento (evaluación ex antes).	Tecnológicos: -cámara -video beam -laptop -lugar. Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -lápiz
2	Motivar a los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María de Ureña, Estado Táchira, a que participen en el programa de educación gerontológica	08/11/2019	Presentación del proyecto de educación gerontológica a los adultos mayores y al personal que labora en la institución, para que participen en las actividades del proyecto. Elaboración de cartellera informativa	Presentación del proyecto de educación gerontológica a los adultos mayores y al personal que labora en la institución, para que participen en las actividades del proyecto. Diseño de - Selección de información a publicar.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -lápiz -láminas de papel bond -refrigerio Tecnológicos: -cámara
3	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	12/11/2019	Preparación del evento socioocultural - Conversación con los adultos mayores residentes y de atención abierta acerca de sus experiencias.	-Preparación de plan de trabajo -Selección de música y experiencia -Incentivar a los adultos mayores residentes y de atención abierta a participar en la actividad. -Conversaciones con los adultos mayores residentes y de atención abierta acerca de sus experiencias.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -refrigerio Tecnológicos: -cámara
4	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	15/11/2019	Círculo de lectura denominado: "Mentes del comandante" -Estimulación de la parte intelectual e interacción de los adultos mayores de la institución a favor del aprendizaje.	-Preparación del lugar -Material de apoyo (libros, revistas, artículos) -Estimulación de la parte intelectual e interacción de los adultos mayores de la institución a favor del aprendizaje.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -periódicos -refrigerio Tecnológicos: -cámara -video beam -laptop
5	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	19/11/2019	Video foro reflexivo sobre la experiencia de memoria Preparación del ciclo de lectura Primer ciclo de lectura denominado: "Lo importante y nutritivo que es leer"	-Selección del video reflexivo. -Proyección del video reflexivo -Selección de la temática en conjunto con los adultos mayores. -Búsqueda de material -Animar a los adultos mayores a conocer lo importante que es la lectura.	Tecnológicos: -cámara -video beam -laptop Materiales: -Lugar -Mesas -Libros Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -periódicos Tecnológicos: -cámara

6	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	22/11/2019	Preparación del ciclo de lectura Segundo ciclo de lectura denominado: "Mitos y leyendas"	-Selección de la temática en conjunto con los adultos mayores. -Búsqueda de material -Función cognitiva de manera especial la orientación y memoria recordando sus experiencias vividas.	Materiales: Lugar Mesas Libros -Búsqueda de material Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -papel -crayones -lápicos de color -hojas -libro de leyendas Tecnológicos: -cámara
7	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	26/11/2019	Preparación del ciclo de lectura Cierre del ciclo de lectura denominado: "Deberes y derechos que amparan a los adultos mayores en Venezuela"	-Selección de la temática en conjunto con los adultos mayores. -Búsqueda de material -Dar a conocer los derechos que los amparan como adultos mayores en Venezuela.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -constitución de la república bolivariana de Venezuela Tecnológicos: -cámara -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -lápiz -Bolígrafo Tecnológicos: -cámara
8	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	29/11/2019	Preparación de la charla informativa Charla informativa "hábitos nocivos para la salud mental"	-Búsqueda de material. -Invitación de especialista -Toma conciencia de los derechos que los amparan para la salud mental	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -lápiz Tecnológicos: -cámara -video beam -laptop
9	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	03/12/2019	Preparación de la actividad Actividad de estimulación cognitiva	-Búsqueda de material. -Invitación de especialista -Organizar y dirigir a los adultos mayores realizar rutinas para evitar declinación de las capacidades funcionales -juego de memoria del estrés. -Reconocimiento: -Encontrar parejas de imágenes. -Reconocimiento de imágenes, números o palabras	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -juego de memoria -sala de fisioterapia Tecnológicos: -cámara
10	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	06/12/2019	Orientación material temporoespacial Selección personal autobiografía básica: reparar información personal como nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil o datos familiares.	Orientación material de espacio para el tiempo y espacio. Orientación espacial: reconocer lugar actual, ciudad, país, habitación. -Orientación personal y datos familiares.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -hojas -colores Tecnológicos: -cámara



11	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	10/12/2019	Praxias	-Preparación de la actividad. - Selección de material -Organización del espacio para la actividad -Copia de figuras con modelo presente. -Completar dibujos incompletos. -Copiar modelos de figuras siguiendo el trazado por cuadrícula. -Completar dibujos o figuras simétricos.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores Tecnológicos: -cámara
12	Promover actividades de educación gerontológica que generen cambios positivos en las habilidades cognitivas de los adultos mayores.	03/01/2019	Praxias	Visita a Programa de la institución. -Dibujos: -Copia de figuras con modelo presente. -Completar dibujos incompletos. -Copiar modelos de figuras siguiendo el trazado por cuadrícula. -Completar dibujos o figuras simétricos.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores Tecnológicos: -cámara
13	Implementar acciones gerontológicas de integración comunitaria que favorezcan las habilidades cognitivas entre los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira.	07/01/2019	Desarrollo de actividades de relaciones interpersonales e integración comunitaria.	-Visita a Cine entre adultos mayores y personal de la institución. -Selección de la experiencia. -Organización de la experiencia con juegos tradicionales.	Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores
14	Implementar acciones gerontológicas de integración comunitaria que favorezcan las habilidades cognitivas entre los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira.	05/01/2019	Desarrollo de actividades de relaciones interpersonales e integración comunitaria experiencias vividas en el programa educativo	-Visita al club mis años dorados. -Selección de la experiencia. -Organización de material y experiencia.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores Tecnológicos: -cámara

15	Implementar acciones gerontológicas de integración comunitaria que favorezcan las habilidades cognitivas entre los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira.	11/01/2019	Desarrollo de actividad física.	-Selección de la experiencia. -Organización de material y experiencia.	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores Tecnológicos: -cámara
16	Implementar acciones gerontológicas de integración comunitaria que favorezcan las habilidades cognitivas entre los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira.	14/01/2019	Desarrollo de taller sobre conductas negativas en el Adulto Mayor.	-Preparación de la actividad -Selección de material -Organización del espacio para la actividad	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -revistas -goma -tijeras -dibujos -lápiz -colores Tecnológicos: -cámara
17	Evaluar el programa de educación gerontológica con los adultos mayores del C.S.S.R.A. Dr. Pedro María Ureña, Estado, Táchira	16/01/2019	Actividades. "expo creatividad"	-Selección de material -Organización del espacio para la actividad -Preparación del lugar -Presentación de productos de cada taller -Proyección de video. -Evaluación del programa mediante un sondeo de opinión	Humanos: -adultos mayores de la institución. -trabajadora social de la institución. Materiales: -productos Tecnológicos: -cámara -video bestu -laptop -sonido
18	Cumplimiento de las 20 horas finales en la institución	18/01/2019 Al 22/03/2019	Actividad de Cierre del Programa.	Acondicionamiento de las áreas del comedor de A y B con las experiencias del programa educativo	Los necesarios para la realización de la actividad.

CONCLUSIONES

Una vez desarrollada la experiencia, se logró que en la institución se impartiera este programa educativo para los adultos mayores y se pudo fortalecer sus capacidades cognitivas, también se evidenció la activación de su interés por desarrollar actividades cognitivas y físicas así como de orden social no solo entre los adultos mayores sino también con la comunidad.

Gracias al diseño del plan de actividades se consiguió que los adultos mayores y personal del instituto INASS Pedro María Ureña fortalecieran sus relaciones interpersonales, permitió que se integraran más entre ellos y con el programa. Es preciso resaltar que la participación del personal de la institución fue activo, y también de funcionarios de la misión cultura y del Club los años dorados que tuvimos como invitados en el programa.

Dicho esto, entre los aportes del programa están: el cumplimiento del propósito del proyecto de educación gerontológica para el desarrollo de las capacidades cognitivas de los adultos mayores; el fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre los adultos mayores y personal de INASS y de las habilidades cognitivas, físicas y sociales de los adultos mayores encaminado a mejorar la salud física y mental del adulto mayor.

De igual manera, vale resaltar el papel que juega el estudiante del Programa de Gerontología en este tipo de experiencias pues se entiende que proyectos de esta naturaleza es requisito de egreso para todo estudiante en formación, en estos termino, la experiencia del Programa de educación gerontológica para el desarrollo de las capacidades cognitivas de los adultos mayores del C.S.S.R. Inass Pedro María Ureña, significa un adentrarse al desarrollo de las capacidades del estudiante en formación, y las competencias de formación profesional entre las que se cuenta la de Educador Gerontológico siendo una competencia profesional base para la promoción de la salud en el primer nivel de atención primaria de salud.

Está claro que, el impacto que genera este tipo de programas contribuye con las capacidades cognitivas de los adultos mayores que residen en instituciones gubernamentales como esta que se trato en el estudio. Del desarrollo del Programa, emergieron no solo la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores residentes, sino también favoreció las buenas relaciones con el personal que labora en la misma, siendo por tanto, parte de la intención del Programa.

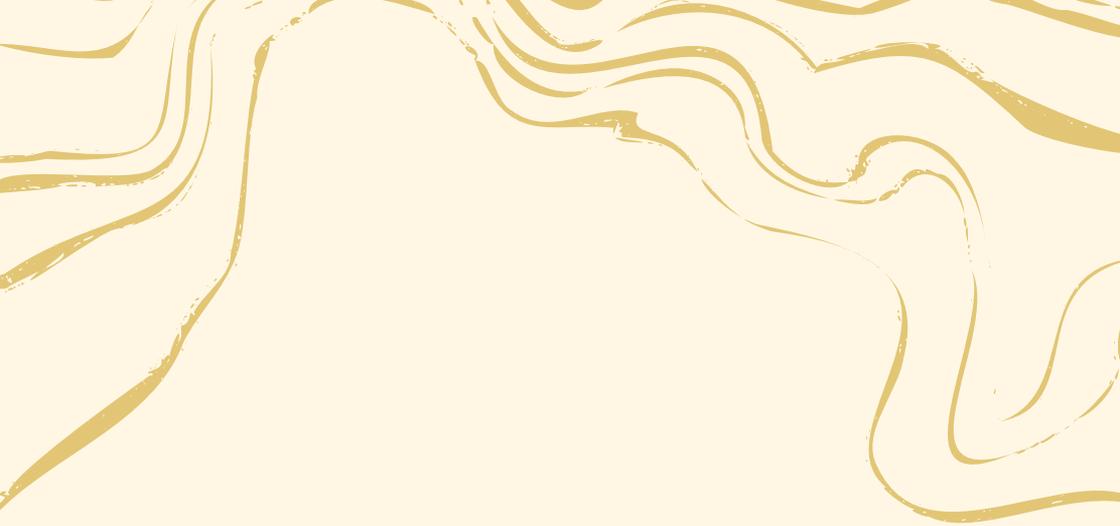


RECOMENDACIONES

Como parte de las recomendaciones, se hace necesario que los programas y proyectos educativos de esta naturaleza se consideren fundamentales para la institución donde residen adulto mayores a fin de minimizar las necesidades y discapacidades que puedan presentarse en la vejez así como para el estudiante en formación.

Se recomienda también, hacer seguimiento a este programa y replicarlo en otras instituciones pertenecientes al INASS a fin de seguir contribuyendo con el bienestar de los adultos mayores.





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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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



SUMMARY

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

METODOLOGÍA

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

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

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

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

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

VARIABLES DE ESTUDIO: Polifarmacia.

VARIABLES DE EXPOSICIÓN Y CONTROL:

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

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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

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

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

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

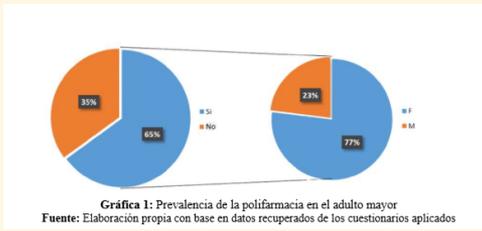
Tabla 1. Población de adultos mayores con polifarmacia

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

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

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

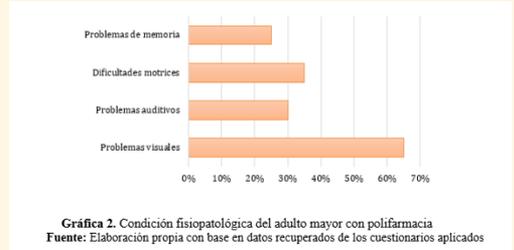
Con referencia a la polifarmacia y su relación con el sexo, Sánchez (2019) refiere que el AM se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, y en personas con bajo nivel de escolaridad, sumada a factores socioeconómicos.



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

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

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



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



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

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



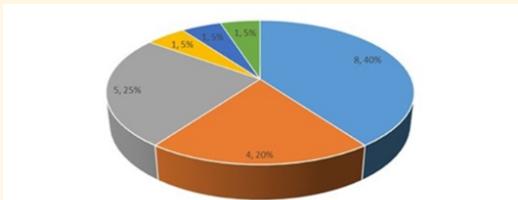
Gráfica 3. Patologías referidas por adultos mayores

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

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

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

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



Gráfica 4. Consultas durante un mes del adulto mayor

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



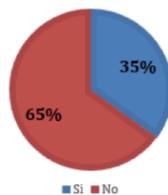
Derivado de lo anterior, se les preguntó sobre los motivos más frecuentes por los que han tenido que acudir a valoración médica, indicando que fueron las enfermedades estomacales infecciosas las principales causas por las que acudieron a consulta. Mencionaron, además, las complicaciones de las enfermedades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



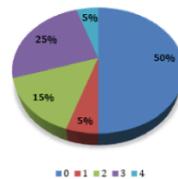
Gráfica 5. Motivos de consulta del adulto mayor
Fuente: Elaboración propia con base en datos recuperados de los cuestionarios aplicados

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

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



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



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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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



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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

Juan Carlos Torres Santiago

Luis Manuel de Jesús Pérez Martínez

Jennifer Jacinto Joo

Aide Ibarz Castro

Elsy del Carmen Quevedo Tejero

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

RESUMEN

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

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

PALABRAS CLAVE

Polifarmacia, Prescripción de medicamentos, Adulto mayor.

ABSTRACT

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

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

Keywords: Polypharmacy, Medication prescription, Elderly.

INTRODUCCIÓN

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

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

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



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

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

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

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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



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

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

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

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



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

RESULTADOS

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

TABLA 1. Características demográficas de la población

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

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

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

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

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

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

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

Tabla 3. Medicamentos prescritos

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

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios. 2020

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

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

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

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

Fuente: Archivos médicos personales de empacadores voluntarios.

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIÓN

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

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

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2024, junio 27). Día Mundial de la Población. Las proyecciones de la población de México para los próximos 50 años: 2020-2070. [gob.mx.](https://www.gob.mx/conapo/prensa/dia-mundial-de-la-poblacion-las-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-para-los-proximos-50-anos-2020-2070?idiom=es)

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

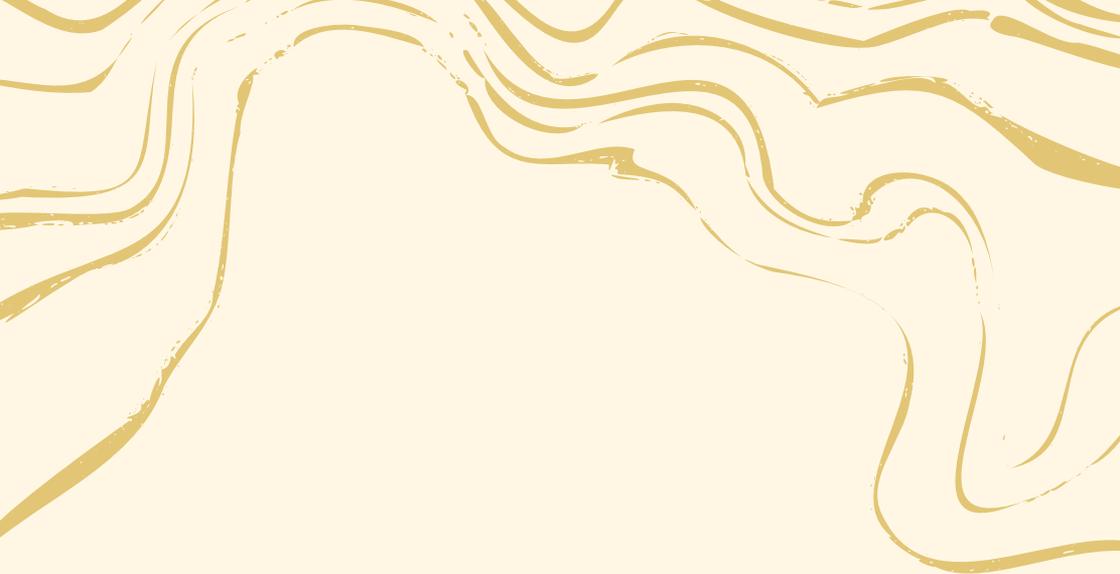
Ramírez-Pérez, A. R., Ramírez-Pérez, J., & Borrell-Zayas, J. C. (2019). Polifarmacia e interacciones medicamentosas potenciales en el adulto mayor, una polémica en la prescripción. *Revista Cubana de Farmacia*, 52(2).
<https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/335>

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

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

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





INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL PROCESO DE DUELO.

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVES

Expresión de emociones, herramientas tanatológicas, duelos, pérdidas.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

(Moreno, 2002, p.4).

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

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

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

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

(Moreno, 2002, p.4).

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

DUELO

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

Tabla 1.

Etapas o tareas del duelo según William Worden.

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

Elaboración propia con base en Salas (2012).

REACCIONES NORMALES ANTE LA PÉRDIDA

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

Tabla 2.

Reacciones normales ante la pérdida

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

Elaboración propia con base en Moreno (2002).

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

Síntomas de un duelo complicado.

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

Tabla 3.

Síntomas de un duelo complicado.

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

Elaboración propia con base en Moreno (2002).



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

¿CUÁNDO, CÓMO, QUIÉN Y PARA QUÉ INTERVENIR?

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

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

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

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

(Rodríguez y Fernández, 2002, p. 277).

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO.

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

Es decir:

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

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

PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO.

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

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

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

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

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

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA DURANTE EL DUELO

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



Estas herramientas son:

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

2. Escribir:

- Cartas que se leen en sesión o se mandan simbólicamente

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

- Poesía.

- Biografías del fallecido.

- Historias e imágenes metafóricas sobre la relación con él.

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

- Epitafio adecuado al ser querido

- Huella vital que dejó en la propia vida.

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

4. Viajes a lugares significativos.

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

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

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

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

9. Reposición de objetos.

10. Lectura reflexiva de un libro de autoayuda.

11. Galería de fotografías.

12. Terapia de grupo y grupos de autoayuda.

"El duelo no te hace imperfecto. Te hace humano"

Sarah Dessen



CONCLUSIÓN

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

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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





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

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

Vasty Sarahí Vázquez García

Licenciada en Gerontología por la UNACH

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVES

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES TEÓRICOS QUE ABONARON A LA INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

METODOLOGÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Identifican diferencias conceptuales (religiosidad y espiritualidad).

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

Gobierno de México (2018) Asociaciones Religiosas.

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

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

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

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

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). DIVERSIDAD (s. f.).

<https://www.cuentame.inegi.org.mx>

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

ENVÍO DE MANUSCRITOS:

Gerontología Latinoamericana Revista de la Licenciatura en Gerontología. Facultad de Medicina Humana-CII Universidad Autónoma de Chiapas C. Central-Sur S/N, San Francisco, 29090 Tuxtla Gutiérrez, Chis México.

Correo: gerontologialatinoamerica@unach.mx





GERONTOLOGÍA
LATINOAMERICANA