





**Envejecimiento saludable  
y calidad de vida:  
contribución científica de  
enfermería**

---

Envejecimiento saludable y calidad de vida: contribución científica de enfermería /Tirso Durán Badillo, Martha Elba Salazar Barajas, Aurora Félix Alemán, coordinadores.—Cd. Victoria, Tamaulipas : Universidad Autónoma de Tamaulipas ; Ciudad de México : Colofón , 2021.  
133 págs. ; 17 x 23 cm.

1. Envejecimiento de la población. 2. Calidad de vida. 3. Personas adultas mayores – Salud e Higiene. I. Durán Badillo, Tirso, coordinador. II. Salazar Barajas, Martha Elba, autor. III. Félix Alemán, Aurora, coordinador.  
LC: RC954      DEWEY: 612.67

---

Centro Universitario Victoria  
Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso  
Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149  
*consejopublicacionesuat@outlook.com*

Universidad Autónoma de Tamaulipas  
Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000  
D. R. © 2021  
Consejo de Publicaciones UAT  
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • *www.uat.edu.mx*

 **Fomento Editorial** Una edición del Departamento de Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria  
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México  
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT  
ISBN UAT: 978-607-8750-45-0

Colofón S.A. de C.V.  
Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII  
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460, Ciudad de México  
*www.colofonlibros.com* • *colofonedicionesacademicas@gmail.com*  
ISBN: 978-607-635-219-9

Publicación financiada con recurso PROFEXCE 2020

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento del Consejo de Publicaciones UAT.  
Impreso en México • *Printed in Mexico*      El tiraje consta de 350 ejemplares

**Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia perteneciente al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Asimismo, fue recibido por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del primer semestre 2021, donde se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” con diagnóstico positivo.**

# Envejecimiento saludable y calidad de vida: contribución científica de enfermería

Coordinadores:

Tirso Durán Badillo

Martha Elba Salazar Barajas

Aurora Félix Alemán



UUA



Consejo de  
Publicaciones



Fomento  
Editorial



COLOFÓN



Ing. José Andrés Suárez Fernández  
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes  
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Manuel Cappello Y García  
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos  
VOCAL

Dra. Rosa Issel Acosta González  
VOCAL

Ing. Rafael Pichardo Torres  
VOCAL

**Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas**

**Dra. Lourdes Arizpe Slogher** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Darío Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodríguez** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Alexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marcano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urra** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

# Índice

Dictaminación	11
Prólogo	13
Prefacio	15
<b>Capítulo 1</b>	
Desarrollo histórico de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Red ESAM	17
<i>Zoila Esperanza Leitón Espinoza / Marialcira Quintero Osorio / Norma Elvira Moreno Pérez</i>	
<b>Capítulo 2</b>	
Constitución y experiencias del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES)	31
<i>Aurora Félix Alemán / Tirso Durán Badillo</i>	
<b>Capítulo 3</b>	
Envejecimiento Activo y Saludable	43
<i>Martha Elba Salazar-Barajas / Tirso Durán-Badillo / Juana María Ruiz Cerino</i>	
<b>Capítulo 4</b>	
Aceptabilidad y satisfacción de las actividades realizadas por GREEFES Saltillo	51
<i>Luis Carlos Cortez González / Diana Berenice Cortes Montelongo / Ana Laura Carrillo Cervantes / Eduardo Hurtado Sánchez</i>	
<b>Capítulo 5</b>	
Dependencia Funcional y Calidad de Vida en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas	61
<i>Mayra Alejandra Mireles Alonso / Tirso Durán Badillo / Jesús Alejandro Guerra Ordoñez / Gustavo Gutiérrez Sánchez</i>	

## Capítulo 6

Sarcopenia y componentes físicos de la calidad de vida relacionada con salud en adultas mayores 71

*Isaí Arturo Medina Fernández / Sandra Cecilia Esparza González / Reyna Torres Obregón / Ruth Magdalena Gallegos Torres*

## Capítulo 7

Relación familiar y calidad de vida en el adulto mayor 85

*Elizabeth Robles Morado / Ma de la Luz Martínez Aguilar / Hermelinda Ávila Alpírez / Gustavo Gutiérrez Sánchez*

## Capítulo 8

Funcionalidad física y calidad de vida de personas adultas mayores empacadoras 95

*José Luis Nuncio Domínguez / María Ascensión Tello García / Diana María Pérez Aguirre / Irving Arnoldo Viera Villanueva*

## Capítulo 9

Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en su contexto familiar 109

*Xóchitl Pérez Zúñiga / Juana María Ruiz Cerino / Martha Elba Salazar Barajas / Gustavo Gutiérrez Sánchez*

## Capítulo 10

Función sensorial y calidad de vida en adultos mayores del noreste de México 117

*Tirso Durán Badillo / Rosa María Martínez Ruvalcaba / Vanessa López Delgado / Martha Elba Salazar Barajas*

De los coordinadores y colaboradores 127

## Agradecimientos

Nuestros sinceros agradecimientos a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma Tamaulipas, especialmente al Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano, miembro de la Red ESAM México, por su apoyo total en el desarrollo y publicación de esta obra.



## Dictaminación

El total de los capítulos que conforman esta obra fueron sometidos a evaluación y dictaminación por expertos en materia de Investigación en Salud de nivel nacional e internacional, miembros de la Red Internacional de Enfermería y Salud del Adulto Mayor (Red ESAM), quienes tras finalizar dichos procedimientos emitieron un resultado favorable para la publicación del libro.



## Prólogo

La Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) está conformada por Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, España, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. En la ESAM existe cooperación y vinculación para el cuidado, educación e investigación y se produce material de cuidados de enfermería en el área de salud de los adultos mayores porque es de importancia seguir trabajando en documentos como el que hoy estamos presentando, que enriquece el conocimiento del personal de enfermería para mejorar la salud y el cuidado del envejecimiento activo y la calidad del cuidado del adulto mayor.

Cada uno de los trabajos de esta obra aborda el problema mundial del envejecimiento de la población. El envejecimiento de una población es una problemática de salud que requiere de la atención de profesionales para la conservación de la salud y la preparación de la familia de los adultos mayores para una atención de calidad en su domicilio.

Se ha trabajado mucho en conservar la vida del adulto mayor pero poco se ha hablado acerca de la contribución de los profesionales de la salud a la calidad de vida del adulto mayor.

Los integrantes de La Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Red ESAM, ocupados en buscar alternativas para dar cuidados de calidad al adulto mayor, que requiere una atención diferente en esta etapa de la vida para seguir conservando la salud y su proceso de vida, de aquí que este grupo de autores que presentan esta obra busca dar calidad de vida en la parte física, mental, emocional y social, desde una perspectiva interdisciplinaria y con temas sobre procesos adaptativos a cada necesidad que se presenta en esta etapa de la vida.

Los autores hablan de una trayectoria vital y ofrecen diversas alternativas de capacitación y desarrollo, que son perspectivas del empoderamiento y enfoque de una vejez activa y que buscan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Cada uno de los capítulos es una herramienta que permite a los profesionales de la salud trabajar con mayor exactitud en esta etapa de envejecimiento y mejorar la calidad de vida.

**Dr. Francisco Cadena Santos**



## Prefacio

El libro *Envejecimiento Saludable y Calidad de vida: Contribución Científica de Enfermería* parte del trabajo colaborativo en investigación realizada por miembros de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM), para promover la ejecución de intervenciones de Enfermería que impacten en el envejecimiento activo y saludable y calidad de vida.

Los autores y colaboradores de esta obra son docentes-investigadores, así como estudiantes de pregrado y posgrado de distintas universidades de México. La mayoría de los docentes cuentan con perfil PRODEP o son miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI); centran sus esfuerzos para la generación de conocimiento de enfermería en busca del mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

*Envejecimiento Saludable y Calidad de vida: Contribución Científica de Enfermería* surge de la convocatoria emitida el 10 de octubre del 2019, para la presentación de propuestas que integrasen un libro de productos de investigación derivados del trabajo de miembros de la Red ESAM. Inicialmente, las propuestas fueron evaluadas por el equipo coordinador quien emitió un dictamen de aceptación o rechazo. Las propuestas aceptadas se enviaron a evaluación por expertos doble ciego, quienes emitieron sus recomendaciones y finalmente el libro fue registrado y evaluado por el comité de investigación y ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros dependiente de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, con un dictamen de aprobación.

En los primeros capítulos se presenta la historia de la Red ESAM y la constitución de los Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES); así como, las actividades científicas y de extensión de los miembros de la Red y de los GREEFES. En los siguientes capítulos se incluyen productos de investigación desarrollada por miembros de la Red.



# Desarrollo histórico de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Red ESAM

---

Zoila Esperanza Leitón Espinoza  
Marialcira Quintero Osorio  
Norma Elvira Moreno Pérez

## Introducción

Este capítulo ofrece un resumen cronológico del desarrollo histórico de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM), desde su creación en el mes de noviembre del año 2006, hasta el mes de mayo de 2020. Se incluyen aspectos conceptuales de la constitución de la Red ESAM, organizacionales y los productos, que dan cuenta de la actividad realizada gracias al tejido en red de sus integrantes esparcidos por Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, España, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, México, Panamá, Portugal, Perú, Uruguay y Venezuela.

La Red ESAM, es conceptualizada como la estrategia de articulación y cooperación técnica entre personas e instituciones vinculadas al cuidado, educación, investigación, producción de información y gestión del cuidado de enfermería en el área de la salud de los adultos mayores. La propuesta de creación de la Red ESAM, entre otras redes, se originó en 2003 en el Programa de desarrollo de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y formó parte de la Iniciativa de Redes de Enfermería de las Américas que generó, sostuvo y estimuló entre 2006 a 2017, dicha organización (OPS/OMS, 2007). A partir de 2017, la Red ESAM y el resto de Redes Internacionales de Enfermería (RIE), se constituyeron como organización autónoma.

La historia de la Red ESAM, empezó a recopilarse en el documento no publicado *Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor, Trayectoria 2006-2011*, de la autoría de Graciela Balanza, Silvina Malvarez y Marialcira Quintero (Balanza, Malvares, y Quintero, 2011), relato sobre el que se ha basado parte del contenido que se recoge en este capítulo, donde se presentan en orden cronológico

las actividades realizadas: congresos, productos/actividades desarrolladas en cada congreso y creación de la Red en los diferentes países.

## Metodología

Se revisaron fuentes primarias de los documentos producidos desde 2003, año en el que se realizó en El Salvador la reunión precursora de la constitución de la Red ESAM, hasta 2020. Las fuentes corresponden al programa de cooperación técnica en enfermería del Proyecto de Recursos Humanos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a la coordinación general de la Red ESAM y a las redes nacionales Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Ecuador, México, Perú y Uruguay, entre 2003 y 2020.

## Resultados

### ***Creación de la Red ESAM en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Buenos Aires, Argentina, 2006***

La propuesta de la creación de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Coordinación Red ESAM, 2006):

[...] surgió entre los años 2003 y 2005 a partir de reuniones promovidas por el Programa de enfermería de la Unidad de recursos humanos para la salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en El Salvador (El Salvador) y Concepción (Chile). En estas reuniones se analizaron tendencias y prioridades en el desarrollo de la enfermería en el área de la salud de los adultos mayores, se discutieron prioridades de cooperación técnica e intercambio de información, y necesidades de estudios que fortalecieran el cuidado de enfermería, su gestión, investigación, información y educación inicial y permanente en el área mencionada.

En Buenos Aires, Argentina, el 29 de noviembre de 2006, se realizó una nueva reunión del grupo iniciador en el marco del X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, en la cual se crearon las Redes Internacionales de Enfermería, siendo una de ellas, la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor. La Red ESAM fue constituida formalmente en dicha reunión, como forma de potencializar conocimientos y esfuerzos entre actores comprometidos con el desarrollo del área de la salud de los adultos mayores en los países del continente americano. La constitución tuvo lugar durante la reunión de enfermeras del área de salud de los adultos mayores, reunión organizada por Graciela Balanza (Argentina) y Marialcira Quintero (Venezuela), a solicitud de la Dra. Silvina Malvares,

Asesora para Enfermería del Programa de Recursos Humanos de la OMS/OPS, Washington, DC.

[...] Los miembros fundadores de la Red ESAM, presentes en la reunión de constitución fueron: Silvina Malvárez (Washington DC-USA-OPS/OMS), Graciela Balanza, Cecilia Rossi, Mirta Pozzi y Mabel V. Sklate (Argentina), Lucía Hisako Takase (Brasil), Alicia Reyes Vidal y Yocelyn Price (Chile), Alba Lucero López (Colombia), Sandra Hernández, Adolfo Acosta y Martha Segovia de León (México), Beatrice Goodwing y Eliana Horta (USA), y Marialcira Quintero (Venezuela) (Coordinación Red ESAM, 2006).

### *Organización de la Red ESAM*

#### *Misión, Valores, Objetivos y estructura de funcionamiento*

En el documento *Organización de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor* (Quintero, 2014), se define la organización de la Red, su Misión, Valores, Objetivos y estructura de funcionamiento, con la finalidad de establecer algunas normas básicas de funcionamiento, “para motivar y ordenar su acción, formalizar y visibilizar su existencia y dinámica, facilitar su ampliación, programación y monitoreo, y movilizar apoyos nacionales e internacionales”.

[...] **Misión:** La Red Internacional de Enfermería [en] Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) es la estrategia de vinculación, cooperación y sinergia entre personas, instituciones, organizaciones y programas interesados en el desarrollo de los cuidados, la gestión, la investigación e información, y la educación inicial y permanente de enfermería y envejecimiento saludable, con la finalidad de contribuir a la promoción y protección de la salud de los adultos mayores, sus familias y cuidadores, a la mejora permanente de la calidad de los servicios y a promover su cobertura y acceso universal a la salud en las Américas y en otros países de Iberoamérica.

[...] **Valores:** La Red ESAM [se basa en] la convicción que la colaboración, la convivencia, el aprendizaje y trabajo en red suponen solidaridad, confianza y respeto intercultural por los conocimientos y experiencias como valores [fundamentales] para la salud; que la excelencia y responsabilidad en la participación constituyen imperativos éticos cuando se trata del trabajo en salud; que el cuidado humano es esencial para la vida plena de los sujetos y las sociedades, y que la contribución de las enfermeras es imprescindible para el logro de la Cobertura Universal en Salud.

La Red ESAM está integrada por profesionales enfermeros de Iberoamérica, comprometidos con su misión, visión, valores y objetivos. La red funciona con base en:

[...] tres mecanismos de coordinación: reunión general de la Red (RGR) una vez por año de manera virtual, preferiblemente, o presencial en ocasión de los eventos anuales Conferencias de Educación y Coloquios de Investigación; Grupo coordinador regional (GCR) y Grupos coordinadores de país (GCP) (Coordinación Red ESAM, 2006).

*Reuniones internacionales presenciales, creación de Red ESAM Nacionales, Publicaciones y I Congreso Internacional de la Red ESAM*

*I Reunión Internacional de la Red ESAM en la IX Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería y I Encuentro Latinoamérica-Europa, Toledo, España, 2007*

El 2 de octubre de 2007, Toledo fue el escenario de la I Reunión Internacional de Redes de Enfermería y de la Red ESAM, en la que se inició formalmente la incorporación a la Red, de enfermeras y enfermeros de Europa. Asistieron representantes de Argentina, Brasil, Chile, Panamá, Venezuela, USA, España y Portugal. En esta reunión se presentó e inició el período de socialización de los acuerdos básicos de trabajo de la Red (Coordinación Red ESAM, 2007).

*II Reunión Internacional de la Red ESAM en el XI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Quito, Ecuador, 2008*

Con el propósito de hacer seguimiento a las actividades realizadas y planificar las futuras, en el XI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería realizado en la ciudad de Quito (Ecuador) del 10 al 13 de noviembre de 2008, se incluyó en el programa una reunión de las coordinaciones de las Redes Internacionales de Enfermería, y la II Reunión Internacional de miembros en la Red ESAM. Una de las recomendaciones que surgió de esta reunión, fue establecer mecanismos para facilitar la comunicación entre los miembros de la red, y a tal efecto se creó el correo electrónico *redenfermeriadultomayor@gmail.com*, que ha sido a partir de entonces, una vía expedita de contacto e interacción permanente. A la fecha las comunicaciones virtuales son permanentes utilizando las nuevas tecnologías (Coordinación Red ESAM, 2008).

*III Reunión Internacional de la Red ESAM en la X Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería y II Encuentro Latinoamérica-Europa, Ciudad de Panamá, Panamá, 2009*

La III reunión de Redes Internacionales de Enfermería, incorporó en esta ocasión la realización de talleres temáticos abiertos a todos los asistentes a la Conferencia. La coordinación de la Red ESAM organizó y ejecutó el taller *Orientaciones y estrategias para la enseñanza del cuidado a los adultos mayores*, cuyo propósito fue presentar a consulta y socializar el documento producido por la OPS/OMS, *Propuesta para la*

*enseñanza de enfermería en salud del adulto mayor*, y fortalecer las capacidades docentes de los participantes, a los fines de optimizar la calidad del proceso formativo sobre el cuidado de los adultos mayores en pre y posgrado. La agenda contemplaba la realización del panel de expertos “Estrategias innovadoras: ¿Cómo enseñar a los jóvenes estudiantes de enfermería a cuidar a los mayores?”, con representación de 7 países de América y 1 de Europa (Coordinación Red ESAM, 2009).

*IV Reunión Internacional de la Red ESAM en el XII Coloquio Panamericano de Educación en Enfermería, Florianópolis, Brasil, 2010*

La IV Reunión de la Red ESAM se realizó en la ciudad de Florianópolis, Brasil, el 20 de agosto de 2010, bajo la coordinación de la Dra. Rosalina Partezani Rodríguez, en el marco del XII Coloquio Panamericano de Enfermería. A la reunión asistieron 16 personas representando a 7 países de las Américas (Coordinación Red ESAM, 2010).

*V Reunión Internacional de la Red ESAM en la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, Coimbra, Portugal, 2011*

La V Reunión Internacional de la Red, se realizó en Coimbra, Portugal, el 20 de septiembre del 2011, con una asistencia de 34 personas de Brasil, Chile, España, México, Portugal, Suecia y Venezuela. La agenda incluyó dos objetivos: 1. Compartir experiencias sobre la enseñanza y el cuidado de los mayores enfocadas en la APS y el envejecimiento activo y saludable; y 2. Discutir aspectos críticos de la formación básica y educación permanente en la enseñanza e investigación de enfermería y la salud de adultos mayores (Coordinación Red ESAM, 2011).

*La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. OPS/OMS-PALTEX, 2011*  
Como resultado de las acciones de cooperación técnica, el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales Instruccionales (PALTEX), publicó el texto interdisciplinario *La salud de los adultos mayores. Una visión compartida*, propuesto por la coordinación de la Red con el apoyo de la Dra. Silvina Malvárez, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/OMS. El texto, compilado por Marialcira Quintero, incluyó capítulos de su autoría, de Leonor Luna y Eliana Horta, miembros de la Red. El texto ofrece experiencias y aportes de un grupo de profesionales de las ciencias sociales y de la salud de Latinoamérica, EE.UU. y España, cohesionados por tres ejes transversales: promoción de la salud, envejecimiento saludable y activo, y mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, sus familias y cuidadores (OPS/OMS/PALTEX, 2011).

#### *Creación Red ESAM Argentina, 2012*

En mayo de 2012, se realizó en Buenos Aires, Argentina, el VI Congreso Argentino de Educación en Enfermería. Como actividad pre congreso, se dedicó un día a las Redes de Enfermería de las Américas, en cuyo marco se planificó una reunión, coordinada por las maestras Marialcira Quintero (Venezuela) y Graciela Balanza (Argentina), cuyos objetivos fueron: 1. Compartir experiencias sobre la enseñanza y el cuidado de los mayores en Argentina. 2. Presentar la publicación *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*, y 3. Promover la creación de la Red ESAM Argentina.

Durante el desarrollo de la agenda, se propuso y aprobó la creación de la Red ESAM Argentina por unanimidad; los concurrentes se constituyeron en miembros fundadores de la misma; asimismo se acordó que la coordinación de la Red ESAM Argentina, recayera en la magíster Cecilia Rossi, profesora de la Universidad Nacional de Rosario (Coordinación Red ESAM, 2012).

#### *VI Reunión Internacional de la Red ESAM en el marco del XIII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Miami (EE.UU.), 2012*

El 3 de septiembre de 2012 se realizó la VI reunión internacional de la Red ESAM, en la que participaron colegas de Chile, España, México, Argentina, Brasil, Uruguay, Panamá y Venezuela. Los objetivos de la reunión fueron: 1. Compartir experiencias en investigaciones sobre el cuidado de los mayores en Iberoamérica. 2. Definir prioridades de investigación en cuidados de enfermería a los adultos mayores. 3. Proponer la realización de un estudio multicéntrico de sistematización de buenas prácticas de cuidado a los adultos mayores y, 4. Promover la creación de las redes ESAM Nacionales.

Se establecieron las 3 prioridades de investigación en el área del cuidado de la salud de los mayores: 1. La enseñanza del cuidado de enfermería a los adultos mayores, en pregrado; 2. Los factores de protección del envejecimiento saludable y activo; 3. La fragilidad como proceso integral que afecta a los adultos mayores. Se planteó revisar, comentar y difundir la Publicación Número 59, *Enseñanza de la Enfermería en salud del adulto mayor*, de la Serie de Recursos Humanos para la salud de la OPS 2012; divulgar las actividades realizadas en las instituciones y países involucrados para la creación de las redes ESAM Nacionales (Coordinación Red ESAM, 2012).

#### *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor, Serie de Recursos Humanos No. 59, OPS/OMS, 2012*

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a través del Proyecto de Recursos humanos en salud, con la

coordinación de la Dra. Silvina Malvares y la contribución principal de la magíster Graciela Balanza, presentó el documento *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*, el cual fue ampliamente consultado y socializado en la II Reunión Internacional de la Red ESAM, realizada en Panamá en 2009. Dicho documento surgió de la iniciativa para definir competencias y lineamientos para la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor en los programas básicos de educación en enfermería, desarrollada por el Programa de Salud del adulto mayor, en conjunto con el Programa de recursos humanos de enfermería de la OPS/OMS, desde 2003. La finalidad de su elaboración fue que dichas orientaciones sirvieran de base para la inclusión del componente en los planes de estudio de pre-grado de la carrera de Enfermería en Latinoamérica.

La versión final del documento *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*, recogió también los aportes recibidos durante la reunión de la Red ESAM en Panamá (2009), como última instancia de socialización. El documento concluido, fue acogido para su publicación en 2012, en la Serie Recursos Humanos para la salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (OPS/OMS, 2012).

#### *Creación Red ESAM Perú, 2012*

En octubre de 2012 y bajo la coordinación de la Dra. Zoila Esperanza Leitón Espinoza, catedrática de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Trujillo y en el marco de la VI Jornada Internacional de Investigación en Ciencias de Enfermería, realizado en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en la ciudad de Chiclayo, se creó la Red ESAM Perú. La Dra. Leitón Espinoza fue designada Coordinadora Nacional, función que ejerció de 2012 a 2017. Desde septiembre de 2017, la Dra. Sofía Lavado Huarcaya ejerce la coordinación de la Red ESAM Perú.

#### *VII Reunión Internacional de la Red ESAM en el marco de la XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, Montevideo, Uruguay, 2013, y creación de la Red ESAM Uruguay*

El propósito de la reunión realizada el 10 de septiembre de 2013 fue fortalecer a la Red ESAM internacional, promover la creación y desarrollo de las Redes ESAM nacionales y reflexionar sobre el cuidado de enfermería a los adultos mayores. Para ello se establecieron los siguientes objetivos:

- [...] 1. Facilitar los procesos de constitución y funcionamiento de las redes nacionales, mediante la socialización de la experiencia de coordinación de la Red ESAM internacional, y su evaluación de los avances y dificultades para el logro de la misión de la Red. 2. Socializar las experiencias de las Redes ESAM

Nacionales. 3. Analizar el concepto cuidado de las personas adultas mayores en el contexto de la educación y práctica de la Enfermería. 4. Promover la creación de Redes ESAM Nacionales. 5. Proponer líneas de acción y plan de trabajo (Coordinación Red ESAM, 2013).

Participaron 51 personas, provenientes de diez países: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, España, México, Perú, Uruguay, EE.UU. y Venezuela. En esta reunión se constituyó la Red ESAM Uruguay, siendo designadas Coordinadoras Nacionales las profesoras Isabel Silva y Miriam Costabel (Coordinación Red ESAM, 2013).

#### *Creación de la Red ESAM Chile, 2013*

En noviembre de 2013 por iniciativa de la Dra. Doris Sequeira, se creó la Red ESAM Chile, siendo la proponente nombrada Coordinadora Nacional.

#### *VIII Reunión Internacional de la Red ESAM en la antesala del XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cartagena de Indias, Colombia, 2014 y creación de la Red ESAM Colombia*

El 7 de septiembre de 2014, se realizó en la ciudad de Cartagena de Indias, la VIII Reunión Internacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Red ESAM. Dicha reunión fue coordinada por las profesoras Elizabeth Fajardo (Colombia) y Doris Sequeira (Chile), cumpliéndose la agenda de la misma ante una nutrida asistencia de representantes de países latinoamericanos.

El propósito de la reunión fue fortalecer la Red ESAM internacional, promover la creación y desarrollo de las Redes ESAM nacionales y reflexionar sobre la Cobertura Universal de Salud desde la perspectiva de enfermería. Para ello se establecieron los siguientes objetivos: 1. Compartir los avances y retos del trabajo a nivel internacional y nacional de las Redes ESAM. 2. Orientar y planificar estrategias que permitan incrementar la visibilidad de las acciones de las Red ESAM. 3. Fomentar la participación de la Red ESAM en procesos de investigación multicéntrica a nivel nacional e internacional. 4. Diseñar la propuesta de plan de trabajo de la Red 2014-2016 en concordancia con el Plan de trabajo global de las Redes. 5. Socializar las experiencias de conformación y desarrollo de las Redes Nacionales.

Participaron 50 personas, provenientes de: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú, Uruguay y EE.UU. En dicha reunión fue constituida la Red ESAM Colombia, recayendo en la magíster Elizabeth Fajardo, la Coordinación Nacional. Por otra parte, las colegas de México asumieron la responsabilidad de iniciar las gestiones necesarias para la creación de la Red ESAM México (Coordinación Red ESAM, 2014).

#### *Creación Red ESAM México 2014*

En noviembre de 2014, cumpliendo con el compromiso adquirido en Cartagena en 2013 durante la VIII reunión de la Red ESAM, se creó en la ciudad de Celaya, Guanajuato, la Red ESAM México en el Marco del IV Simposio Nacional de Geriátrica, auspiciado por la Universidad de Guanajuato-Campus Celaya Salvatierra. La doctora Norma Elvira Moreno Pérez fue electa Coordinadora Nacional, quien ejerció esa posición hasta el año 2019, a partir del cual, la doctora Aurora Félix Alemán, asumió dicha Coordinación.

#### *IX Reunión Internacional de la Red ESAM en el marco de la XIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, Río de Janeiro, 2015*

El día 5 de septiembre de 2015, se realizó la IX reunión internacional de la Red ESAM en la ciudad de Río de Janeiro, bajo la coordinación de la doctora Zoila Leitón Espinosa, en la que se cumplieron los siguientes objetivos como contribución a la estrategia de Acceso y Cobertura Universal de Salud, y al cumplimiento del Plan de Trabajo de las Redes Internacionales: 1. Compartir los avances y retos del trabajo de la Red ESAM a nivel internacional y nacionales. 2. Fomentar la participación de la Red ESAM en procesos de investigación multicéntrica y de cooperación a nivel nacional e internacional. 3. Diseñar la propuesta de plan de trabajo de la Red 2015-2017 en concordancia con el Plan de trabajo global de las Redes. 4. Compartir experiencias de enseñanza y formación como aportes al fortalecimiento profesional de los miembros de la Red. 5. Estimular la participación, socialización, cooperación e intercambio entre los miembros.

En la reunión participaron 56 personas, provenientes de los países: México, Brasil, Chile, Perú, Bolivia, Mozambique, Argentina, Uruguay, Colombia y España. El desarrollo de la reunión, su nutrida asistencia, participación y la expresión de los colegas asistentes, sugieren el cumplimiento del propósito y objetivos trazados en la agenda (Coordinación Red ESAM, 2015).

#### *X Reunión Internacional de la Red ESAM en la antesala del XIV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Ciudad de México, México, 2016*

El 4 de octubre de 2016 se realizó la X reunión presencial de la Red ESAM Internacional, bajo la coordinación de la doctora Norma Elvira Moreno Pérez, Coordinadora de la Red ESAM México, cuyos objetivos fueron: 1. Celebrar los 10 años de trabajo de la Red ESAM. 2. Difundir las actividades cumplidas en el período septiembre 2015-2016 y proponer actividades futuras en el marco del plan de trabajo 2015-2017. 3. Fomentar la visibilidad de la Red en Iberoamérica y el trabajo colaborativo entre países y redes. 4. Compartir resultados de investigaciones

de los miembros de la Red ESAM. 5. Actualizar las líneas de investigación definidas en la VI Reunión Internacional, Miami, 2012.

Participaron en la reunión setenta personas, provenientes de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, México y Perú. En el marco de la reunión general de Redes y en la específica de la Red ESAM, se presentaron conferencias y carteles sobre los eventos y logros resaltantes de la Red entre los años 2006 a 2016 (Coordinación Red ESAM, 2016).

*XI Reunión Internacional de la Red ESAM en la antesala de la XIV Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, Lima, Perú, 2017, y creación de la Red ESAM Brasil*

El 25 de septiembre de 2017 se realizó la XI Reunión Internacional de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor - Red ESAM, en el marco de la Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Dicha reunión fue coordinada por la doctora Zoila Esperanza Leitón Espinoza, coordinadora de la Red ESAM Perú y la relatoría estuvo a cargo de la doctora Sofía Lavado Huarcaya, Miembro de la Red ESAM Perú.

Los objetivos de la reunión fueron: 1. Analizar los aportes de la Red ESAM a la Educación de Enfermería en las Américas. 2. Difundir los logros y metas alcanzadas en el período agosto 2016-2017. 3. Definir actividades y estrategias en el marco del plan de gestión 2017-2020. 4. Promover la cooperación, intercambio internacional y el trabajo colaborativo. 5. Elegir la nueva Coordinadora de la Red Internacional. 6. Analizar la solicitud de creación de la Red ESAM Brasil. 7. Socializar los alcances de los acuerdos de la XI Reunión General de Redes Internacionales de Enfermería.

Participaron 25 personas, provenientes de Colombia, Perú, México, Chile, Argentina y Brasil. La agenda planificada se cumplió en su totalidad, destacando la elección de la nueva Coordinadora de la Red ESAM Internacional. La relatora doctora Sofía Lavado, procede con la lectura de las comunicaciones enviadas por la magíster Marialcira Quintero, Coordinadora de la Red ESAM Internacional desde su creación en 2006; la primera referida a la renuncia a dicha Coordinación y la segunda, a la postulación de la doctora Zoila Esperanza Leitón Espinoza, Coordinadora de la Red ESAM Perú, como Coordinadora de la Red ESAM Internacional 2017-2020, obteniendo la aprobación unánime de los asistentes. Otro punto a destacar fue la creación de la Red ESAM Brasil. La doctora Fabia Lima, dio lectura a la solicitud de creación de la Red ESAM Brasil a nombre de un nutrido equipo de colegas, y presentó la propuesta de trabajo. La magíster Cecilia Rossi, Coordinadora de la Red ESAM Argentina, hizo notar que desde el año 2006 Brasil viene trabajando de manera intensa y permanente en la red, por lo tanto

era un mérito y justicia su creación formal. Por unanimidad se aprueba la solicitud de creación de la Red ESAM Brasil, proponiendo a la doctora Rosalina Aparecida Partezani Rodríguez como la Coordinadora Nacional de la Red (Coordinación Red ESAM, 2017).

*XII Reunión Internacional de la Red ESAM en la antesala del XIV Coloquio Panamericano de la Habana, Cuba, 2018 y creación de las Redes ESAM Cuba y Ecuador*

El 4 de noviembre se realiza la XII reunión de la Red ESAM, en la que se aprueba la creación de las Redes ESAM Cuba y Ecuador, y se designan como coordinadoras a las magíster Caridad Llanes Betancout, para la primera, y Germania Vargas, para la segunda (Coordinación Red ESAM, 2018).

*XII Reunión Internacional de la Red ESAM en el marco de la XV Conferencia Iberoamericana de Enfermería, Panamá, Panamá, 2019*

El 24 de septiembre, se realizó la XII reunión de la Red ESAM, bajo la coordinación de la doctora Rosalina Partezanni Rodriguez y la relatoría a cargo de la doctora Fabia Lima. Los objetivos de la reunión fueron: 1. Compartir las historias, misión, valores y avances de la Red. 2. Promover la creación de redes nacionales. 3. Comunicar innovaciones, conocimientos y prácticas de máxima actualidad en las redes sociales, eventos, etc. 4. Preparar la estrategia para la adhesión internacional de la Red ESAM a la campaña Nursing Now 2020. 5. Difundir los logros 2018-2019. 6. Establecer acuerdos para realizar investigaciones multicéntricas. 7. Promover la cooperación y el trabajo colaborativo. Socializar los alcances de los acuerdos de la XIII reunión general de las Redes Internacionales de Enfermería (Coordinación Red ESAM, 2019).

*Primer Congreso Internacional de la Red ESAM, Chiclayo, Perú, 2020*

Por iniciativa del Grupo Coordinador Regional de la Red ESAM, integrado por la Coordinadora General de la Red ESAM y las Coordinadoras Nacionales, se realizó del 3 al 6 de marzo en la ciudad de Chiclayo, Perú, el I Congreso Internacional de la Red Enfermería, bajo el título *Agenda 2030: Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor en diferentes contextos para el envejecimiento saludable*, en las instalaciones de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Para la realización del Congreso, el Grupo Coordinador Regional y el Comité Organizador, gestionaron y obtuvieron el apoyo y el aval de organizaciones públicas y privadas nacionales e internacionales de los ámbitos académicos, gremiales y del sector salud. Hubo una importante participación, con 262 inscritos de 10 países: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador,

México, Perú y Venezuela. El programa académico realizado bajo las modalidades presencial y virtual, incluyó 3 talleres pre congreso; se realizaron 9 conferencias, cuatro presenciales y dos virtuales, a cargo de destacados conferencistas nacionales e internacionales, y se presentaron 65 trabajos orales libres. Se creó el Premio Magíster Marialcira Quintero, al mejor trabajo libre. Se instituyó la Medalla de la Red ESAM para ser impuesta a las Coordinadoras Nacionales. El II Congreso Internacional de la Red ESAM, fue planeado para el año 2022 en la ciudad de Riberao Preto, Brasil. Información recogida en las Memorias del Congreso, en fase de publicación (Coordinación Red ESAM, 2020).

#### *Creación de la Red ESAM El Salvador, 2020*

En el marco de la realización del I Congreso Internacional de la Red ESAM, realizado en la ciudad Chiclayo, Perú, el Grupo Coordinador Regional aprobó el 6 de marzo de 2020, la creación de la Red ESAM El Salvador, designando como Coordinadora a la magíster Claude Odily Quintanilla de Calderón.

#### **Discusión**

La interacción de integrantes de la Red ESAM ha permitido crear nexos de cooperación e intercambio entre enfermeras y enfermeros de los campos docencia, gerencia y servicio en 14 países de Iberoamérica, vinculados con el área del cuidado de la salud de los adultos mayores. Se fortalece la enseñanza del cuidado del adulto mayor en los programas de la carrera de enfermería en las escuelas y facultades. Se publicó *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*, en la Serie Recursos humanos para la salud de la OPS/OMS. En 2012 se creó el logotipo de la Red. Entre 2006 a 2020 se crearon las Redes Nacionales ESAM Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay; se planificaron y realizaron trece reuniones internacionales en las ciudades de Toledo, Quito, Panamá, Florianópolis, Coimbra, Miami, Montevideo, Cartagena, Rio de Janeiro, Ciudad de México, la Habana y Panamá. Se conformó el Grupo Coordinador Regional integrado por la Coordinadora General y las Coordinadoras Nacionales. Se organizó y realizó I Congreso Internacional de la Red ESAM.

Al analizar la evolución de la Red desde el momento de su creación a la fecha, con base en los productos y actividades desarrolladas en las diferentes reuniones, puede afirmarse que la Red ESAM ha fortalecido en los países de América Latina, a la profesión de enfermería y mejorado la calidad de los cuidados que se ofrecen a los adultos mayores y a sus familias.

## Conclusión

A partir de su creación en Buenos Aires en 2006, los integrantes de la Red ESAM se han mantenido en contacto permanente por vía electrónica y en encuentros presenciales habiendo realizado doce reuniones presenciales en ocasión de las Conferencias Iberoamericanas de Educación y los Coloquios Panamericanos de Enfermería entre 2007 y 2019. En esos años, los miembros se han ido consolidando como grupo internacional, y en los países, socializado propuestas, intercambiando información y experiencias, participando en eventos científicos nacionales e internacionales, y promoviendo en Iberoamérica el desarrollo y la visibilidad de la enfermería enfocada al cuidado de la salud de los adultos mayores, sus familias y cuidadores.

Entre 2006 a 2020, la coordinación general de la Red ESAM, ha sido ejercida por la magíster Marialcira Quintero Osorio (Venezuela) entre 2006 a 2017 y por la doctora Zoila Esperanza Leitón Espinoza (Perú) desde 2017 a la fecha de esta publicación.

## Referencias

- Balanza, G., Malvares S. y Quintero, M. (2011). *Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor; Trayectoria 2006-2011*. Documento no publicado.
- Coordinación de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM). (2009). *Informe III Reunión Internacional de la Red ESAM*. Ciudad de Panamá, Panamá.
- \_\_\_\_\_ (2015). *Informe IX Reunión Internacional de la Red ESAM*, Río de Janeiro, Brasil.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Informe Creación de Red ESAM*. Buenos Aires, Argentina.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Informe I Reunión Internacional Red ESAM*. Toledo, España.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Informe II Reunión Internacional Red ESAM*. Quito, Ecuador.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Informe IV Reunión Internacional de la Red ESAM*. Florianópolis, Brasil.
- \_\_\_\_\_ (2011). *Informe V Reunión Internacional de la Red ESAM*. Coímbra, Portugal.
- \_\_\_\_\_ (2012). *Informe V Reunión Internacional de la Red ESAM*, Buenos Aires, Argentina.
- \_\_\_\_\_ (2012). *Informe VI Reunión Internacional de la Red ESAM*, Miami, Florida, EE.UU.
- \_\_\_\_\_ (2013). *Informe VII Reunión Internacional de la Red ESAM*, Montevideo, Uruguay.
- \_\_\_\_\_ (2014). *Informe VIII Reunión Internacional de la Red ESAM*, Cartagena de Indias, Colombia.
- \_\_\_\_\_ (2016). *Informe X Reunión Internacional de la Red ESAM*, Ciudad de México, México.
- \_\_\_\_\_ (2017). *Informe XI Reunión Internacional de la Red ESAM*, Lima, Perú.
- \_\_\_\_\_ (2018). *Informe XII Reunión Internacional de la Red ESAM*, La Habana, Cuba.
- \_\_\_\_\_ (2019). *Informe XII Reunión Internacional de la Red ESAM*, Ciudad de Panamá, Panamá.

- OPS/OMS/PALTEX (2011). *La salud de los adultos mayores. Una visión compartida*. Washington DC, EE.UU.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). *Acuerdos básicos de trabajo de la Red de Enfermería y Salud del Adulto Mayor*. Washington, DC.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Serie de Recursos humanos, Propuesta para la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*, Washington DC, EE.UU.
- Quintero, M. (2014). Documento Organización de la Red Internacional Enfermería y Salud del Adulto Mayor.
- Red ESAM Internacional. (2020). *Memorias del I Congreso Internacional de la Red ESAM. Agenda 2030: Cuidado de Enfermería al Adulto Mayor en Diferentes Contextos para un Envejecimiento Saludable, 2020*. En proceso de publicación.

# Constitución y experiencias del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES)

---

Aurora Félix Alemán  
Tirso Durán Badillo

### Introducción

El avance tecnológico y científico, nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, mejor conciencia del autocuidado, entre otras razones han favorecido el crecimiento poblacional e incremento de la esperanza de vida. No obstante, vivir más años no significa envejecer con calidad de vida, ya que gran población adulta mayor se encuentra en condiciones desfavorables debido a enfermedades, difícil acceso a los servicios de salud, desempleo, problemas económicos, descuido personal y familiar, insuficiente seguridad social, entre otras causas. Debido a estas condiciones de vida de las personas adultas mayores, surge la importancia y sentido de ser de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (ESAM) y de la universidad a través de las acciones con que manifiestan su compromiso con la sociedad y en específico con las personas adultas mayores.

La evolución de la Red Internacional de ESAM y la constitución de la Red ESAM-México en 2014 (ver Capítulo 1), es preámbulo para comprender la incorporación del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES) como fortaleza y estrategia académica en las actividades de profesores de enfermería miembros de la Red ESAM-México en favor de la vulnerable población adulta mayor.

En este capítulo se presenta un esbozo de la constitución y experiencias del GREEFES, con énfasis en las diversas razones que justificaron su constitución y funcionamiento: humanas, académicas, profesionales e institucionales; así como las experiencias de aprendizaje, intervenciones de enfermería que contribuyen en mejorar las condiciones de vida de personas adultas mayores y la fortaleza que representa este grupo en la vinculación y servicio social de las Universidades miembros.

## Desarrollo

En el marco de la XII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería en 2013 en Montevideo, Uruguay, se realizó la *VII Reunión Internacional de la Red internacional ESAM* a la cual asistieron y se conformaron como miembros de dicha Red la doctora Rosa Ma. Aguilar Hernández y la doctora Aurora Félix Alemán, profesoras de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros dependiente de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). En 2014 en la ciudad de Celaya, Guanajuato, en el Marco del *IV Simposio Nacional de Geriatría*, auspiciado por la Universidad de Guanajuato-Campus Celaya Salvatierra, se creó la Red ESAM-México, quedando suscritas como miembros fundadores. De ahí el compromiso e interés de las profesoras de plantear el sentido y trascendencia de la Red ESAM al Cuerpo Académico (CA), Salud y Comportamiento Humano y al personal docente.

[...] Un cuerpo académico es un conjunto de profesores-investigadores que comparten una o más líneas afines de investigación (estudio), cuyos objetivos y metas están destinados a la generación y/o aplicación de nuevos conocimientos, además de que a través de su alto grado de especialización, los miembros del conjunto ejerzan la docencia para lograr una educación de buena calidad. Los CA proveen el sustento de las funciones académicas institucionales y contribuyen a integrar el sistema de educación superior (Fundación Universia, 2020).

En 2015, se aceptó la incorporación del CA consolidado, UAT-CA-53 *Salud y Comportamiento Humano* de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, como miembro institucional de la Red ESAM-México a solicitud de la doctora Hermelinda Ávila Alpíres, Líder del Cuerpo Académico, a la entonces coordinadora general de la Red ESAM-México, doctora Norma Elvira Moreno Pérez, quedando como representante del CA ante la Red la doctora Aurora Félix Alemán.

En el marco del 2° *Congreso Internacional de Salud* organizado por la Universidad Autónoma de Guanajuato en 2016, se celebró la *III Reunión Ordinaria de la Red ESAM-México* en Manzanillo Colima. Se contó con la asistencia de la Coordinadora de la Red Internacional ESAM, magíster Marialcira Quintero Osorio quien recomendó la elaboración del Programa de Trabajo BIANUAL en concordancia con el Plan de Trabajo Global de las Redes (Coordinación Red Enfermería en Salud del Adulto Mayor, 2016). Por consiguiente, se convino elaborar el correspondiente para la sede de Matamoros, Tamaulipas.

## Constitución y funcionamiento del GREEFES

A nivel mundial como creadoras y mediadoras del saber, las universidades tienen funciones sustantivas en común: Investigación, Docencia y Vinculación o Extensión, las tres estrictamente interrelacionadas. Es decir, los profesores tienen el compromiso de generar y/o probar nuevos conocimientos, guiar el aprendizaje en los alumnos y vincularse con la comunidad (Pinto, 2020). La creación del GREEFES se sustenta y contribuye en cada una de estas funciones: 1) al integrar profesores investigadores miembros de la Red ESAM-México, quienes asesoran a los integrantes del GREEFES, 2) los profesores asesores fortalecen el proceso de aprendizaje de los integrantes del GREEFES al diseñar, motivar y aplicar nuevos conocimientos en el área de la Enfermería Gerontogeriatrica, y 3) se logra la vinculación cuando los profesores asesores, en coordinación con los integrantes del GREEFES realizan visitas comunitarias y aplican el conocimiento adquirido al interior del grupo.

Durante la elaboración del Plan de Trabajo de Matamoros Tamaulipas en 2016, la doctora Aurora Félix Alemán y el doctor Tirso Durán Badillo consideraron conveniente como estrategia académica, la incorporación de alumnos del Programa de Licenciatura en Enfermería para la realización de intervenciones en pos de un envejecimiento saludable. La idea de incorporar alumnos habría de estar sustentada con razones que impactaran en el programa de la Licenciatura en Enfermería, en la formación de alumnos y principalmente en la función sustantiva de la universidad: Vinculación y Servicio a la Comunidad. Asimismo, como lo describe Quintero (2014), se espera que con las intervenciones se contribuya a favor de las personas adultas mayores. Por ello fue conveniente elaborar un plan de trabajo para el GREEFES. En el plan de trabajo, el GREEFES quedó definido como estudiantes guiados por profesores miembros de la Red ESAM, con alto sentido de responsabilidad, con convicción solidaria y conciencia social, sensibles a las necesidades de las personas adultas mayores que voluntariamente disponen sus capacidades, competencias y recursos para contribuir con cuidados o intervenciones para impulsar envejecimiento activo.

La asesoría impartida por los profesores es con el propósito de estimular la capacidad de los integrantes del GREEFES en el liderazgo que les facilite la toma de decisiones. Sus funciones centradas en alcanzar los siguientes objetivos:

1. Formarse como líderes para el fomento del envejecimiento saludable.
2. Aplicar intervenciones de enfermería en atención primaria de salud en instituciones y la comunidad para favorecer el envejecimiento saludable.
3. Divulgar el trabajo de los profesores universitarios miembros de la Red ESAM y los GREEFES para aumentar la visibilidad en espacios públicos.

El programa de trabajo habría de ser aprobado por el director de la UAMM-UAT, doctor Gustavo Gutiérrez Sánchez, ya que como profesores responsables y miembros de la Red ESAM, dicho programa debía impactar favorablemente en intereses mutuos además de avizorar las opciones financieras y de subsistencia. Con la aprobación del plan de trabajo, se procedió a la difusión de la Red ESAM entre los profesores a fin de incorporarse como miembros y por efecto, asesores de los integrantes del GREEFES, además de las actividades que como socias se comprometen. Se incorporaron la doctora Martha Elba Salazar Barajas, MCE Claudia Miranda Posadas, MCE Teodomira Rodríguez Ríos, ME María Santos Mayorga, ME Lucía Guadalupe Cruz Barrera y doctora Magdalena Segura Flores.

Así entonces, el 10 de septiembre de 2016, previa convocatoria, solicitud de ingreso y orientación, se constituyó el primer GREEFES en Matamoros, Tamaulipas, México, con 35 alumnos del programa de Licenciatura en Enfermería en la Unidad Académica Multidisciplinaria dependiente de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, coordinado hasta el 2019 por la doctora Aurora Félix Alemán; actualmente a cargo de la doctora Martha Elba Salazar Barajas.

### Diseño del logotipo del GREEFES

La constitución del GREEFES generó la necesidad de contar con un símbolo que lo representara y que reflejara su esencia, objetivos y fundamento y por ende, que se hiciera presente en carteles, estandartes, promocionales, prendas y objetos; por lo que se convocó a los integrantes del GREEFES a realizar sus propuestas. El comité evaluador determinó que el ganador fue el diseño de la alumna Elia Teresa Aburto Flores. El logotipo se conforma de una pareja de adultos mayores, razón de ser del grupo. La casa representa la protección hacia las personas mayores, ya que lamentablemente es la etapa de la vida en la que, por diversas razones, se encuentran más vulnerables.

Figura 1. Logotipo del GREEFES



La forma de corazón simboliza el amor que se les transmite con el servicio de enfermería. El color de las manos, presentes en la parte inferior, tienen un significado a cada color; las de color verde representan la calidad de vida, las de color azul, la juventud que está involucrada en el equipo de trabajo conformado por estudiantes de enfermería, y la lámpara representa la claridad, conocimiento y cuidado de enfermería (Figura 1).

### Difusión del GREEFES

En el apartado constitución del GREEFES se describen las razones de ser; de ahí la importancia e interés de impulsar su constitución en diversas universidades en las que profesores de enfermería son miembros de la Red ESAM. Corresponde en tanto, difundir por los medios disponibles y facilitarlos. Por lo que diversas invitaciones en forma oral y electrónica se han ofertado a colegas de enfermería en reuniones, eventos científicos y académicos y a través de la radio y el periódico locales, a fin de que conozcan y comprendan sobre las condiciones de vida prevalentes de la población adulta mayor, su vulnerabilidad, necesidades y diversas acciones que a su favor realizarán profesores y alumnos en algún tiempo.

En el marco del *Tercer Congreso Internacional de Salud* en Guanajuato, Guanajuato se celebró la *IV reunión ordinaria de la Red ESAM-México* en 2017 en la que la doctora Aurora Félix Alemán presentó el programa de trabajo, las experiencias del GREEFES y comunicó a la asamblea, previa solicitud interdirectores, los pormenores de este, la asesoría para su réplica en los diversos centros académicos que así lo consideren.

En el marco del XXXIII Congreso de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE) “Educación, cuidado e investigación”, en octubre de 2016 el doctor Tirso Durán Badillo presentó el tema *La Red ESAM-México en el fomento del envejecimiento saludable y los GREEFES, fortaleza para los cuerpos académicos* donde se enfatizó sobre el ánimo de constituir GREEFES. Asimismo en noviembre de 2019 en el XXXVI Congreso Nacional de Enfermería de la FEMAFEE, en la reunión de directores fue replanteada la propuesta-invitación en la conferencia *Los Cuerpos Académicos Universitarios en Alianza con la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor*.

A partir de la difusión se han constituido cinco GREEFES en facultades y/o programas de enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad Autónoma de Tamaulipas y Universidad Guanajuato. Se atendieron las solicitudes expresas mediante oficio, por autoridades de las facultades de enfermería para compartir los documentos convenientes para la constitución y funcionamiento del GREEFES correspondiente.

## **Primera reunión de los GREEFES**

En el marco del 2° Congreso Iberoamericano de Enfermería, organizado por la facultad de enfermería doctor Santiago Valdés Galindo de la Universidad Autónoma de Coahuila en Saltillo; profesores y asesores del GREEFES-Salttillo miembros de la Red ESAM-México, convocaron la 1° reunión de Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable la cual se efectuó el 5 de octubre de 2018.

El programa de la reunión se centró en el reconocimiento de profesores miembros de la Red ESAM-México y miembros del GREEFES de Matamoros, Tamaulipas y Saltillo, Coahuila, replanteamientos sobre la Red Internacional ESAM, la Red ESAM-México, el compromiso de miembros de la red ESAM y compartir las experiencias de ambos GREEFES sobre la constitución, actividades realizadas de atención primaria de salud, aportaciones, celebraciones, asistencia y participación en congresos y apoyo en la investigación.

En la actualidad se encuentran constituidos seis GEEFES bajo la coordinación general del doctor Tirso Durán Badillo: Matamoros, Saltillo, Puebla, Nuevo Laredo, Mante y Celaya. Por lo que se planea, para lo subsecuente, que las reuniones sean en el marco de los congresos de la Red ESAM-México y de la Federación Mexicana de Asociaciones y Facultades de Enfermería (FEMAFE).

## **Los GREEFES constituidos**

*GREEFES-Salttillo, Coahuila.* En la Facultad de Enfermería doctor Santiago Valdés Galindo de Saltillo, Coahuila, dependiente de la Universidad Autónoma de Coahuila se concretó el segundo GREEFES en enero de 2018, con 23 estudiantes de maestría y dos de licenciatura. Quedó el grupo bajo la coordinación de la MCE María Magdalena de Labra Salinas y a partir de abril del 2019 asumió la coordinación el doctor Luis Carlos Cortéz González, con la participación de siete profesores miembros de la Red ESAM-México y del Cuerpo Académico en Consolidación *Cuidado para el envejecimiento activo y saludable*, DCE Diana Berenice Cortes Montelongo, DCE Ana Laura Carrillo Cervantes, DCE Daniel Sifuentes Leura, DCE Reyna Torres Obregón, Dra Sandra Cecilia Esparza González, ME José Luis Nuncio Domínguez y ME Isaí Arturo Medina Fernández.

*GREEFES-Puebla, Puebla.* El 18 de noviembre del 2019, en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en Puebla, fue constituido el tercer GREEFES-Puebla con cinco estudiantes, tres de maestría y dos de licenciatura en enfermería; bajo la coordinación de la doctora María Claudia Morales Rodríguez y la participación de la DCE Gudelia Nájera Gutiérrez pertenecientes al Cuerpo Académico *Intervenciones Educativas en Enfermería*.

*GREEFES-Nuevo Laredo, Tamaulipas.* El 12 de mayo de 2020 se integraron cuatro profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas de Nuevo Laredo, Tamaulipas como miembros de la Red ESAM-México que conforman asimismo el Grupo Disciplinar *Grupo Vulnerable de Adultos Mayores*, ME Luis Humberto Hernández Saláis, ME Marissa Michelle Díaz Dávila, MCE Carolina Benavides Guerrero y ME Karla Iris Cuevas Martínez, que fungen como asesores del cuarto *GREEFES-Nuevo Laredo* constituido en julio 8 de 2020, con ocho alumnos bajo la coordinación del doctor Luis Antonio Rendón Torres.

*GREEFES-Mante, Tamaulipas.* El 2 de marzo de 2020, en El Mante, Tamaulipas, en la Unidad Académica Multidisciplinaria Mante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas se constituyó el grupo de profesores miembros de la Red ESAM-México Coordinado por la ME Ma. Guadalupe González Netro y seis profesoras, del Grupo Disciplinar Promoción de la Salud, asimismo son miembros de la Red ESAM-México. Una vez constituido el *GREEFES* participan como asesores: ME María Angélica Téllez González, E. Esp. Verónica Judith Villarreal Rodríguez, MSP Xóchitl Marisol García Casas, MD Laura Guadalupe Núñez Torres, ME Miriam Hernández Rodríguez y E. Esp. Perla Francisca Saucedo Flores. El 10 de agosto de 2020 se constituye el quinto *GREEFES-Mante* con 15 alumnos.

*GREEFES-Celaya, Guanajuato.* El sexto *GREEFES-Celaya*, Guanajuato se constituyó el 17 de agosto de 2020 con 8 alumnos del programa de licenciatura en enfermería y obstetricia bajo la coordinación de la Dra. María de Jesús Jiménez González miembro de la Red ESAM desde 2014. Este grupo pertenece al Campus Celaya-Salvatierra de la División de Ciencias de la Salud e ingenierías de la Universidad de Guanajuato bajo la asesoría de tres profesoras del programa de licenciatura en enfermería y obstetricia que son miembros de la Red ESAM y conforman el cuerpo académico *Cuidado al inal de la vida*, DCE Norma Elvira Moreno Pérez, DCE Raúl Fernando Guerrero Castañeda y DCE Marcela Ortega Jiménez.

### **Experiencia de aprendizaje-intervenciones de enfermería de los GREEFES**

Una responsabilidad primordial de los profesores-miembros de la Red ESAM y asesores de los *GREEFES*, es la concientizarlos sobre la población de adultos mayores, las condiciones de vida, su vulnerabilidad y las causas, los estereotipos, entre otros temas. Además, se contextualiza al *GREEFES* con respecto a la Red ESAM y la universidad; se explica sobre sus actividades y experiencias previas, en convivencia con alumnos de mayor experiencia. También se les ofrece capacitación sobre temas que surgen según necesidades identificadas.

La participación principal de los *GREEFES*, es en horario compatible con sus planes académicos, fortalece su formación personal, profesional y curricular

ya que puede, en circunstancias específicas, considerar su participación para la materia optativa. Realizan principalmente intervenciones de enfermería de atención primaria de salud como: promoción de la salud, valoración y detección oportuna de riesgos a la salud y enfermedades, tratamiento precoz, referencia de casos, valoración de cartilla nacional de salud y las acciones requeridas, visitas a hogares, estancias y centros de cuidado, convivencias y celebraciones de eventos significativos, aportaciones de ropa, cobertores, alimentos y artículos de uso personal.

Los esfuerzos de profesores-miembros de la Red ESAM y universitarios del GREEFES se enfocan con solidaridad, en actividades para favorecer a las personas adultas mayores como una contribución que permita mejorar su condición de vida. Para ello profesores, estudiantes, amigos y conocidos, aplican estrategias de recaudación de apoyos como son las actividades comerciales. Esto, sin pasar por alto el incondicional apoyo que los directivos disponen para actividades, desde la constitución de los grupos.

#### *Celebración del Día Mundial de la toma de conciencia del abuso y maltrato a la vejez*

Para dicha celebración se designó por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el día 15 de junio. Los profesores-miembros de la Red ESAM y universitarios del GREEFES retoman, difunden e instan a profesionales, instituciones y público en general a comprender y expresar su oposición por los abusos y los sufrimientos infligidos a las generaciones mayores. El propósito de esta actividad es sensibilizar a los gobiernos y que los estados actúen y tomen medidas. Asimismo, para que los ciudadanos así lo exijan a sus representantes.

#### *Celebración del día nacional del adulto mayor*

En 1998 se instituyó en México el 28 de agosto como Día del Anciano, título que fue cambiado a Día Nacional del Adulto Mayor. Para celebrar este día profesores-miembros de la Red ESAM y el GREEFES convocan personas adultas mayores de la comunidad, con la ayuda de familiares y estudiantes, a espacios adecuados de instituciones universitarias o centros de salud, donde se les ofrece un emotivo y merecido reconocimiento por su aportación a la vida de sus descendientes. Se les proporciona el listón verde que significa el buen estado físico y emocional con el filo dorado que significa la época dorada, que representa que están libres de compromisos y pueden atender sus asuntos personales y vivir más plenamente. También se ofrecen participaciones culturales, cantos, rifa de regalos, lotería, el almuerzo del día, entre otras actividades.

#### *Adopción de un adulto mayor*

Es una actividad integradora ya que la adopción de un adulto mayor se realiza, bajo asesoría, en equipos de alumnos, quienes eligen bajo criterios predefinidos a una persona adulta mayor con la que interactúan con participación de su cuidador familiar o convivente. El programa plantea la valoración dimensional de la persona adulta mayor y el desarrollo de intervenciones de enfermería, con base en una teoría de enfermería y considerando el proceso de atención de enfermería.

Se aplican instrumentos de valoración para las áreas física, cognitiva, perceptual, social o relacional y espiritual, como referentes para la identificación de la problemática; a partir de lo cual se interviene o se impulsa al adulto mayor y a los familiares a la búsqueda de soluciones. Se valora la cartilla de salud del adulto mayor y se impulsa el cumplimiento de los programas de atención primaria de salud en ella requeridos. Además, se realizan actividades de convivencia y celebración de eventos significativos, entre otras.

#### *Promoción de la salud y difusión del autocuidado de la salud*

Se realiza valoración parcial o integral a las personas adultas mayores y a partir de la problemática se accede a promover la salud al adulto mayor y/o al cuidador familiar o convivente, según convenga. La Cartilla Nacional de Salud de personas de 60 años y más, contempla los programas prioritarios de salud establecidos por el Sector Salud por lo que es referente para proceder a las intervenciones y a la promoción de la salud. Los temas son diversos ya que resultan de las necesidades específicas como cuidado de la piel, prevención de accidentes, alimentación saludable, vacunación, enfermedades crónicas degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, entre otras.

#### *Visita a centros de atención, asilos de ancianos, estancias y a la comunidad*

Las visitas se realizan previo cumplimiento de protocolos para entrar a las instituciones y hogares. Se organiza en coordinación con las autoridades de dichos centros con profesores y el GREEFES. Las actividades son de convivencia, de acompañamiento, charlas de temas de conveniencia y preferencia, juegos de lotería, tiempo de alimentos y obsequios. Cuando es necesario se realizan visitas domiciliarias con diversos propósitos.

#### *Dotación de ropa de invierno, cobijas, artículos personales y de higiene*

La provisión de dichos artículos es resultado de colectas de profesores y el GREEFES entre la población universitaria, familiares y amigos. Se entregan a personas adultas mayores más necesitadas, conocidas de la comunidad aledaña a

las unidades de atención primaria en la que los universitarios realizan sus prácticas profesionales.

#### *Asistencia a congresos, presentación de carteles y participación en investigación*

Los profesores-miembros de la Red ESAM están comprometidos a realizar estas actividades en torno a la problemática de la población adulta mayor, en las cuales algunos miembros del GREEFES han participado bajo asesoría en conferencias y carteles en varios congresos, como el 3° Congreso Internacional de Salud, organizado por la División de Ciencias de la Salud, Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, en marzo 2017 al que asistieron tres alumnos y dos profesores y se presentaron dos carteles.

El 2° Congreso Iberoamericano de Enfermería, organizado por la facultad de enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo de la Universidad Autónoma de Coahuila 4 y 5 de octubre de 2018 donde asistieron once alumnos y dos profesoras y se presentaron cuatro carteles. El 3° Congreso Internacional Envejecimiento en América Latina: Personas Mayores, Derechos Humanos, Salud y Pensiones, organizado por la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, los días 9 al 11 octubre de 2019, asistieron 11 alumnos y tres profesoras y se presentaron tres carteles.

La participación del GREEFES en investigación de los estudiantes de maestría consiste en la investigación y publicación, mientras que los de licenciatura han participado en estudios descriptivos, como colaboradores en búsqueda bibliográfica, aplicación de instrumentos y seguimiento del proceso investigativo.

## **Conclusiones**

La participación de universitarios en el GREEFES los sensibiliza sobre la problemática de las personas adultas mayores y su vulnerabilidad y les permite desarrollar valores y aprender el saber, el ser y convivir.

La inclusión de los universitarios en actividades de investigación y vinculación o extensión bajo la asesoría de profesores contribuye en la formación, generación y/o fortalecimiento de nuevos aprendizajes.

Realizar actividades con el GREEFES contribuye al fortalecimiento de funciones sustantivas de la universidad: Vinculación o Extensión, Investigación y Docencia.

## Referencias

- Fundación Universia Mx. (2020). *Programa de Mejoramiento del Profesorado, 2007*. <https://www.universia.net/mx/actualidad/actualidad.orientacion-academica.programa-mejoramiento-profesorado-28361.html> [15 de octubre de 2020]
- Quintero, M. (2014). *Documento Organización de la Red Internacional Enfermería y Salud del Adulto Mayor*.
- Pinto, N. J. (2020). “Bosquejo de las funciones sustantivas universitarias y la relación con su entorno social”. *Revista Palenque Universitario, 1*, 240-249.



## Envejecimiento Activo y Saludable

---

Martha Elba Salazar-Barajas

Tirso Durán-Badillo

Juana María Ruiz Cerino

### Introducción

El aumento del número de personas envejecidas en todo el mundo, ha despertado el interés de los organismos mundiales, internacionales y nacionales de intervenir para conservar y mejorar la salud de las personas mayores. El envejecimiento saludable ocupa un lugar destacado en la investigación de la gerontología social (Alley, Putney, Rice y Bengtson, 2010).

El propósito de este trabajo, es presentar un resumen de las teorías de envejecimiento, los modelos de envejecimiento activo, y el desarrollo de teorías de medio rango reportadas en la literatura científica, las cuales tienen un enfoque holístico inclusivo, orientados a envejecer con dignidad (Martinson, 2014).

### Teorías de envejecimiento

#### *Teoría de la actividad*

Es conocida como una aceptación de actividades y actitudes en las personas, como una alternativa de sustitución de roles perdidos por la edad, con el objetivo de mantenerse positivo. Según esta teoría las personas que logran este tipo de envejecimiento son aquellas en las cuales existe satisfacción, se perciben independientes, se mantienen en actividad, y autosuficiencia y son contrarias a la percepción tradicional del declive (Havighurst, 1961).

#### *Teoría de la desvinculación*

Se plantea que a mayor edad, se presenta reducción en la ejecución en diferentes actividades, es decir, poco a poco se abandonan las actividades hasta llegar al retiro total de las mismas. Los autores de esta teoría definieron envejecimiento activo como “el deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte” (Cumming, y Henry, 1961).

### *Teoría de adaptación a la jubilación*

Es un modelo explicativo de afrontamiento al proceso de adaptación a la jubilación, a partir de la identificación de diversas fases: la prejubilación, jubilación, desencanto, reorientación y la fase de *estabilidad* se logra cuando las personas alcanzan cierto acomodo emocional y conductual a su rol de jubilado (Relchard et al., 1963).

### *Teoría de la personalidad*

La personalidad es una característica del envejecimiento activo; según esta teoría, la personalidad tiene relación con la capacidad de afrontamiento y adaptación en diferentes circunstancias, necesarias para el logro de expectativas, como buena salud, economía, presencia de relaciones sociales (Neugarten, 1972).

### **Modelo de Rowe y Kahn**

El Modelo de Rowe y Kahn (1998), es conocido como envejecimiento exitoso, caracterizado por: poca probabilidad de enfermar o presentar una discapacidad; funcionamiento cognitivo elevado y físico, y compromiso con la vida. El estar comprometido con la vida trasciende a ser participativo, realizar actividades productivas y significativas para las personas, con o sin beneficio económico, relaciones interpersonales, el intercambio de información, y el apoyo emocional. Envejecer con éxito, según este modelo, es la combinación de todas las características mencionadas. El modelo hace una distinción entre las personas que presentan enfermedad o riesgo de presentarlas (patológico) y las que no (Kahn, 2002).

### **Modelos de envejecimiento**

#### *El Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990)*

El desarrollo óptimo según el modelo, es cuando la persona obtiene ganancias al máximo y sus pérdidas son limitadas. Otros aspectos se relacionan con a la percepción de ganancias o pérdidas, es que dependen de la cultura, de factores personales, de la condición de la persona y de su contexto. Baltes y Baltes (1990) conceptualizan el envejecimiento como “un equilibrio cambiante entre ganancias y pérdidas, mencionan que las personas pueden compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas”.

#### *La perspectiva del Ciclo Vital*

Consiste en seis principios. El primer principio es el de desarrollo, que es un proceso de cambio porque dura para siempre; el segundo es multidimensional y multidireccional porque abarca las ganancias y pérdidas en la vida de las personas.

El tercer principio se relaciona con las influencias del aspecto biológico y la cultura, es decir que el equilibrio de estas influencias biológicas relacionadas con la cultura en la personas son cambiantes. Cuarto principio en el desarrollo involucra la distribución cambiante de los recursos. El quinto, sostiene que el desarrollo es modificable, ya que las habilidades mejoran con entrenamiento y práctica. Por último, el desarrollo es influenciado por el contexto histórico y cultural, la persona posee múltiples contextos, circunstancias, o condiciones definidas en parte por la biología, por el tiempo y lugar (Baltes et al., 1993).

### *Coping proactivo*

Este modelo reconoce que los adultos mayores tienen la capacidad de lograr un mejor nivel de vida a través de alternativas personales internas, uso del afrontamiento y recursos sociales externos.

El Coping proactivo es un proceso psicológico, e incluye cinco fases: primera fase relacionada a la disponibilidad de recursos, presente durante toda la vida. La segunda representa el reconocimiento de amenaza en el ambiente. La tercera fase se relaciona con la presencia de estímulos como un desafío para actuar e intervenir. La cuarta fase, prevé la forma de activar esfuerzos y el accionar a través del comportamiento, y por último en esta fase, se presenta el desarrollo del potencial ante cualquier factor estresante y el resultado del esfuerzo de adaptación de la persona (Kahana y Kahana, 1996).

### **Modelo de Envejecimiento activo y saludable propuesto por la OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002, planteó el tema de envejecimiento progresivo de la población con el objetivo de promover intervenciones dirigidas a fomentar un envejecimiento más activo y saludable. La investigación realizada en este tema, es muy diversa, la literatura menciona el uso de diferentes modelos teóricos, entre los cuales se encuentran los vocablos activo, exitoso y saludable. Además se han desarrollado teorías de medio rango, propuestas con un enfoque holístico orientadas a envejecer con dignidad.

La OMS define envejecimiento activo como “el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. El énfasis del modelo incluye la relación entre actividad, salud, independencia y la posibilidad de envejecer bien. Con un enfoque de bienestar biológico, psicológico y social, que incluye indicadores de salud, aspectos sociales, psicológicos, económicos, culturales y el género (OMS, 2002, p. 79).

El modelo propuesto por la OMS, comprende tres pilares: la participación, la salud y la seguridad, a su vez, estos pilares consideran seis determinantes: a) la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios curativos, asistencia de larga duración y servicios de salud mental; b) determinantes relacionados a la conducta, por ejemplo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física, alimentación saludable, uso de medicamentos y el cumplimiento de tratamientos terapéuticos.

Otro determinante es el c) relacionado a la persona que abarca aspectos psicológicos, genéticos y biológicos; d) los relacionados con el entorno físico, la seguridad en la vivienda, caídas y ausencia de contaminación; e) el entorno social que trasciende hasta el apoyo social, la violencia y abuso, educación y alfabetización; f) finalmente lo relacionado a ingresos económicos, trabajo y protección en el mismo.

El modelo, menciona factores clave para un envejecimiento activo: la autonomía, que se define como la capacidad de adaptación y habilidad de control, y toma de decisión personal en su vida cotidiana, respetando reglas y preferencias; el segundo factor clave está relacionado con la independencia, que es la capacidad de vivir de forma independiente sin ayuda de otras personas; y como tercer factor, “la calidad de vida, que representa una percepción individual de la propia posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema cultural en el que se vive y según los propios objetivos, expectativas y preocupaciones” (Rito-Petretto, Pili, Gaviano, Matos-López, y Zuddas, 2016).

### **Modelo de envejecimiento saludable, positivo y con éxito**

Otro modelo ampliamente conocido en la literatura es el de Fernández-Ballesteros (2010); conocido como: envejecimiento saludable, positivo y con éxito. Es un referente europeo que ha definido al envejecimiento como “un concepto multidimensional que comprende y trasciende respecto a la buena salud y compuesto por una amplia gama de factores biopsicosociales”. Los criterios para envejecer con éxito según este modelo son óptimas condiciones de salud, funcionamiento físico, cognitivo y participación social; otros sinónimos del concepto son envejecimiento saludable, activo, productivo, óptimo y positivo (Fernández-Ballesteros, 2010, p. 641).

Las variables de éxito del envejecimiento positivo, incluyen 1). La percepción de salud objetiva, es decir, el número de enfermedades diagnosticadas y de fármacos ingeridos, 2) La salud subjetiva, la percepción que la persona tiene de su propia salud, 3) Condición física objetiva, es la capacidad de practicar ciertas actividades físicas, 4) Condición física subjetiva como la autoevaluación de la fuerza, la resistencia y la flexibilidad, 5) La capacidad cognitiva, evaluada a través de diversas herramientas, 6) La afectividad medida por grado de satisfacción de la propia vida, trasciende a los afectos diversos y equilibrio emocional y finalmente la

actividad de la persona relacionada con la frecuencia de la actividad productiva y la actividad de diversión.

### **Investigación y teorías de medio rango propuestas por enfermería**

Con el fin de identificar evidencia científica de investigación de enfermería sobre envejecimiento activo y saludable se realizó búsqueda bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, LILACS, CUIDEN, CINAHL y Biblioteca Cochrane, y en buscadores generales: ScieLo España y Dialnet Plus. Se encontraron 51 artículos donde la enfermera participa en programas de responsabilidad de envejecimiento activo. Más de la mitad de estos artículos son de origen europeo (59%), de Estados Unidos (17%) y América del sur (21%). En México la investigación en la temática es incipiente, sin embargo, a pesar de ello se localizaron teorías de medio rango propuestas por enfermeras mexicanas.

Kantún-Marín (2012), propuso un modelo estandarizado para envejecimiento exitoso, en el cual incluyó variables relacionadas a una vida satisfecha, el aspecto social, la percepción de salud y de envejecimiento de la persona, el afrontamiento, la autoeficacia, algunas características del entorno, y síntomas depresivos. La conclusión de la teoría de medio rango propuesta, fue que la autopercepción del envejecimiento y características del entorno inmediato, así como la actividad física y los síntomas depresivos presentaron efecto sobre los procesos de afrontamiento y el envejecimiento exitoso.

Teoría de medio rango Afrontamiento y adaptación para un envejecimiento activo (Salazar-Barajas, Salazar-González y Gallegos-Cabrales, 2017), incluyeron variables de enfermedad crónica, esperanza, hábitos saludables, afrontamiento al envejecimiento, trabajo voluntario y apoyo social percibido. En esta teoría se pudo confirmar que los años de padecer la enfermedad, el afrontamiento al envejecimiento, el apoyo social percibido presentó efecto para envejecimiento activo, sin embargo, la esperanza como sentimiento positivo y los hábitos saludables se relacionan con el afrontamiento al envejecimiento y este a su vez con el trabajo voluntario y el apoyo social percibido y así contribuyen al entendimiento de envejecimiento activo.

### **Conclusiones**

Aún no existe una definición concluyente sobre envejecimiento activo, la línea de investigación es reciente, los planes y programas de intervención no atienden a la diversidad de enfermedades presentes en los adultos mayores para abordar el envejecimiento activo de forma homogénea e interdisciplinaria.

La importancia de este trabajo para la disciplina de enfermería radica en difundir conocimientos previos y actuales fomentando con ello el envejecimiento

activo y saludable, con el objetivo de proponer intervenciones para la promoción de la salud.

## Referencias

- Alley, D. E., Putney, N. M., Rice, M. y Bengtson, V. L. (2010). "The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004". *Journal of Gerontology: Social sciences*, 65 B (5), 583-90.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: U.K. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). "Psychological perspectives on successful ageings: (proactive) aging: Selective optimization with compensation". En: P. B. Baltes, Baltes M. M. (Eds.): *Successful aging: Perspective from the behavioral sciences*. (pp.1-34). Cambridge, M A: Cambridge University Press.
- Cumming, E., y Henry, W. E. (1979). *Growingold: The process of disengagement. Ageing and Society* (II). New York: Basic Books; New York, 1961, 217-224.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón-Cassinello, M. D., López- Bravo, M. D. y Molinas-Martínez, M. A. (2010). "Successful ageing: Criteria and predictors". In *Psicothema*, 22(4), 641-7.
- Havighurst, R. (1961). "Successful ageing". *The Gerontologist*. 1, 8-13.
- Kahana, E. y Kahana, B. (1996). "Conceptual and empirical advances in understanding ageing well through proactiveadaptación". In V. L. Bengston (Ed.), *Adulthood and ageing: research on continuities and discontinuities*. Springer Publishing Co. 18-40.
- Kahn, R. L. (2002). "Successfulaging and well-being: Self-rated compared". *The Gerontologist*, 42 (6), 727-733.
- Kantún-Marin, M. A. (2012). "Estímulos focales y contextuales en respuestas adaptativas para el envejecimiento exitoso en adultos mayores". [Tesis doctoral]. <http://eprints.uanl.mx/2998/1/1080227492.pdf>.
- Martinson, M. y Berridge, C. (2015). "Successful ageing and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature". *The Gerontologist*, 51(1), 58-69.
- Neugarten, B. L. (1972). "Personality and ageing process". *The Gerontologist*, 12 (1), 9-15. [https://doi.org/10.1093/geront/12.1\\_Part\\_1.9](https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9).
- Relchard, S., Livson, F. y Petersen, P. G. (1963). "Aging and personally". *Journal of Ergonomics*, 6 (2), 233-234.
- Rito-Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos-López, C. y Zuddas, C. (2016). "Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales". *Revista Española de Geriátría Gerontología* 51(4): 229-241.
- Rowe, J., y Khan, R. L. (1998). "Envejecimiento exitoso". *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

- Salazar-Barajas, M. E., Salazar-González, B. C. y Gallegos-Cabrales, E. C. (2017). "Middle-Range Theory: Coping and Adaptation with Active Ageing". *Nursing science Quarterly*, Sage Publications, 30(4), 330-335.
- World Health Organization. (2002). *Global health and ageing: a discussion paper*. <http://www.who.int/ageing/publications>.



## Aceptabilidad y satisfacción de las actividades realizadas por GREEFES Saltillo

---

Luis Carlos Cortez González  
Diana Berenice Cortes Montelongo  
Ana Laura Carrillo Cervantes  
Eduardo Hurtado Sánchez

### Introducción

El envejecimiento poblacional y la preocupación por las necesidades de cuidado y atención de este grupo constituyen la base para integrar la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM), que quedó constituida formalmente en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, en 2006 (Leitón, 2016). Las Redes Internacionales de Enfermería son la estrategia de articulación y cooperación entre profesionales de enfermería, las cuales se forman con el objetivo de fortalecer los sistemas nacionales de salud y los recursos humanos existentes (Red ESAM, 2016).

En la actualidad los países que participan en la Red ESAM son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, México, Panamá, Perú, Portugal, Uruguay, Suecia, Estados Unidos y Venezuela. Red ESAM México se forma en el año 2014, con la participación de profesionales de enfermería clínicos, docentes e investigadores interesados en el fenómeno relacionado con el envejecimiento.

En el año 2015 el porcentaje de personas adultas mayores (PAM) en el estado de Coahuila era de 8.7% y de 7.8% para la ciudad de Saltillo (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), y en el 2017 el porcentaje en el estado llegó a 9.3% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). En enero del año 2018 se forma el Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES), el cual es guiado por docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila, miembros del Cuerpo Académico *Cuidado Integral Para la Atención al Adulto Mayor* y con la participación de estudiantes de licenciatura y del programa de maestría.

Con el fin de dar a conocer los principales objetivos de GREEFES (formar líderes capacitados y desarrollar intervenciones de enfermería que favorezcan el en-

vejecimiento saludable, así como la divulgación de estas intervenciones), se invitó a las principales instituciones que dan atención a las PAM de la ciudad. Dándose cita en las instalaciones de la Facultad de Enfermería representantes del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) Delegación Coahuila, Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal y municipal, Centro Estatal del Adulto Mayor (CEAM) y Secretaría de Salud del Estado, en instalaciones de la Facultad de Enfermería.

Con la exposición de dibujos *El envejecimiento y los niños* dieron inicio las actividades de GREEFES Saltillo el 6 de febrero del 2018, actividades relacionadas con el fomento del envejecimiento saludable. Son tres aristas las que principalmente se han trabajado dentro de este grupo. La formación de líderes capacitados, el desarrollo y divulgación de intervenciones, además del fomento del envejecimiento saludable en diferentes escenarios.

Para la formación de líderes capacitados para la atención de personas adultas mayores se realizan talleres de capacitación dirigidos a miembros del grupo, estudiantes de licenciatura y profesionales de la salud. Los talleres se han enfocado en valoración física y valoración cognitiva con asistencia de profesionales de la salud de la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila y del centro de rehabilitación y educación (CREE). Aunado a esto se han realizado talleres en la Fundación Alzheimer Coahuila capacitando a cuidadores de pacientes con Alzheimer y a los diferentes grupos que tiene el DIF, donde se concientiza sobre el maltrato hacia las PAM mediante el uso de simuladores y pláticas.

En el marco del 2º Congreso Iberoamericano de Enfermería realizado en la ciudad de Saltillo se llevó a cabo la primera reunión de estudiantes de GREEFES en donde se presentaron las actividades realizadas y los acuerdos para continuar con la apertura de más grupos a favor del envejecimiento. Estudiantes y docentes que asistieron al congreso tuvieron la oportunidad de escuchar las experiencias y actividades realizadas por este grupo, además de ofrecer la oportunidad y el apoyo para formar un grupo en sus instituciones de origen.

Con el fin de cumplir con el desarrollo de intervenciones, se realizó un taller para mejorar la memoria cotidiana en PAM en dos grupos de la ciudad, además, se llevó a cabo un taller con cuidadoras adultas mayores dirigido a disminuir la ansiedad. En esta misma línea se han expuesto resultados de investigaciones por parte de docentes miembros de GREEFES y estudiantes en foros como el congreso Nacional e Internacional de la Federación Mexicana de Alzheimer y el Congreso Nacional e Internacional de Servicio Social y Voluntariado Universitario.

Con relación al fomento del envejecimiento saludable se han tenido entrevistas de radio, donde los estudiantes preparan temas que tiene relación a la temporada del año para exponerlos en programas como *Vita INAPAM* de RadioTec,

estación de radio que pertenece al Instituto Tecnológico de Saltillo, en los programas de *Enfermería Cuidando tu Salud*, *El Universo Humano* y *Poker* pertenecientes a Radio Universidad de la UAdeC, así como en programas de Multimedia Radio.

Así mismo se han realizado pláticas en diferentes grupos de personas adultas mayores fomentando siempre el envejecimiento saludable. Es en estos grupos donde se ha tenido la mayor participación de PAM. Conocer las actividades que gustan a las PAM permitirá encaminar las acciones de GREEFES y mejorar las áreas de oportunidad que tiene el grupo para fomentar un envejecimiento saludable. Además, conocer las opiniones que tienen las personas responsables de los grupos de adultos mayores ayuda a mejorar el servicio de GREEFES y el impacto de sus actividades.

Se han realizado diversas actividades derivadas del plan de trabajo del GREEFES Saltillo, lo que hace necesaria la evaluación de la pertinencia del trabajo realizado en las instituciones que dan atención a PAM, ya que permitirá ejecutar adecuaciones en las formas de trabajar para adaptarse a las necesidades y demandas de esta población.

Por tal motivo se han propuesto los siguientes objetivos: conocer la opinión respecto a las actividades realizadas y evaluar el nivel de satisfacción y la aceptabilidad que tienen los usuarios de estos grupos o instituciones con el trabajo realizado por GREEFES.

## Metodología

Con el fin de conocer el nivel de satisfacción y la aceptabilidad de los usuarios se analizaron los datos de una encuesta desarrollada con esta finalidad.

Se aplicó una encuesta de manera transversal que incluye 18 ítems, dividida en dos dominios para conocer la satisfacción de las sesiones informativas y sesiones lúdicas. La información se recogió entre los meses de marzo y diciembre del 2019, a 105 usuarios que asisten a los diferentes grupos donde realiza actividades GREEFES Saltillo. Dicha encuesta fue revisada por expertos en calidad y además fue avalada por las instituciones participantes.

El primero de los dominios en los que se divide la encuesta es el de la satisfacción y aceptabilidad de las sesiones informativas, que cuenta con once reactivos con una escala de valoración tipo Likert donde 1 es nada adecuado o útil y 5 es muy adecuado o útil y el segundo dominio está compuesto por siete reactivos y una escala de valoración tipo Likert con el mismo tipo de respuestas que el anterior y valora las sesiones lúdicas.

Los criterios de inclusión fueron: PAM que asistan regularmente a los grupos de adultos mayores en la ciudad de Saltillo, Coahuila y que tengan una antigüedad de por lo menos 6 meses. Se excluyeron aquellas personas que asisten

a estos grupos, pero son menores de 60 años. Se eliminaron aquellas encuestas que no fueron contestadas en su totalidad.

Aunada a la aplicación de la encuesta, se preguntó la opinión sobre las actividades realizadas por GREEFES, a las seis personas responsables de los grupos; se preguntó por la opinión que ellas tienen acerca del grupo, los beneficios que perciben y cómo fortalecen las actividades del grupo a las PAM de su institución.

Las sesiones informativas estaban conformadas por temas relacionados a educación y promoción para la salud bajo un modelo científico-tecnológico y humanista-interpretativo (Yuni, Urbano y Tarditi, 2015; Yuni y Urbano, 2016) en el cual los estudiantes de enfermería (educadores) cumplen con su función de transmitir información con base científica y estimulan a las PAM para que compartan sus experiencias con el grupo y juntos construyan su propio aprendizaje basados en la vida cotidiana y la historia personal.

Las sesiones lúdicas incluían juegos de lotería, convivios con miembros de GREEFES, práctica de gimnasia cerebral, realización de actividad física, festejos del día de los abuelos, y posadas.

La información recopilada se capturó y analizó en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS por sus siglas en inglés) en su versión 21.

Para la realización de este trabajo se tomó en cuenta lo expuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

## Resultados

Las características sociodemográficas de los 105 participantes de los seis grupos donde se tiene actividades GREEFES es la siguiente: el promedio de edad fue de 71.3 años, 64.7% son del sexo femenino, el promedio de años de estudios fue de 11.5 años, 49.5% son jubilados.

Tabla 1. Instituciones, número de personas adultas mayores beneficiadas y estudiantes participantes en las actividades de GREEFES

Institución	PAM ( <i>f</i> )	Est. ( <i>f</i> )
Instituto Estatal de Educación de Adultos Mayores	145	13
INAPAM	75	5
Centro Universitario Polivalente “Francisco Villa”, UAdeC	25	3
Centro de Jubilados de Trabajadores del Estado de Coahuila	38	3
Grupo de Empacadores Saltillo Coahuila, DIF Coahuila	46	2
Grupos parroquiales	94	7

Fuente: Estadística GREEFES Saltillo, PAM = Personas Adultas Mayores, Est. = estudiantes. PAM n= 423, Est. n= 33

En la Tabla 1 se presenta la relación de instituciones en donde se realizan actividades con GREEFES, el número de PAM beneficiadas y la cantidad de estudiantes participantes. El total de PAM beneficiadas de las actividades de GREEFES fue de 423 de los cuales solo fueron encuestados el 24.8% (105). Y participaron un total de 33 estudiantes de diferentes semestres de la Facultad de Enfermería US.

Se entrevistó a los representantes de cada institución (6) los cuales cuentan con las siguientes características: una media de edad de 51.8 años, el 100% cuenta con grado de estudio de licenciatura, 83.3% (5) tiene una formación en trabajo social y 16.7% en educación.

A continuación, se muestran las respuestas que brindaron sobre la opinión acerca del grupo, beneficios percibidos y cómo fortalecen las actividades del grupo a las PAM.

[...] Los jóvenes tienen buen dominio de los temas, saben interactuar con las personas adultas mayores, las personas son muy participativas en las actividades. Los estudiantes del instituto refieren que se sienten felices y con ánimos cada vez que traen una actividad que les habla de salud (Instituto estatal de educación de adultos mayores).

[...] Las actividades que han venido desarrollando en los grupos son de utilidad para mejorar el estado de ánimo y estado de salud de las personas adultas mayores que atendemos, que vengan personas preparadas en los temas de salud nos ayuda a resolver dudas sobre las enfermedades (INAPAM).

[...] La jovialidad de los muchachos hace que las personas adultas mayores se sientan con mayor ánimo. Son muy participativos y les ayudan a resolver dudas sobre las enfermedades que padecen, hemos tenido mayor participación de la comunidad ya que refieren que se sienten mejor, nos gusta mucho los ejercicios para mejorar la memoria y la activación física (Centro Universitario Polivalente “Francisco Villa”, UAdeC).

[...] Nunca habíamos tenido la participación de jóvenes que nos hablaran sobre temas de salud y cómo vivir la etapa de envejecimiento. Con esta oportunidad las personas del centro estamos muy contentos ya que los temas que abordan son de importancia para nuestro cuidado, nos ayudan a resolver dudas, además que la juventud de los muchachos nos motiva, en el grupo hemos observado que tenemos mayor socialización (Centro de Jubilados de Trabajadores del Estado de Coahuila).

[...] el acercamiento con los estudiantes de la facultad, nos ha ayudado a abordar temas de salud tanto para las personas trabajadoras como también para la sensibilización de los empleadores. Esto ha servido para mejorar la salud de las personas ya que los temas sobre las enfermedades crónicas han servido para

tener mejor control de las enfermedades, saber los signos de alarma y conocer cómo actuar si es que se sienten mal en sus áreas de trabajo. En cuanto a los empleadores ha servido para sensibilizar a las personas sobre el trato a las personas mayores (Grupo de Empacadores Saltillo Coahuila, DIF Coahuila). [...] Las actividades realizadas por los muchachos son de excelencia. Nos mejoran el ánimo, además de que cada plática sirve para cuidarnos. Esto impacta en el núcleo familiar ya que ponemos en práctica lo aprendido en las clases que nos dan. Es de gran ayuda que vengan a la comunidad en donde pocas personas no tienen servicios de salud, para que las personas puedan preguntar sobre sus enfermedades, además de hacer ejercicios para mejorar la memoria y la salud de los músculos (Grupos parroquiales).

En la Tabla 2 se muestran los resultados de aceptabilidad y satisfacción de las sesiones informativas. Los participantes se consideran satisfechos con las actividades realizadas con el grupo, pero no consideran adecuado el tiempo utilizado para las actividades y el volumen de voz de los ponentes.

Tabla 2. Aceptabilidad y satisfacción de las sesiones informativas

	Media
La actividad realizada cumplió sus expectativas	4.15
La actividad realizada lo beneficia a usted o su familia	4.20
Considera que la información brindada es útil y oportuna	4.35
El tema es de su interés	4.55
El tiempo de duración fue el adecuado	4.10
Qué tan adecuada considera el volumen de la voz de los ponentes	3.85
Considera que el ponente domina el tema	4.05
El ponente lo motivó a realizar las actividades	4.20
Qué tan satisfecho se siente con las actividades realizadas	4.40
Qué tanto considera que la ayuda a su vida diaria	4.35
Qué tan satisfecho se encuentra con todas las actividades realizadas por el grupo	4.55
	n=105

Fuente: Encuesta de satisfacción y aceptabilidad.

En cuanto a la aceptabilidad y satisfacción de las sesiones lúdicas, las personas consideran necesarias más actividades de este tipo y las actividades realizadas cumplieron sus expectativas, sin embargo, el ítem relacionado con “el tiempo

empleado para la actividad” fue el que menor puntaje obtuvo (4.05) lo cual hace suponer que las PAM consideran más tiempo para la realización de actividades.

Tabla 3. Aceptabilidad y satisfacción de las sesiones lúdicas

	Media
1. La actividad realizada cumplió sus expectativas	4.80
2. Considera usted que esta actividad es adecuada para su edad	4.70
3. Considera usted que el horario de la actividad es el adecuado	4.50
4. Considera usted que el tiempo empleado para la actividad fue el adecuado	4.05
5. Considera usted que los materiales utilizados fueron los adecuados	4.40
6. Cómo considera usted la participación de los jóvenes	4.70
7. ¿Cree usted que son necesarias más actividades de este tipo?	4.85

n=105

Fuente: Encuesta de satisfacción y aceptabilidad.

## Discusión

El predominio femenino que se muestra en las variables sociodemográficas demuestra una tendencia hacia la feminización del envejecimiento, fenómeno que se vive tanto en México como en el resto del mundo, donde se observa que en el segmento de 60 años “hay 112 mujeres por cada 100 hombres, y aumenta a 130 en la población femenina de 80 años y más” (INAPAM, 2014). Aunado a que los hombres no suelen acudir a este tipo de grupos.

Referente al nivel de estudios, los datos encontrados en este estudio no concuerdan con lo expresado por el Consejo Nacional de Población (2015) que señala que en el país el 28.7% de las mujeres y el 19.9% de los hombres adultos mayores no cuentan con estudios de educación básica. Que el 22.8% de la población adulta mayor (19.8% hombres, 25.5% mujeres) se encuentran sin escolaridad.

Con relación a las respuestas proporcionadas por las personas encargadas de los grupos de PAM se encontró coincidencias con otros estudios como el que fue llevado a cabo por el equipo diocesano tercera edad en 2015, en donde se menciona que las experiencias del trabajo son valoradas como positivas por los miembros de los grupos de personas adultas mayores y se tiene mayor proyección social.

Mejía (2017) refiere que es importante seguir consolidando grupos que funcionan como eje de socialización, factor importante para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, tal cual lo mencionan las responsables de los grupos de PAM.

La percepción de los beneficios obtenidos por los participantes al asistir a este tipo de actividades coincide con lo encontrado por Carmona y Ribeiro (2010), quienes sugieren que la participación e integración del adulto mayor en grupos de instituciones o sociedad mejora las condiciones y el bienestar de los adultos mayores desde el ámbito social.

Las evidencias encontradas en este trabajo sugieren al igual que Carmona y Ribeiro (2010) y Mejía (2017) que las políticas, recursos humanos y económicos orientadas al bienestar de las PAM deberían impulsar las acciones que fomenten la creación de más grupos en donde esta población interactúe con miembros de la comunidad.

Las limitaciones encontradas fueron: poco tiempo para realizar las encuestas y tomar en cuenta fechas festivas que interfieran con la aplicación de encuestas, así como un número de muestra pequeño.

Se recomienda para próximas investigaciones considerar el total de las personas beneficiadas de las actividades realizadas. Realizar una búsqueda de encuestas específicas que abarquen otros rubros que permitan valorar la percepción del participante. Identificar las experiencias de los participantes desde un abordaje cualitativo.

## Conclusión

Las actividades realizadas por GREEFES en la ciudad de Saltillo, Coahuila, son de gran trascendencia puesto que las personas que están al frente de los grupos con los que se trabaja indican que estas actividades mejoran la calidad de vida y salud de las personas adultas mayores. Es interesante conocer la opinión que tienen las personas que están al frente de los grupos de PAM para saber cómo ven el trabajo realizado por GREEFES y así seguir mejorando para poder brindar una atención de calidad a la población objetivo.

Es importante seguir buscando grupos de PAM para poder trabajar con ellos y continuar la relación con los grupos ya cautivos, aunque es importante gestionar los espacios y tiempo necesarios para que los miembros de GREEFES puedan acudir a este tipo de actividades.

El tema de la aceptabilidad y satisfacción de la participación de personas adultas mayores en grupos sociales es incipiente, por lo cual se considera necesario seguir trabajando este tipo de diseños para conocer qué es lo que piensa este grupo poblacional acerca de las actividades que los grupos de estudiantes realizan con ellos.

En general los participantes se muestran satisfechos tanto en las sesiones informativas como en las lúdicas, realizadas por GREEFES en sus centros de reunión.

## Referencias

- Carmona, S. y Ribeiro, M. (2010). "Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento". *Papeles de población*, 65 pp. 163-185.
- Consejo Nacional de Población. (2015). "Indicadores sociodemográficos de la población de 60 años y más. Encuesta Intercensal 2015". <https://datos.gob.mx/busca/dataset/envejecimiento-demografico> [21 de enero de 2020]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Coahuila de Zaragoza 2017*. México: INEGI, 2017.
- Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores. (2014). "Alertan sobre la feminización del envejecimiento". <https://www.gob.mx/INAPAM/prensa/alertan-sobre-la-feminizacion-del-envejecimiento> [2 de febrero del 2020]
- \_\_\_\_\_ (2015). "Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública". <http://gob.mx/www.INAPAM.work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
- Leiton, Z. (2016). "El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería". *Enfermería Universitaria*, 13(3) julio-septiembre pp. 139-141.
- Mejía, K. (2017). "La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales". *Poiésis*, 33, 21-25. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.2493>
- Red ESAM. (2016). *Organización de la red internacional de enfermería en salud del adulto mayor*.
- Yuni, J., y Urbano, C. (2016). *Envejecer aprendiendo, claves para un envejecimiento activo*. Córdoba Argentina. Editorial Brujas
- Yuni, J., Urbano, C. y Tarditi, L. (2015). *Educación de Adultos Mayores. Teoría, investigación e intervenciones*. Córdoba Argentina: Editorial Brujas



## Dependencia Funcional y Calidad de Vida en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas

---

Mayra Alejandra Mireles Alonso

Tirso Durán Badillo

Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

Gustavo Gutiérrez Sánchez

### Introducción

Las enfermedades crónicas son un problema de salud pública cuya presencia está relacionada con la disminución de la funcionalidad y la dificultad para acceder a los sistemas de salud (Durán, 2010); el incremento del deterioro de la funcionalidad, junto con el envejecimiento son un fenómeno creciente que ha sido abordado de forma epidemiológica y demográfica, sin embargo la interrelación que tienen con la discapacidad y la contribución en el incremento de la dependencia y sus implicaciones para el cuidado, no se han dimensionado suficientemente (Cruz, 2017).

Las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas afectan la calidad de vida no solo a nivel del control de la enfermedad y la sintomatología, sino de la calidad de vida entendida de forma amplia y multidimensional, la cual incluye la vida en el hogar, el empleo, la vida social, la educación y recreación, lo que implica una perspectiva social y no solo de forma individual (Cruz, 2017).

Con el envejecimiento se incrementa la probabilidad de sufrir dependencia funcional con impacto en la calidad de vida del adulto mayor. La literatura refiere que el envejecimiento y la dependencia están estrechamente asociados (Canga, Vivar y Naval, 2011) y ocasionan en el adulto mayor necesidades especiales para realizar actividades cotidianas. La dependencia funcional, surge por los cambios propios del envejecimiento en conjunto con las enfermedades crónico-degenerativas.

Desde la perspectiva del adulto mayor la dependencia es definida como la necesidad de ayuda de otras personas o aditamentos para realizar parcialmente o suplir las actividades de la vida diaria (Durán et al., 2018). En el adulto mayor con enfermedades crónicas el riesgo de dependencia funcional se incrementa al sufrir comorbilidades que afectan la función cognitiva y la movilidad. Al afectarse estas

áreas principales de la persona, la autopercepción de salud se altera y con esto la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida es multidimensional, comprende componentes tanto objetivos como subjetivos; incluye diversos ámbitos de la vida, para su construcción influyen aspectos del contexto o cultura, otorgando un peso específico para cada uno de ellos. El significado de calidad de vida es eminentemente subjetivo, ya que está asociado con la personalidad del individuo, su bienestar y la satisfacción que tiene con su vida, relacionando su experiencia con su salud, grado de interacción social, ambiental y múltiples factores (Vera, 2007).

Es común confundir el concepto de calidad de vida con el nivel de vida; ya que la percepción que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida puede estar influenciada por la salud física, psíquica, el nivel de independencia y sus relaciones sociales (Solano, 1997). La calidad depende directamente de la capacidad que tengan las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales (Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn, 1986).

En los adultos mayores la calidad de vida suele ser específica debido a las características propias y únicas de esta etapa y las cuales dependerán del contexto en el que se experimente la vejez; se contemplan múltiples factores que determinan las condiciones de vida del individuo y sus expectativas; elementos como los servicios con los que cuenta la persona o las enfermedades que padece, son aspectos objetivos en la calidad de vida que contribuyen a medir la realidad del adulto mayor al igual que los aspectos subjetivos como las valoraciones en relación a la vida, la aceptación de los cambios, la percepción del bienestar, la discriminación y el rol que ejercen dentro de la familia y la sociedad (León, Rojas y Campos, 2011).

Se considera que entre más sana sea una persona, percibirá mejor calidad de vida, debido a que la convicción de poder realizar con éxito sus actividades de la vida diaria genera un sentimiento de autoeficacia que facilita la vejez. La capacidad de realizar actividades físicas y significativas, así como gozar de las relaciones afectivas son un nutriente para la vida de las personas, por lo que son importantes indicadores dentro de la percepción de la calidad del adulto mayor (León, Rojas y Campos, 2011).

En la revisión de la literatura se han identificado pocos estudios empíricos que muestren la relación entre la funcionalidad y calidad de vida en población adulta mayor con enfermedades crónicas. En un estudio realizado en población adulta mayor con enfermedades crónicas de Monterrey, Nuevo León se reportó que el 40% presentó dependencia para las actividades básicas y el 24% con dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (Durán-Badillo, Salazar-Barajas, Hernández-Cortés, Guevara-Valtier y Gutiérrez-Sánchez, 2020). Lored-

Figuroa et al. (2016), encontraron en México una relación entre la dependencia funcional y la calidad de vida, la cual, no obstante, debe verificarse y contrastarse.

Conscientes de la importancia de desarrollar intervenciones de enfermería para mejorar la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores, se buscó determinar la relación entre la dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas, lo que permitirá disponer de bases científicas que contribuyan en la descripción de este fenómeno para el posterior avance en el desarrollo de estudios con intervenciones para mejorar la funcionalidad del adulto mayor y contribuir en su calidad de vida.

## Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, de corte transversal en una población de adultos mayores pertenecientes al Centro Comunitario “Las Culturas”, de la Jurisdicción Sanitaria No. III, en la ciudad de Heroica Matamoros, Tamaulipas. Debido a que no se cuenta con un censo poblacional ni registro de adultos mayores con enfermedades crónicas, se identificó a los adultos mayores a través de un muestreo por conveniencia y bola de nieve, es decir, participaron en el estudio todos los adultos mayores atendidos en dicho centro comunitario y se localizaron bajo visita domiciliaria y a través de los jefes de manzana.

Se incluyó en el estudio adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. Para medir la dependencia, se utilizó el Índice de Barthel, cuyo objetivo es evaluar la capacidad que tiene el individuo para efectuar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). El índice de Barthel evalúa 10 actividades: baño/ ducha, aseo personal, vestido, uso del retrete, uso de escaleras, control de orina, control de heces, alimentación, traslado al sillón y desplazamiento.

Para las actividades de baño/ducha y aseo personal, si el adulto mayor es independiente se asignan cinco puntos y si es dependiente cero puntos; en las actividades de vestido, uso de retrete, uso de escaleras y alimentación, si es independiente se asignan diez puntos, si requiere ayuda cinco puntos y si es dependiente cero puntos. En el control de orina y heces si es continente diez puntos, con incontinencia ocasional cinco puntos y si es incontinente cero puntos; en la actividad de traslado de la cama al sillón si es independiente quince puntos, requiere máxima ayuda diez puntos, requiere gran ayuda cinco puntos y si es dependiente cero puntos y en la actividad de desplazamiento, si el adulto mayor es independiente quince puntos, requiere ayuda diez puntos, es independiente en silla de ruedas cinco puntos y si es dependiente cero puntos.

Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia, se consideraron las sugeridas por Shah, Vanclay y Cooper (1989): 1) < 21 puntos

dependencia total, 2) de 21 a 60 puntos dependencia severa, 3) de 61 a 90 puntos dependencia moderada, 4) de 91 a 99 puntos dependencia escasa y, 5) 100 puntos independencia. La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos, a mayor puntuación indica menor dependencia. El índice de Barthel es el instrumento mayormente utilizado para la medición de la dependencia, se ha reportado un Alpha de Cronbach de .86-.92 (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

El Índice de Lawton y Brody (1969) fue utilizado para medir la dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las actividades que mide son: capacidad para utilizar el teléfono, transportarse en vehículos automotores a lugares distantes, realizar compras, controlar el consumo de sus medicamentos, manejar sus finanzas, realizar la limpieza de su domicilio, lavar su ropa y preparar sus alimentos.

La manera de asignar la calificación es un punto a las actividades que no requieren asistencia y cero puntos en las actividades que el adulto mayor necesita ayuda de otra persona para efectuar sus actividades. Finalmente se hace una sumatoria que puede ir desde cero hasta ocho como puntuación máxima, donde a menor puntuación, se interpreta como mayor dependencia del adulto mayor. Se calificó como independientes a los adultos mayores que en la puntuación total resultaran con 8. La sumatoria total oscila entre cero y ocho puntos, donde a mayor puntuación indica menor dependencia. En cuanto a la consistencia interna, se ha reportado un Alpha de Cronbach de 0.78, con una fiabilidad intraclase de 0.95, ha sido utilizado con adultos mayores mexicanos que viven en su hogar (Mendoza-Parra, Merino y Barriga, 2009; Trigás-Ferrín, Ferreira-González y Meijide-Míguez, 2011).

Para medir la calidad de vida fue utilizada la escala WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998); está compuesta por 26 ítems, las dos primeras preguntas son independientes e indagan la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y su salud respectivamente, las 24 restantes evalúan cuatro dimensiones específicas de la calidad de vida: física (ítem 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), psicológica (ítem 5, 6, 7, 11, 19 y 26), social (ítem 20, 21 y 22) y ambiental (ítem 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5, mientras más alta sea la puntuación obtenida, más alta será la calidad de vida. Se invierten los puntajes de los ítems negativos (3, 4 y 26) y los puntajes totales obtenidos se convierten en una escala de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos. Para la puntuación de la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores, se clasificó en deficiente cuando la puntuación se encontró entre 0 y 2.99, aceptable de 3 a

3.99 y alta entre 4 y 5. El Alfa de Cronbach para cada dimensión es de: físico 0.82, psicológico 0.81, mental 0.80 y social 0.68 (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004).

Esta investigación se apejó a lo establecido por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987), por lo que se contó con la aprobación del comité de investigación y ética (No. dictamen 090) y la autorización de las autoridades correspondientes para el trabajo de campo; se solicitó la firma del consentimiento informado y en todo momento se respetaron los derechos de la persona y se cuidó su integridad física y emocional. Los datos fueron procesados y analizados en el Paquete Estadístico SPSS versión 22 para Windows, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y debido a que no se encontró distribución normal en las variables, se optó por emplear la prueba de Correlación de Spearman, considerando significancia estadística cuando p valor fue igual o menor que .05.

## Resultados

El 74.0% ( $f=114$ ) de los adultos mayores que participaron en este estudio correspondieron al género femenino, en promedio edad de 70.92 años ( $DE=7.602$ ) y escolaridad de 4.08 años ( $DE=3.022$ ). En relación con la dependencia funcional en las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD) se observó que el 64.3% ( $f=99$ ) fue independiente, el 16.2% ( $f=25$ ) con dependencia moderada, el 11.7% ( $f=18$ ) dependencia moderada y el 7.8% ( $f=12$ ) dependencia severa. En las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 48.7% ( $f=75$ ) resultaron con independencia y el 51.3% ( $f=79$ ) con dependencia.

Tabla 1. Descriptivos de dependencia funcional y calidad de vida de los adultos mayores

Variable	Min	Max	Media	DE
Edad	60	90	70.92	7.602
Escolaridad	0	15	4.08	3.022
ABVD	25	100	93.57	14.537
AIVD	0	8	6.22	2.401
Satisfacción de salud	1	5	3.40	.727
Calidad de vida	1	5	3.19	.776
Física	14.29	89.29	57.88	13.965
Psicológica	33.33	95.83	66.47	12.223
Social	0	100	59.63	18.551
Ambiental	15.63	93.75	53.83	12.327

Fuente: Elaboración propia.

El 33.8% ( $f=52$ ) reportó una satisfacción de salud alta, el 50% ( $f=77$ ) aceptable y el 16.2% ( $f=25$ ) deficiente. Referente a la calidad de vida global el 41.6% ( $f=64$ ) la refirió como alta, el 51.3% ( $f=79$ ) aceptable y el 7.1% ( $f=11$ ) deficiente. En la Tabla 1 se puede apreciar que la dimensión más afectada de la calidad de vida fue ambiental con una puntuación promedio de 53.83 ( $DE=12.327$ ).

Con la prueba de correlación de Spearman se observó que la dependencia en ABVD se relacionó significativamente con las dimensiones de la calidad de vida física ( $p=.000$ ), psicológica ( $p=.000$ ), social ( $p=.005$ ) y ambiental ( $p=.023$ ); mientras que, la dependencia en las AIVD se relacionó positivamente con todas las dimensiones de la calidad de vida ( $p<.05$ ), la satisfacción de salud ( $p=.048$ ) y la calidad de vida global ( $p=.003$ ; Tabla 2).

Tabla 2. Correlación de Spearman de la dependencia funcional y calidad de vida de los adultos mayores

Variable	ABVD		AIVD	
	$r_s$	p	$r_s$	p
Física	.513	.000	.467	.000
Psicológica	.323	.000	.421	.000
Social	.223	.005	.183	.023
Ambiental	.183	.023	.265	.001
Satisfacción de salud	.001	.987	.160	.048
Calidad de vida global	.104	.198	.240	.003

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

En este estudio se verificó que la dependencia funcional de los adultos mayores con enfermedades crónicas está relacionada con la calidad de vida. Se encontró que a mayor independencia para realizar las ABVD y AIVD mayor satisfacción general de salud. Este resultado es similar a lo reportado por Loredó-Figueroa et al. (2016) quienes concluyeron que a menor dependencia es mayor la satisfacción de salud y la calidad de vida de los adultos mayores, lo que significa que la dependencia para realizar las actividades de la vida diaria impacta en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Por tanto, la frecuencia elevada de dependencia encontrada en esta población es motivo de reflexión sobre la efectividad y la calidad de la atención de enfermedades y el sistema de promoción de la salud, donde la enfermería juega un rol importante.

Sobre todo, al observar que a mayor dependencia para las AIVD menor calidad de vida global. Lo que indica que al afectarse la funcionalidad para realizar las AIVD se deteriora la calidad de vida, situación que resulta preocupante, ya que estas actividades son las primeras que se deterioran, es decir, cuando se identifica dificultad para realizar las ABVD es porque se ha presentado un daño mayor en la persona.

En el análisis por dimensiones se identificó que a mayor independencia en las ABVD y AIVD mayor calidad de vida física, este resultado concuerda con el de Martínez, Restrepo y Arango (2015), quienes reportaron que la dependencia está asociada con la alteración de la calidad de vida. De acuerdo con la literatura es de suma importancia considerar el estudio de las ABVD y AIVD en los adultos mayores, ya que al ser deficientes impiden el autocuidado y conducen a una dependencia total que finalmente repercutirá en su calidad de vida (Durán-Badillo et al., 2018).

Se identificó que a mayor independencia en las ABVD y AIVD, mayor calidad de vida en la dimensión psicológica, lo que podría ocurrir porque al surgir la dependencia funcional, las personas adultas mayores disminuyen sus redes de apoyo y ya no socializan, con impacto en su estado emocional; Peláez y Rodríguez-Wong (2004), afirman que la integración social de los adultos mayores es más importante que muchos otros riesgos considerados para ellos, ya que el aislamiento puede ser una amenaza para su salud. Lo que podría deberse a que si el adulto mayor no cuenta con una interacción social apropiada con los miembros de su familia y/o comunidad esto repercutirá en su salud psicológica y por ende tendrá manifestaciones a nivel físico y emocional, lo cual desencadenará en una baja percepción de la calidad de vida.

Se identificó que a mayor independencia en las ABVD y AIVD mayor calidad de vida social, este resultado se asemeja al de Cuadra-Peralta, Medina y Salazar (2015).

Se concluye que entre mejor sea el ambiente social en el que los adultos mayores se desenvuelven y el apoyo social que reciben, tendrán una mejor calidad de vida, sobre todo en aquellos que padecen enfermedad crónica, ya que la participación social es relevante para el adulto mayor porque consolida su identidad personal, en la cual las funciones de afecto y cuidado son importantes (Alonso, Sanso, Díaz-Cannel, Carrasco y Carrasco, 2007).

Finalmente se identificó que a mayor independencia en las ABVD y AIVD mayor calidad de vida en la dimensión ambiental, lo que significa que en la dependencia funcional el contexto físico o entorno de la persona cobra un papel imprescindible y que este impactará en su calidad de vida. Por tanto, la iluminación, temperatura, aditamentos para realizar las actividades de la vida diaria y otros dispositivos o adecuaciones en la vivienda siguen siendo de gran necesidad para las

personas adultas mayores en estado de cronicidad, sobre todo en aquellas que han generado comorbilidades.

## Conclusiones

En el presente estudio se encontró que la dependencia para la realización tanto las ABVD como de las AIVD se relaciona con todas las dimensiones de la calidad de vida. Del total de la muestra estudiada, menos de la mitad obtuvo dependencia para las ABVD y las AIVD. Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre el adecuado sistema de salud preventivo en la comunidad, ya que el porcentaje de enfermedades crónico degenerativas va en aumento y con este, puede incrementarse la dependencia funcional con impacto en la calidad de vida.

## Referencias

- Alonso G. P., Sanso S. F., Díaz-Cannel N. A. M., Carrasco G. M. y Carrasco G. T. O. (2007). "Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor". *Rev. Cubana Salud Pública*, 33(1), 24-8.
- Canga A., Vivar C. G. y Naval C. (2011). *Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar*. Universidad de Navarra, Pamplona.
- Castillo, A., Arocha, C., Armas, N. B., Castillo, I. Cueto, M. E. y Herrera, M. L. (2008). "Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónico degenerativas". *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 27(3-4).
- Cid-Ruzafa, J., y Damián-Moreno, J. (1997). "Evaluating physical incapacity: the Barthel Index". *Revista Española de Salud Pública*, 71(2):127-37.
- Cruz, M., Perez, M., Jenaro, C., Torres, E., Cardona, E. y Veja, V. (2017). "Discapacidad, cronicidad y envejecimiento. La emergencia del cuidado ante la dependencia". *Revista Scielo*, 26, 1-2.
- Cuadra-Peralta, A., Medina C. E. F. y Salazar G. K. J. (2015). "Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica". *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67.
- Durán, A., Uribe, A., Gonzalez, A., y Molina, J. (2010). "Enfermedad crónica en adultos mayores". *Univ Méd Bogotá*, 51, 16-28
- Durán-Badillo, T., Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J. E., y Alonso-Castillo, M. M. (2018). "Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor". *Acta universitaria*, 28(3), 40-46.
- Durán-Badillo, T., Salazar-Barajas, M. E., Hernández-Cortés, P. L., Guevara-Valtier, M. C., y Gutiérrez-Sánchez, G. (2020). "Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica". *SANUS*, (15): 1-11.

- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9, 79-86.
- León, D., Rojas, M. y Campos, F. (2011). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile: Caja Los Andes.
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., y Juárez-Lira, A. (2016). "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor". *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.
- Martínez, H. L., Restrepo, C. A., y Arango, F. (2015). "Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica". *Acta médica colombiana*, 40(1), 13-19.
- Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*, CEPAUR-Dag Hammarskjöld Foundation, Uppsala.
- Mendoza-Parra, S., Merino, J. M. y Barriga, O. A. (2009). "Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(2), 105-12.
- OMS. (1998). "WHOQOL User Manual. Geneva, World Health Organization". En Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A. (2004). "The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A Report from the WHOQOL Group". *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Peláez, M. B., y Rodríguez-Wong, L. (2004). "Vejez y recursos sociales en América Latina". *Humanitas: Humanidades Médicas*; (1):73-83.
- Secretaría de Salud. (1987). "Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación, México". <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Shah, S., Vanclay, F., y Cooper, B. (1989). "Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation". *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Skevington, S. M., Lotfy, M y O'Connell K. A. (2004). "The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A Report from the WHOQOL Group". *Quality of Life Research* 13: 299-310
- Solano, B. T. (1997). *¿Cuál Calidad de Vida? En el mejor de los casos está superdeteriorada*. Documento periodístico. Medellín, Colombia.
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. y Mejjide-Míguez, H. (2011). "Escalas de valoración funcional en el anciano". *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16.
- Vera, M. (2007). "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia". *AnFacMed.*, 68(3): 284-90.



## Capítulo 6

---

# Sarcopenia y componentes físicos de la calidad de vida relacionada con salud en adultas mayores

---

Isaí Arturo Medina Fernández  
Sandra Cecilia Esparza González  
Reyna Torres Obregón  
Ruth Magdalena Gallegos Torres

### Introducción

El envejecimiento implica una serie de cambios físicos, emocionales, sociales en el adulto mayor (AM) que en ocasiones puede impactar en su calidad de vida. Entre los cambios que caracterizan el envejecimiento corporal se encuentra la disminución de la masa muscular, que se asocia a sarcopenia; esta se define como una enfermedad muscular que puede ser aguda o crónica, caracterizada por la disminución de la fuerza muscular, baja masa muscular y/o menor rendimiento físico (Cruz et al., 2010).

La sarcopenia es una característica del envejecimiento corporal que se presenta en los adultos mayores y se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad (Acosta, 2017). Con el aumento de la población adulta mayor en el mundo, la sarcopenia se está convirtiendo en un serio problema de salud pública, debido a que la prevalencia aproximada es del 10% a nivel mundial, afectando en promedio del 5 al 13% del total de las personas mayores de 60 años y llega hasta un 50% cuando la edad es mayor a 80 años (Morley, 2012; Shafiee et al., 2017; von Haehling et al., 2010).

Se sabe que la disminución de masa muscular inicia entre los 20 y 30 años, siendo a los 50 años la pérdida cerca del 20% y diversos estudios indican que el 50% de las personas mayores de 80 años padece sarcopenia, siendo más frecuente en la mujer (Canto-Cetina, 2016), sin embargo, dicha condición a es un problema de salud poco visible, siendo un problema clínico importante que impacta a millones de adultos mayores (Santilli et al., 2014).

Es por ello que el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de sarcopenia puede afectar la calidad de vida, repercutiendo en la capacidad del adulto mayor a enfrentarse a situaciones que limiten aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales, siendo un fenómeno relevante para su estudio (Alvarado y Salazar, 2014; Herrera y Guzmán, 2012).

Estos aspectos antes mencionados están inmersos con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual ha sido referida como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el autocuidado de la salud, así como la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que se refleje en su bienestar general (Meguizo et al., 2014). Así mismo, la calidad de vida tiene una dimensión física y otra emocional; la primera incluye la función física, rol físico y dolor; en la segunda se encuentra el componente emocional (Meguizo et al., 2014).

En esta investigación se estudió específicamente el componente físico de la CVRS, que está constituido por la función física y rol físico, que es la extensión de las limitaciones de las personas para llevar a cabo todas las actividades de la vida diaria, debido a problemas de salud. Otro de los componentes que incluye el rol físico, son el malestar físico y dolor al realizar las actividades de la vida diaria (Sánchez et al., 2017).

La calidad de vida en el adulto mayor radica en la capacidad de adaptación a los cambios físicos que va viviendo, en donde los signos de la sarcopenia limitan la realización de las actividades de la vida diaria o instrumentales (Medina et al., 2018; R. Ramírez, 2014). Es por ello que la sarcopenia debe ser estudiada desde la mirada del componente físico de la calidad de vida, ya que este hecho ofrece una visión importante sobre determinadas enfermedades y sobre la salud general de los pacientes, por lo que su análisis ayuda en la toma de decisiones clínicas (Medina et al., 2018; Rubio et al., 2015).

Así mismo, el considerar la detección oportuna de la sarcopenia en el adulto mayor, posibilitará fundamentar futuras intervenciones de enfermería que disminuyan la dependencia, con el objetivo de mantener su autonomía y proteger o mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerables, como los adultos mayores (Pinillos-Patiño y Prieto-Suárez, 2012).

Considerando lo anterior, se plantea el objetivo de determinar la relación de la sarcopenia con los componentes físicos de la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de Saltillo, Coahuila.

## **Metodología**

El diseño de esta investigación es descriptivo, correlacional, transversal, debido a que se busca describir las variables y analizar las relaciones entre ellas, en un mismo periodo de tiempo (Grove et al., 2016). El estudio fue realizado en mujeres porque estudios previos han señalado que el ser mujer es un factor de riesgo ya que tiene una menor cantidad de masa muscular y además la pérdida es más abrupta al llegar a la menopausia (Cruz-Jentoft et al., 2011).

## Participantes

La población fue AM, residentes de Saltillo, Coahuila. La muestra estuvo constituida por 130 adultas mayores que asisten a los Centros de INAPAM de la ciudad de Saltillo, Coahuila, esta fue determinada por un muestreo no probabilístico a conveniencia, es decir se asistió a los Centros y se valoró a las personas que cumplieron los criterios de inclusión: ser mujer, tener una edad superior o igual a los 60 años, sin deterioro cognitivo medido con el instrumento “Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer” (Martínez et al., 2001).

Se excluyeron personas con presencia de marcapasos, identificada mediante anamnesis previa a la aplicación de instrumentos, así como déficit neurológico, motor o enfermedad neuromuscular diagnosticada previamente, que impidiera realizar las mediciones. Se excluyeron a 3 adultos mayores y se eliminó a 1 adulta mayor que no pudieron concluir el proceso de aplicación de instrumentos y/o valoración.

## Instrumentos (materiales)

La sarcopenia se midió con el instrumento SARC-F se ha validado en el contexto mexicano el cual cuenta con una confiabilidad adecuada ( $\alpha=.81$ ) (Parra-Rodríguez et al., 2016), constituida por cinco ítems, que mide fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas. La puntuación total oscila entre 0 y 10 puntos, indicando que mayor o igual a 4 puntos representa sarcopenia (Parra-Rodríguez et al., 2016).

Por otra parte el Consenso Europeo del Grupo de Sarcopenia sugiere la medición además de SARC-F, la velocidad de la marcha, fuerza prensil y el índice de masa muscular esquelética apendicular (MMEA), este último es con la siguiente fórmula:

$$\text{MMEA kg} = 0.215 \times \text{circunferencia de pantorrilla (cm)} + 0.093 \times \text{fuerza de presión de la mano (kg)} + 0.061 \times \text{peso (kg)} + 3.637 \times \text{sexo} + 0.112 \times \text{talla (cm)} - 16.449;$$
 donde sexo: masculino =1; femenino =0. (Ramírez et al., 2015).

Por otra parte se midió la fuerza prensil con dinamómetro digital Takei TKK-5401, los puntos de corte para detectar una baja fuerza fue en mujeres (<20 kg de fuerza prensil) y hombres (<30 kg de fuerza prensil) (Cruz et al., 2010).

La velocidad de la marcha fue medida con la subescala de velocidad de la marcha de la prueba de desempeño físico (SPPB), validado por Cruz et al., y cuenta con Alfa de 0.76, la medición fue con respecto al caminar seis metros, considerándose cuatro metros para su medición, esta prueba se realiza de ida y vuelta, el resultado con una velocidad menor a .8 m/s se encuentra por debajo del parámetro normal (Cruz et al., 2010).

La talla se midió con un estadiómetro marca SECA basados en los planos de Frankfurt, para el peso se usó una báscula de impedancia eléctrica marca OMRON y la circunferencia de cintura fue con cinta SECA en el punto medio entre la rodilla y la base del talón.

El Índice de Masa corporal fue medido con la fórmula de Quelet (peso/altura<sup>2</sup>), considerándose bajo peso un peso menor a 22 kg/m<sup>2</sup>, peso normal: entre 22 a 27 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso 27.1 a 30 kg/m<sup>2</sup> y obesidad con un peso mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Para mediar el componente físico de la CVRS se utilizaron dos subescalas del SF-36 validado por Sánchez et al. (2017) en adultos y adultos mayores en la región norte de México con un Alpha de Cronbach de .94 para la subescala de función física, rol físico y dolor. Dicho instrumento evalúa aspectos de la calidad de vida, y sus respuestas describen la transición de la percepción respecto del mejoramiento o empeoramiento del estado de salud; se basa en ocho conceptos de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, pero para este estudio se medirán los componentes físicos que son la función física, rol físico y dolor. Su forma de respuesta es escala tipo Likert, donde 1 es nada y 5 mucho, la suma del instrumento indica que, a menor puntuación, mejor calidad de vida relacionada con la salud en los componentes físicos, sin embargo, para fines de esta investigación se invirtió la medición, a mayor puntuación, mejor CVRS.

## Procedimientos

La primera etapa consistió en gestionar el proyecto de investigación en las instituciones del INAPAM. Posteriormente, una vez identificados a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les invitó a participar y se les informó el objetivo del estudio, así como en qué consistiría su participación; los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado con el aval de un testigo.

Seguido, se aplicó cédula de datos sociodemográficos, luego se realizó medición antropométrica (peso, talla, circunferencia de cintura), fuerza prensil, velocidad de la marcha, posteriormente se administró el instrumento Sarc-F y subescala de los componentes físicos de SF-36.

## Análisis de resultados

Para la descripción de las variables y las características de las participantes se usó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, así como media, mediana, desviación estándar. Por otra parte, la decisión sobre uso de estadística paramétrica o no paramétrica, se determinó mediante la prueba de normalidad

Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados indicaron una distribución no normal ( $K-S=p<.05$ ).

Se analizaron los datos con pruebas no paramétricas, para determinar diferencia de medias entre variables con las adultas mayores que tienen o no sarcopenia se usó el estadístico de U Mann Whitney. Se determinó la correlación mediante prueba de Spearman, de igual manera la asociación fue realizada con chi cuadrada. El procesamiento de la información de los datos cuantitativos se realizó en el programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) de Windows versión 22.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud y la NOM 012-SSA3-2012 en materia de Investigación para la Salud, que establece que en la investigación deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; lo anterior se realizó aplicando consentimiento informado y mediante la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila (Diario Oficial de la Federación, 2012, 2019).

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 130 mujeres, cuya edad osciló entre los 60 y 92 años, con una  $\bar{x}$  de 71.90 años ( $DE=7.73$  años). En cuanto a su estado civil el 48.5% ( $fr=63$ ) son viudas, seguido de casadas con un 30% ( $fr=39$ ), divorciadas 12.3% ( $fr=16$ ) y solteras con un 9.3% ( $fr=12$ ).

Así mismo, en su mayoría tuvieron una escolaridad de primaria trunca 10% ( $fr=6$ ) y completa con un 33.1% ( $fr=50$ ), seguido de secundaria con un 16.9% ( $fr=22$ ), de igual manera hubo presencia de adultos mayores sin estudios con un 15.4% ( $fr=20$ ), con nivel técnicos en un 11.5% ( $fr=15$ ), con preparatoria en un 9.2% ( $fr=12$ ) y en menor porcentaje con nivel profesional en un 3.8% ( $fr=5$ ).

En relación con los datos clínicos, el 26.9% ( $fr=35$ ) tiene diabetes tipo 2, cuyos años de evolución de la enfermedad se encuentran entre 1 y 39 años con una  $\bar{x}=14.34$  años ( $DE= 10.10$ ); así mismo el 60% ( $fr=78$ ) de la muestra tienen hipertensión arterial, oscilando los años de padecerlo entre 1 y 53 años con una  $\bar{x}=15.76$  años ( $DE=11.66$ ). En cuanto al estado nutricional, la media fue de 29.07 kg/m<sup>2</sup>, siendo el 4.9% ( $fr=6$ ) bajo peso, el 30% ( $fr=39$ ) peso normal, el 35.4% ( $fr=46$ ) sobrepeso y el 30% obesidad ( $fr=39$ ).

En la Tabla 1 se observa que en el IMC la media se encuentra en obesidad, con respecto a las variables de sarcopenia se encontró que la fuerza de empuñadura y velocidad de la marcha se encuentra por debajo de los parámetros normales.

Tabla 1. Datos descriptivos de variables antropométricas, sarcopenia y componentes físicos de la CVRS

Variable	$\bar{X}$	DE	Min	Max
Edad	70.94	7.53	60.00	91
Índice de masa corporal	29.07	5.07	18.56	47.48
Masa músculo esquelética apendicular	14.18	2.37	10.16	20.97
Velocidad de la marcha (s)	4.99	1.61	2	10.68
Fuerza prensil	17.80	4.88	06.10	29.30
Función física	30.90	10.73	9	45.00
Rol físico y dolor	29.23	10.13	8	40.00
Sarcopenia ( Sarc-F)	03.23	2.89	0	10.00

Nota=  $\bar{X}$  = media; DE= desviación estándar; Mín= mínimo; Máx= máximo.  $n=130$

Los resultados indicaron que la prevalencia de sarcopenia identificada en la muestra fue del 43.1% ( $fr=56$ ). En la Tabla 2 se describen las frecuencias por ítem del instrumento SARC-F, en donde la fuerza (ítem 1) y la dificultad para subir escalones (ítem 4) fueron los ítems con más incapacidad o mucha dificultad para realizar.

Tabla 2. Frecuencias por ítem del instrumento SARC-F

Ítem	Ninguna		Alguna		Mucha o incapaz	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4 kilogramos?	54	41.5	39	30.0	37	28.5
¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	80	61.5	33	25.4	17	13.1
¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	77	59.2	33	25.4	20	15.4
¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	61	46.9	38	29.2	31	23.8
	Ninguna		1 a 3 caídas		4 o más	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	76	58.5	42	32.3	12	9.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $n=130$

En la Tabla 3 se describe la presencia de sarcopenia por estado civil, estado nutricional y condiciones crónicas, y su prevalencia en adultas mayores viudas y adultas con hipertensión arterial, además de padecer obesidad. Se encontró una asociación de la hipertensión arterial ( $\chi^2=9.22$ ;  $p=.004$ ) y el estado civil ( $\chi^2=12.45$ ;  $p=0.014$ ) con la sarcopenia.

Tabla 3. Descripción y asociación mediante Ji cuadrada de variables demográficas y clínicas en adultos con y sin sarcopenia

Variables	Con sarcopenia		Sin sarcopenia		<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Estado civil					
Casada	14	35.9	25	64.1	.014
Viuda	35	55.6	28	44.4	
Divorciada /o separada	2	12.5	14	87.5	
Soltera	5	46.5	7	63.5	
Diabetes tipo 2					
Sí	18	51.4	17	48.6	.167
No	57	60.0	38	40.0	
Hipertensión arterial					
Sí	42	53.8	36	46.2	.004
No	14	26.9	38	73.1	
Estado nutricional					
Bajo peso	3	50	3	50	.979
Normo peso	17	43.6	22	56.4	
Sobrepeso	20	43.5	26	56.5	
Obesidad	16	41.0	23	59.0	

Nota: *f*= frecuencia; %=porcentaje, *p*= significancia bilateral, *n*=133

La Tabla 4 los resultados indican que existe diferencia de medias de las variables edad, masa músculo esquelética apendicular, velocidad de la marcha, fuerza de empuñadura, componentes físicos de la CVRS entre las adultas mayores con y sin sarcopenia ( $p<.05$ ).

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney de antropometría, datos clínicos, componentes físicos de la CVRS y capacidad funcional para adultos con y sin sarcopenia

	Con sarcopenia n=56		Sin sarcopenia n=74		U	P
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
Edad	73.48	7.66	69.02	6.89	1401.00	.002
Índice de masa corporal	29.13	5.69	29.02	4.59	2015.50	.791
MMEA	13.62	02.58	14.61	2.12	1503.00	.007
Velocidad de la marcha	05.89	01.88	4.30	0.91	937.00	<.001
Fuerza de empuñadura	15.75	4.77	19.34	4.40	1203.00	<.001
Función física	25.00	9.04	35.36	9.74	885.50	<.001
Rol físico y dolor	24.85	9.33	32.55	9.48	1105.00	<.001

Nota:  $\bar{X}$  =media; DE= desviación estándar; U= U Mann Whitney,  $p$ =significancia bilateral  $n=130$

En la Tabla 5, se identifica la relación existente entre las variables, encontrándose que, a mayor edad, menor fuerza prensil, menor MMEA, peor percepción de función física y rol físico ( $p<.05$ ). De igual manera se encontró que a mayor fuerza prensil, mayor MMEA, menor velocidad de la marcha, mejor función y rol físico ( $p<.01$ ).

Tabla 5. Correlación de variables antropométricas, sarcopenia y CFCVRS

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad	1							
2. IMC	-.378 (.000)	1						
3. Fuerza prensil	-.372 (.000)	.166 (.059)	1					
4. MMEA	-.466 (.000)	.738 (.000)	.504 (.000)	1				
5. Velocidad de la marcha	.318 (.000)	.031 (.722)	-.476 (.000)	-.240 (.006)	1			
6. Función física	-.187 (.034)	-.029 (.747)	.429 (.000)	.222 (.011)	-.544 (.000)	1		
7. Rol físico	-.113 (.202)	-.029 (.747)	.454 (.000)	.177 (.184)	-.440 (.000)	.746 (.000)	1	
8. Sarcopenia	.263 (.002)	.075 (.397)	-.394 (.000)	-.181 (.040)	.565 (.000)	-.576 (.000)	-.465 (.000)	1

Fuente: Cédula de datos, SARC-F, componentes físicos de SF36,  $n=130$ .

Nota: MMEA= masa musculo esquelética apendicular; IMC= índice de masa corporal.

Además, se encontró que al tener una mayor MMEA, se presentaba menor velocidad de la marcha, mejor percepción de la función física y rol físico; a menor velocidad de la marcha, mejor percepción de los componentes físicos de la CVRS ( $p<.05$ ). En cuanto a la sarcopenia, a mayores puntuaciones de Sarc-F, mayor edad, menor fuerza prensil, menor MMEA, menor velocidad de la marcha y menor percepción de la CVRS desde la mirada de los componentes físicos ( $p<.05$ ).

## Discusión

La prevalencia de sarcopenia en mujeres según el instrumento SARC-F fue de 43.1%, siendo más alto a los resultados reportados por Parra-Rodríguez et al. (2016), Yang et al. (2018), Rolland et al. y Kemmler et al. (2017). Lo anterior concuerda con lo referido por Yang et al. (2018), ya que las mujeres tienen un 20% más de riesgo de desarrollar sarcopenia, esto es causado por el estrógeno y el IGF-1, ya que disminuyen después de la menopausia, como resultado, el número de receptores de estrógenos activados disminuye en las mujeres mayores en comparación con las mujeres jóvenes y, por lo tanto, aumenta el riesgo de sarcopenia (Chen et al., 2017).

Por otra parte, los componentes físicos de la CVRS, reflejaron una media de 25.0 ( $DE=9.04$ ) para la función física y 24.85 ( $DE=9.33$ ) para rol físico-dolor; no obstante son menores a los reportados por Beudaurt et al. (2015) una media de 63.4 para función física y 55.2 para el rol físico; así como lo indicado por Silva et al. (2016) con una media de 65 para la función física y 62 para el rol físico, Sánchez-García et al. (2017) obtuvo una media de 78.48 para la función física y 74 para el rol físico. Lo anterior señala que es menor la calidad de vida en las mujeres de la muestra, debido a que los roles sociales tienen un impacto sobre la salud y suelen generar problemas crónicos, físicos y mentales, aumentando el riesgo de deterioro asociado a la sarcopenia (Rodríguez, 2012).

En cuanto a los componentes diagnósticos, hubo diferencia de la velocidad de la marcha, fuerza prensil y MMEA, que son menores en las personas con sarcopenia; esto concuerda con Fukuoka et al. (2018) y Bedaurt et al. (2015), que señalaron que también existen diferencias significativas de las tres variables antes mencionadas en los pacientes con y sin sarcopenia; sin embargo, Kemmler et al. (2017) reportó que no existe diferencia de medias entre la masa músculo esquelética apendicular, pero sí de la fuerza de empuñadura y velocidad de la marcha. El mecanismo de la sarcopenia ocasiona disminución de fuerza muscular, lo que favorece que disminuya el rendimiento físico y fuerza de empuñadura, a su vez, dificulta la realización de ABVD, que favorece la discapacidad y la dependencia (Visser y Schaap, 2011).

Así mismo, los componentes físicos de la CVRS como la función física, rol físico-dolor tiene una diferencia significativa en los pacientes con y sin sarcopenia, similar a Kim et al. (2018). Silva et al. (2016) señala en su estudio que hay diferencia significativa únicamente para la variable rol físico y dolor físico. Por el contrario Beudart (2015), reportó diferencia significativa entre la función física y rol físico, por último en el estudio de Silva-Neto et al. (2012) no hubo diferencias significativas entre las variables antes mencionadas. Como consecuencia de esta realidad, la limitación funcional influye en los síntomas de la sarcopenia de manera negativa, existiendo la posibilidad que afecte en su calidad de vida (Hernández y Arnol, 2019).

No obstante, la relación de la sarcopenia con la función física y rol físico para este estudio fue significativo ( $p < .001$ ); estos resultados son similares a lo referido por Manrique-Espinoza et al. (2017), que relacionó la sarcopenia con los componentes físicos de la CVRS ( $p < .05$ ) y en el estudio de Silva et al. (2012) hubo relación de la sarcopenia con rol físico de la CVRS ( $p < .05$ ). Lo anterior explica el impacto físico de la disminución del músculo y sus síntomas sobre la dificultad de realizar las actividades físicas y que interfieren en su vida.

Así mismo, los signos de la sarcopenia se relacionan con los componentes físicos de la calidad de vida, los cuales son fundamentales para tener una buena percepción del estado de salud física; además modifica los hábitos, las actividades cotidianas y de esparcimiento, repercutiendo sobre su percepción física (Medina et al., 2018).

## Conclusión

En este estudio se identificó una alta prevalencia de sarcopenia, siendo mayor en las mujeres viudas, con exceso de peso e hipertensión arterial. Los resultados reportaron la diferencia significativa de edad, fuerza de empuñadura, velocidad de la marcha, MMEA y componentes físicos de la CVRS entre tener y no tener sarcopenia.

De igual manera se encontró una relación significativa de la sarcopenia con la edad, fuerza prensil, velocidad de la marcha, MEMEA, función física y rol físico de la CVRS. La sarcopenia ocasiona una disminución de la percepción de la calidad de vida desde los componentes físicos de la CRVRS.

El ser mujer se ha referido como un factor de riesgo para el desarrollo de sarcopenia, sin embargo, se observa una mayor prevalencia en las adultas mayores. Esta investigación permitirá fundamentar futuras intervenciones de enfermería que tengan como propósito prevenir la aparición de la sarcopenia o disminuir su impacto en la composición corporal y/o calidad de vida.

## Referencias

- Acosta, M. Á. (2017). "Sarcopenia en el anciano". *Atención Primaria*, 24(6), 334-337. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.07.006>
- Alvarado, A., y Salazar, Á. (2014). "Análisis del concepto de envejecimiento". *Gerokomos*, 25(6), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Canto-Cetina, T. (2016). "Sarcopenia: ¿epidemia del siglo XXI?" *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 21(4), 115-116.
- Chen L., Xia J., Xu Z, Chen Y., Yang Y, (2017). "Evaluation of Sarcopenia in Elderly Women of China". *International Journal of Gerontology*, 11(3), 149-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.04.005>
- Coelho, H. J., Aguiar, S. D. S., Gonçalves, I. D. O., Sampaio, R. A. C., Uchida, M. C., Moraes, M. R., y Asano, R. Y. (2015). "Sarcopenia Is Associated with High Pulse Pressure in Older Women". *Journal of Aging Research*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/109824>
- Cruz, A., Pierre, J., Bauer, J., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F., Pierre, J., Rolland, Y., Schneides, S., Topinkova, E., Vandewoude, M., y Zamboni, M. (2010). "Age and Ageing". *Oxford Journals*, 44(0), 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- Cruz-Jentoft AJ, Cuesta F, Gómez MC, López-Soto A, Masanés F, Matía P, (2011). "La eclosión de la sarcopenia: Informe preliminar del Observatorio de la Sarcopenia de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 46(2):100-10.
- Grove, S., Gray, J., y Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia* (6ta ed.). Elsevier.
- Diario Oficial de la Federación. (2019). *Ley General de Salud*. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019)
- Hernández, J., y Arnol, Y. (2019). "Principales elementos a tener en cuenta para el correcto diagnóstico de la sarcopenia". *Medisur*, 17(1). <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4073>
- Herrera, A., y Guzmán, A. (2012). "Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento". *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 65-76. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70275-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70275-4)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención*. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/095\\_GPC\\_Evaycontrolnutic\\_eneladultomayor/NUTRICION\\_AM\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/095_GPC_Evaycontrolnutic_eneladultomayor/NUTRICION_AM_RR_CENETEC.pdf)
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C., Luque, R. (2001). "Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años". *Med Clin (Barc)*. 117:129-34.

- Medina, I., Carrillo, A., y Esparza, S. (2018). "Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia". *Revista Mexicana de Enfermería*, 6, 93-96.
- Meguizo, E., Ayala, S., Grau, M., Merchán, A., Montes, T., Payares, C., y Reyes, T. (2014). "Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia)". *Aquichan*, 14(3), 289-293. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.8>
- Para
- Morley, J. (2012). "Sarcopenia in the elderly". *FamilyPractice*, 29, 144-148.
- Parra-Rodríguez, L., Szlejf, C., García-González, A. I., Malmstrom, T. K., Cruz-Arenas, E., y Rosas-Carrasco, O. (2016). "Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults". *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(12), 1142-1146. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.008>
- Pinillos-Patiño, Y., y Prieto-Suárez, E. (2012). "Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia". *Rev. Salud Pública.*, 14(3), 438-447. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
- Ramírez, E., Enríquez-Reyna, M. C., Garza-Sepúlveda, G., Tijerina-Sáenz, A., Ramos-Peña, E., y De la Garza, M. G. (2015). "Puntos de corte y validación de una ecuación antropométrica para estimar la masa muscular, en el estudio de la sarcopenia en población mexicana". *Salud Pública de México*, 57(6), 485-486.
- Ramírez, R. (2014). "El Hospital Universitario Camilo Cienfuegos ante el envejecimiento de la población espirituaana". *Gaceta Médica Espirituana*, 16(3), 10-12.
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., y González, F. (2015). "Calidad de vida en el adulto mayor". *Varona*, 61, 1-7.
- Rodríguez, E. (2012). "Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad". *InvestMedicoquir*. 4(1):107-121.
- Sánchez, R., García, M., y Martínez, B. (2017). "Encuesta de Salud SF-36 : Validación en Tres Contextos Culturales de México H". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 5-16. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.01>
- Santilli, V., Bernetti, A., Mangone, M., y Paoloni, M. (2014). "Clinical definition of sarcopenia". *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 11(3), 177-180. <https://doi.org/1138/ccmbm/2014.11.3.177>
- Shafiee, G., Keshkar, A., Soltani, A., Ahadi, Z., Larijani, B., y Heshmat, R. (2017). "Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta- analysis of general population studies". *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 16(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40200-017-0302-x>
- Visser, M., y Schaap, L. (2011). "Consequences of sarcopenia". *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(3), 387-399. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2011.03.006>
- Von Haehling, S., Morley, J. E., y Anker, S. D. (2010). "An overview of sarcopenia: Facts

and numbers on prevalence and clinical impact”. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 1(2), 129-133. <https://doi.org/10.1007/s13539-010-0014-2>

Yang, L., Smith, L., y Hamer. (2019). “MGender-specific risk factors for incident sarcopenia: 8-year follow-up of the English longitudinal study of ageing”. *J Epidemiol Community Health* ;73:86-88.<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2018-211258>



## Relación familiar y calidad de vida en el adulto mayor

---

Elizabeth Robles Morado  
Ma de la Luz Martínez Aguilar  
Hermelinda Ávila Alpírez  
Gustavo Gutiérrez Sánchez

### Introducción

La calidad de vida de las personas adultas mayores puede afectarse por diferentes factores, entre estos, las relaciones familiares podrían jugar un papel importante, ya que, un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud, y así mismo para la calidad de vida; “por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono” (Zapata et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que entre el 2015 y 2050, “la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%”. “El envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes” (OMS, 2017).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática [INEGI] (2015), “en México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años”; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61 años; en el 2000 fue de 74 y en 2015 es de casi 75 años. Esto deja en claro que los seres humanos tendrán mayor longevidad con el paso de los años. ¿Pero qué caso tendrá vivir tantos años, si no es con una adecuada calidad de vida y armonía familiar?

En México existe el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), organismo rector de las políticas públicas para la atención de esta población y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2009), instrumento para hacer valer los derechos de este grupo etario para que puedan vivir mejor, además para revalorarlas, pues este grupo es la historia y cimiento de México. Esta ley considera adultos mayores, a las personas de 60 años o más y subraya que estos tienen derecho a una vida con calidad, siendo obligación de

las instituciones públicas, comunidad, familia y sociedad, garantizar el acceso a programas que posibiliten el ejercicio de este derecho, además añade que deben contar con la protección de la familia, de la comunidad y sociedad.

Zapata et al. (2011), encontraron que la satisfacción manifestada de los adultos mayores sobre la convivencia familiar fue satisfactoria en un 70 % por parte de las mujeres y los hombres un 80 %. El 16.7 % se encontró insatisfecho con la convivencia familiar y el 4.5 % insatisfechos, pero no hubo diferencia estadísticamente representativa por diferencia de sexo

En cuanto a la relación familiar y calidad de vida Zapata et al. (2011) en su estudio sobre el apoyo social y familiar del adulto mayor concluyeron que “las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores, como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy”. Esto pone en evidencia que la familia es parte importante en la vida de las personas mayores

Giusti (1991) define calidad de vida como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas”. Krzeimen (2001) sostiene también que:

[...] la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social.

García et al. (2006) señalan que calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los sujetos tienen de sus condiciones de vida; también hacen mención que solo el sujeto puede configurar los elementos de su calidad de vida. Por lo anterior, el término calidad de vida es subjetivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida, como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, de su contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, todo aquello que se ve influido por las actividades diarias, la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (OMS, 1996).

Navarro (2012) afirma que las relaciones familiares son:

[...] el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular; de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que les diferencian de

otras familias. Pero el ambiente familiar, sea como sea la familia, tiene unas funciones educativas y afectivas muy importantes. Las relaciones interpersonales influyen de manera positiva si el ambiente familiar es positivo y constructivo.

Duque y Sierra (2001) hacen mención que las relaciones familiares se refieren a todos aquellos elementos requeridos para la formación y la convivencia interpersonal entre sus integrantes en el entorno familiar, y que estos serán el resultado de la manera como la familia maneja sus actitudes y cómo aceptan cada uno de sus roles, y la suma de todos estos elementos tendrán gran influencia decisiva en la calidad y el tipo de relación familiar.

Al respecto, Pérez y Álvarez (2006) comentan que las relaciones familiares son el escenario donde se aprende a convivir adecuadamente, a respetar los espacios y los intereses de los otros, así como a exigir tolerancia y consideración por los propios, y es dentro de las relaciones familiares donde deberán existir herramientas necesarias que permitan un diálogo constructivo para evitar un contexto de riesgo e incluso de violencia.

Fairlie y Frisancho (1998), en la teoría de las interacciones familiares afirman que las relaciones familiares se traducen en tres importantes aspectos: comunicación entre la familia, el vínculo que estos hayan creado, y la psicología de cada integrante familiar. Observando que en la sociedad la esperanza de vida es cada vez mayor, nace la preocupación por este grupo de edad en particular.

En la cultura mexicana y como la literatura lo confirma, la familia es de gran importancia para el envejecimiento saludable, en este caso, las personas adultas mayores provenientes de ambientes familiares funcionales se perciben y evidencian con mejor calidad de vida (Alfonso, Soto y Santos, 2016). Este estudio pretende describir la función familiar como factor relacionado con la calidad de vida. Para comprender por lo que se realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre las relaciones familiares y la calidad de vida del adulto mayor.

## **Metodología**

Es un estudio correlacional, para determinar la relación entre las variables de estudio (Grove et al., 2016) y transversal debido a que se obtuvieron los datos en un momento específico (Hernández et al., 2016).

### ***Población, muestreo y muestra***

La población de estudio estuvo integrada por personas adultas mayores que son atendidas en la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas de H. Matamoros Tamaulipas, México, el muestreo fue no probabilístico por

conveniencia, la muestra estuvo conformada por 71 pacientes adultos mayores de ambos sexos que acudieron a la consulta.

Para recolectar la información, primeramente, se aplicó una cédula de datos personales para caracterizar la muestra y se utilizaron dos instrumentos de medición. Para medir las características de las relaciones familiares, se aplicó el Test de Percepción de las Relaciones Familiares del Anciano (Espín et al., 2001) para valorar la percepción que el individuo tiene de su relación familiar.

Está integrado por 30 ítems, distribuidos por categorías de la siguiente forma: Límites (ítems 3, 8 y 18), Comunicación (ítems 2, 9, 14, 19, 24, 28 y 29), Desempeño de roles (ítems 1, 4, 7, 10, 13, 20, 23, 25, 27 y 30), Sistema de apoyo (ítem 11, 15, 21 y 26), Jerarquía (ítem 5, 16 y 22) y Tolerancia (ítem 6, 12 y 17). Este instrumento utiliza escala Likert puntuación entre 5 y 1 de la forma siguiente: Casi siempre: 5 puntos, Muchas veces: 4 puntos, Algunas veces: 3 puntos, Pocas veces: 2 puntos, Casi nunca: 1 puntos. En el caso de los ítems 5, 8, 12 y 16 las puntuaciones de respuestas se invierten por estar redactados en sentido negativo. Su coeficiente de confiabilidad es de 0.80, lo que indica que el test es confiable. Para su interpretación se utilizan medidas descriptivas de posición (cuartiles) en escala ordinal de la siguiente forma:

- De 146 a 150: Relaciones familiares muy armónicas.
- De 140 a 145: Relaciones familiares armónicas.
- De 129 a 139: Relaciones familiares poco armónicas.
- De 30 a 128: Relaciones familiares disarmónicas.

El segundo instrumento utilizado fue para la valoración de la calidad de vida, es la Escala WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998). Esta escala está compuesta por 26 ítems, dos primeras preguntas independientes que indagan la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y su salud respectivamente, las 24 restantes evalúan cuatro dimensiones específicas de la Calidad de Vida: Física, Psicológica, Social y Ambiental. Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5, mientras más alta sea la puntuación asignada, más alta será la calidad de vida. Se invierten los puntajes de los ítems negativos (3, 4 y 26), y los puntajes totales obtenidos se convierten a un índice de 0 a 100 puntos para poder establecer comparaciones entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos. Para la puntuación de la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores, se clasificó en deficiente cuando la puntuación se encontró entre 0 y 2.99, aceptable de 3 a 3.99 y alta entre 4 y 5. El Alpha de Cronbach para cada dimensión es de: Físico 0.82, Psicológico 0.81, Ambiental 0.80 y Social 0.68 (Skevington et al., 2004).

Los datos se procesaron en el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para conocer si existe relación entre las variables de estudio, para esto se realizó la prueba de correlación de Spearman. Esta es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos y números de orden y los compara (Martínez et al., 2009).

Este estudio estuvo en todo momento apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987). Se respetó la dignidad de las personas participantes, se ajustó a los principios éticos, científicos, se consideró una investigación sin riesgo, ya que solamente se aplicaron los instrumentos, no hubo ninguna manipulación de variables, además se contó con la firma del consentimiento informado, previa explicación de todo lo relacionado con el estudio.

## Resultados

Se presentan los resultados de la investigación correspondiente a los 71 adultos mayores que integraron la muestra. Primeramente se aborda: características de los participantes, y posteriormente los datos para dar respuesta a los objetivos planteados y a la pregunta de investigación, mediante estadística descriptiva.

El mayor porcentaje de edad se presentó en los grupos de 60 a 65 años, y de 66 a 70 años 31% ( $f=22$ ), el 60.6% ( $f=13$ ), respectivamente; de los participantes concluyó la escuela primaria el 63.4% ( $f=45$ ), del sexo femenino el 60.6% ( $f=43$ ), indicó que no trabaja fuera del hogar el 47.9% ( $f=34$ ), casados el 47.9% ( $f=34$ ) y viven con su familia el 50.7% (36).

### *Descripción de las relaciones familiares*

En cuanto al primer objetivo específico planteado donde se busca describir el tipo de relación familiar, se observó que el 74.6% ( $f=53$ ) de los adultos mayores que participaron presentaron relaciones familiares disarmónicas, mientras que el 25.4% ( $f=18$ ) vivían en relaciones familiares poco armónicas. En la Tabla 1 se presenta la clasificación de estas.

Tabla 1. Clasificación de las relaciones familiares

Relaciones familiares	$f$	%
Disarmónicas	53	74.6
Poco armónicas	18	25.4

Fuente: Elaboración propia.

### *Descripción de la calidad de vida*

A continuación, se aborda el análisis donde se describe la calidad de vida que perciben los adultos mayores para dar respuesta al segundo objetivo específico planteado en la presente investigación. La percepción de la calidad de vida fue aceptable en el 52.1 %, seguida de la calidad de vida alta donde se encontró un 43.7 %, y solo el 4.2 % reportó una calidad de vida deficiente. En lo que se refiere a la autosatisfacción de su salud, casi la mitad de los adultos mayores que participaron reportaron un nivel aceptable con un 46.5% (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de la calidad de vida y autosatisfacción del estado de salud

Nivel	Percepción de la calidad de vida		Autosatisfacción de la salud	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Deficiente	3	4.2	11	15.5
Aceptable	37	52.1	33	46.5
Alta	31	43.7	27	38.0

Fuente: Encuesta aplicada n=71.

La puntuación de la relación familiar fue de 116.78 (*DE* 14.42), en la calidad de vida la dimensión física un promedio de 66.35 (*DE* 14.72), psíquica de 70.77 (*DE* 8.25), social de 63.47 (*DE* 9.80) y ambiental de 55.16 (*DE* 19.43).

Tabla 3. Descripción de la función familiar y dimensiones de la calidad de vida

Variabes	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Min</i>	<i>Valor Max</i>
RF	116.78	14.72	67.0	134.0
Física	66.35	14.55	36	100
Psíquica	70.77	8.25	46	83
Social	63.47	9.80	41	78
Ambiental	55.16	19.43	0	92

Fuente: Elaboración propia.

Para dar respuesta al objetivo general planteado y a la pregunta de investigación, se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman en el que se observó que hay relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y la dimensión social de calidad de vida ( $p = .000$ ), y de igual manera pasó con la dimensión ambiental ( $p = .001$ ). Por otra parte, en esta prueba también se observó que no existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar ( $p = .269$ ) y las dimensiones físicas y psíquicas de calidad de vida ( $p = .113$ ).

Tabla 4. Correlación de Spearman entre relaciones familiares y calidad de vida en el adulto mayor

Relaciones familiares	$r_s$	P
Dimensión		
Física	.133	.269
Psíquica	.190	.113
Ambiental	.381	.001
Social	.507	.000

## Discusión

Se observó que tres cuartas partes de la muestra se encontraban en relaciones familiares de tipo disarmónicas, esto difiere con lo reportado por Abrahante et al. (2016) y Morales et al. (2015), las diferencias pudieran deberse a que en su estudio incluyeron a personas adultas mayores incorporadas a un club, donde tienen la posibilidad de socializar, situación que no se abordó en este estudio, sin embargo, da pauta a plantear que la funcionalidad de las familias con personas adultas mayores se deteriora cuando el adulto mayor no tiene la posibilidad de socializar, así mismo, cuando el adulto mayor es partícipe de otros grupos, se genera un respiro en la familia y se disminuyen las tensiones y estrés. Con base en las diferencias encontradas se recomienda en futuras investigaciones comparar la funcionalidad familiar de los adultos mayores que participan en grupos sociales o clubes en comparación con los que no lo hacen.

En relación con la calidad de vida se observó, que un poco más de la mitad de los adultos mayores estudiados perciben una aceptable calidad de vida, la puntuación media más alta se observó en la dimensión psíquica, con escasa diferencia de la mitad de ellos también perciben su estado de salud como aceptable, esto tiene similitud con lo encontrado por Flores et al. (2013), en población similar

de personas adultas mayores, lo que significa que en esta población es necesario determinar factores relacionados que expliquen la calidad de vida y avanzar en el diseño y aplicación de intervenciones que permitan un envejecimiento con calidad.

Finalmente, en respuesta al objetivo planteado, se observó que a mayor funcionalidad familiar mayor calidad de vida en la dimensión social y ambiental de la calidad de vida, datos congruentes con lo reportado en la literatura donde se afirma que las personas adultas mayores inmersas en un entorno familiar funcional fortalecen sus relaciones interpersonales, lo que finalmente impacta en su calidad de vida (Alfonso et al., 2016).

## Conclusiones

Se constató la relación entre la relación familiar y las dimensiones social y ambiental de la calidad de vida. No se encontró relación entre la función familiar y las dimensiones física y psíquica de la calidad de vida. Los profesionales de enfermería, para mejorar la calidad de vida social y ambiental de las personas adultas mayores, deben tomar en consideración el funcionamiento de la familia.

## Referencias

- Abrahante, I. C., Domínguez, M., Alfonso, L., y Sánchez, D. (2016). "Estado de salud y percepción de las relaciones familiares en adultos mayores". *Revista de ciencias médicas*. La Habana. 23, (1). <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/994/1394>
- Alfonso, L., Soto, D., y Santos, N. (2016). "Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores". *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1): 0-0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012)
- Duque, H., y Sierra, R. (2001). "Las relaciones humanas en la vida familiar". *Colombia*. 6, 7-9.
- Espín, A. M., Quintero, G., Bayarreb, H. (2001). "Construcción de un instrumento para medir la percepción de las relaciones familiares del anciano". *Estud. Interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre. 3, 55-69.
- Fairlie, A., y Frisancho, D. (1998). "Teoría de las interacciones familiares". *Revista de Investigación en Psicología*. 1 (2), 41-74.
- Flores, M. E., Troyo, R., Cruz, M., González, G., y Muñoz, A. (2013). "Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 22, (2), 179-192.
- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Martínez-Ponce, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G., y Durán-Badillo, T. (2018). "Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar". *Revista de*

- Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 26, (2), 81-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>
- García, A., Rabadán, J. A., y Sánchez, A. M. (2006). “Dependencia y vejez”. *Calidad de vida y cuidados prolongados en personas mayores. El papel de las familias*. 53-55.
- Grove, S. K., Gray, J. R., y Burns, N. (2016). “Introducción a la investigación cuantitativa”. *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica basada en la evidencia* (6ta. ed). Editorial Elsevier México, 33-34.
- Hernández, P. L., Domínguez, C. J., Duran-Badillo, T., Pacheco, L. A., Guevara, M. C., Cárdenas, V. M., y Hernández, P. L. (2016). “Diseños de Investigación”. *Protocolos de Investigación en Enfermería*. Manual Moderno, 77.
- Hernández, H. W. (2013). “Comportamiento de la violencia intrafamiliar”. *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). “Esperanza de vida”. [cuentame.inegi.org.mx/población/esperanza.aspx](http://cuentame.inegi.org.mx/población/esperanza.aspx).
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, México. (2009). 10-15.
- Martínez, R. M., Tuya, L. C., Martínez, M., Pérez, A., y Cánovas, A. M. (2009). “El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. La Habana”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 8 (2).
- Morales, E., Hernández, E., Del Río, Y., y Ortega, Y. (2015). “Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos”. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana. 21(2).
- Navarro, S. (2012). “Farmasalud.org”. *La relación familiar*. Official Website Health Outreach.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). “10 datos sobre el envejecimiento y la salud”. <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Secretaría de Salud. (1987). “Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud”. DOF 02-04-2014. 5-8.
- Serrano, J. A. (2013). “El papel de la familia en el envejecimiento activo”. *Informe The Family Watch*. España, 3.
- Skevington, S. M., Lofty, M., y O’Connell, K. A. (2004). “The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group”. *Quality of Life Research*. 13, 299-310.
- World Health Organization. (1998). “Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision. World Health Organization”. <http://www.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Zapata, B. L., Delgado-Villamizar, N. L., Cardona-Arango, D. (2011). “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia”. *Revista de Salud Pública*. 17 (6), 848-860.



## Funcionalidad física y calidad de vida de personas adultas mayores empacadoras

---

José Luis Nuncio Domínguez  
María Ascensión Tello García  
Diana María Pérez Aguirre  
Irving Arnoldo Viera Villanueva

### Introducción

La gestión del cuidado de enfermería y la seguridad del paciente, valoran los riesgos que se presentan en la población adulta mayor tratando de brindar un buen desempeño en la asistencia sanitaria. En las instituciones de salud hay comités para la gestión de la calidad de la atención y disminuir los riesgos tomando en cuenta los conocimientos que hay al respecto y los recursos disponibles (Roque, Guerra y Torres, 2018); la gestión en enfermería, es definida como la atención profesional que da la enfermería en la prestación de servicios de salud donde se establece una relación de ayuda con las personas dependientes del cuidado (Hernando-González, 2015) en búsqueda de una mejor calidad de vida (CV) de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la calidad de vida es: [...] la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Sánchez-Padilla et al., 2014, p. 339).

Debido al aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de fecundidad, las personas adultas mayores están aumentando vertiginosamente en casi todos los países, es por ello, que los profesionales de salud deben de atender a las demandas en salud de este grupo etario (Martínez-Pérez, González-Aragón, Castellón-León, y González-Aguiar, 2018).

La CV está relacionada con variables biológicas, psicológicas y sociales propias de la etapa de la vejez, en especial la capacidad funcional, la dificultad

para cuidarse de sí mismo y la situación de dependencia que les impide disfrutar de su vida social y familiar (Cardona-Arias et al., 2012). Martínez-Pérez et al. (2018) mencionan que el envejecimiento plantea un desafío de que los adultos mayores vivan más tiempo y que esta vida prolongada se viva con calidad a través de la gestión del cuidado de enfermería que brinde atención humanizada, se debe de trabajar por eliminar los estereotipos negativos en la sociedad.

La situación de las condiciones sociales y económicas en América latina y el Caribe denota que las personas adultas mayores vivan en condiciones de vulnerabilidad y se plantea en las agendas internacionales políticas focalizadas en la atención primaria a la salud con el fin de mejorar la calidad de vida y garantizar la protección en salud en esta etapa de la vida (Fajardo-Ramos, Córdoba-Andrade y Enciso-Luna, 2016).

La calidad de vida es una construcción que potencialmente puede transformarse en prácticas profesionales que van desde lo objetivo a lo subjetivo y se establece una arista para renovar la gestión del cuidado de enfermería orientado a la población más vulnerable desde una perspectiva individual, social y organizacional que garantice la atención integral.

El aumento en la esperanza de vida conlleva el deseo del bienestar y en muchos de los casos se llega a la vejez con enfermedades crónico-degenerativas y conforme avanza la edad la dependencia funcional se enfatiza, teniendo como consecuencias un impacto psicológico, social y del medio ambiente que los rodea (Cerquera-Córdoba, Uribe-Rodríguez, Matajira-Camacho y Delgado-Porras, 2017).

Es de gran importancia determinar la capacidad funcional física y mental de las personas adultas mayores para realizar las actividades cotidianas de manera autónoma. El envejecimiento conlleva desgastes e irregularidades, pérdidas y defectos que culminan en discapacidad de las personas ocasionando dependencia funcional (Cortés, Cardona y Garzón, 2012).

La disminución de la funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria puede afrontarse positivamente si la persona adulta mayor dispone de un contexto ambiental óptimo y seguro, entorno familiar funcional, recursos económicos y acceso a servicios de salud. Además, cuando las personas adultas mayores se perciben parte de una familia o grupo social general sensaciones de satisfacción y autonomía, con impacto en su sensación de autonomía o independencia (Cuadra-Peralta, Medina-Cáceres, y Salazar-Guerrero, 2016).

Por otra parte, el apoyo social positivo con redes sociales que permiten una interacción de la persona adulta mayor con su entorno, son un punto clave para lograr su bienestar y por lo tanto favorecer a una mejor calidad de vida. Este apoyo

puede ser material e instrumental, sin embargo, el emocional es trascendental en la realidad de vida de la persona. La gestión del apoyo con su red social y familiar en los espacios de la comunidad, redes sociales y relaciones interpersonales representan un gran sostén para sobrellevar los cambios que se presentan en la etapa de la vejez. El tener una escasez de apoyos va a repercutir en la percepción de salud y por lo tanto debe gestionarse de manera correcta el proceso salud-enfermedad (Rondón-García, Aguirre-Arizala y García-García, 2018).

El programa Empacadores Voluntarios Adultos Mayores generado en coordinación con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Puebla, Oaxaca, Veracruz, Chihuahua, Nuevo León y Coahuila, es un programa en el cual adultos mayores tienen el acceso a una cadena comercial para realizar labores de empacar productos y recibir remuneración económica variable, por otro lado se les brindan pláticas de promoción de la salud impartidas por la Secretaría de Salud (Mendoza-Leija et al., 2012). Respecto a la percepción del desempeño en el trabajo, se observaron 2 tipos de dimensiones (calidez y competencia) en cuanto a la evaluación de los AM que laboran, teniendo estereotipos acerca de capacidad funcional como el aprender habilidades nuevas y tener una mayor productividad de trabajo para lograr un buen desempeño cognitivo (Nazar y Figueroa, 2015).

La gestión del cuidado de enfermería de la persona adulta mayor es relevante por la pérdida de la independencia que presenta a medida que avanza en edad. El personal de enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería realiza un cuidado sistematizado y en sus manos están acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud (Coltters, Güell y Belmar, 2020).

Es importante conocer el desgaste funcional de las personas adultas mayores, ya que el buen funcionamiento de los procesos de habilidades le corresponde a funcionalidad, lo cual quiere decir que las capacidades físicas y cognitivas se enlazan con una buena calidad de vida (Cuadra, Medina y Salazar, 2016). La gestión del cuidado de enfermería debe ser brindada de una forma biológica, psicológica, social y espiritual, aplicando los conocimientos que sean orientados a mantener o recuperar el bienestar de las personas adultas mayores.

Para lograr la cobertura universal en salud se deben sumar esfuerzos para brindar servicios asequibles, acordes e integrales a las personas que requieren cuidado. La praxis de enfermería no solo consiste en cuidar, sino en la interacción persona-enfermera, esto implica recurrir a la reflexión, la integración de creencias y valores, la aplicación de conocimientos científicos, la organización de recursos, el juicio crítico y la evaluación de la calidad en las intervenciones. La enfermería se centra en la persona y en gestionar la atención primaria a la salud tratando de prevenir el deterioro funcional y optimizando la calidad de vida de los adultos

mayores (Ferreira-Umpiérrez y Galdames-Cabrera, 2017). Si un adulto mayor es evaluado en sus capacidades funcionales y en su calidad de vida, este logrará un envejecimiento exitoso debido a la atención brindada por los profesionales de enfermería que evitarán el declive funcional, las valoraciones se deben de realizar desde los grupos comunitarios donde asisten los adultos mayores.

Por lo anterior, para tener una adecuada calidad de vida es necesario conocer el deterioro de la capacidad funcional, lo que permite obtener datos que ayuden a la mejora de la atención a los adultos mayores que laboran informalmente como empacadores voluntarios, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la calidad de vida y la funcionalidad física de los adultos mayores empacadores de la ciudad de Saltillo, Coahuila? Los objetivos específicos son: conocer los datos sociodemográficos de los adultos mayores, identificar la capacidad funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, analizar la calidad de vida de los adultos mayores e identificar la correlación de las actividades básicas e instrumentales con la calidad de vida de los adultos mayores.

## Material y métodos

El diseño del presente estudio es descriptivo correlacional, la población seleccionada del programa *Empacadores Voluntarios Adultos Mayores* del DIF Coahuila, en la ciudad de Saltillo. En el presente estudio la variable independiente es la capacidad funcional y la dependiente es la calidad de vida. La población estuvo conformada por personas adultas mayores de 60 años del programa anteriormente mencionado, con una muestra de 121 AM, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Participaron hombres y mujeres mayores registrados y vigentes en el programa *Empacadores Voluntarios Adultos Mayores* del DIF Coahuila, en Saltillo, de todas las escolaridades incluyendo analfabetas, ya que los instrumentos de medición se aplicaron por medio de entrevistas. Los AM participantes debieron encontrarse en el momento con tratamiento y control de las enfermedades actuales que padecen al momento de realizar la prueba. Los criterios de exclusión fueron: AM que no se encuentran vigentes en el programa, con problemas de deterioro cognitivo grave, se realizó un cribaje con el instrumento *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer para determinar el deterioro cognitivo, obteniendo deterioro cognitivo leve o moderado, por lo que no se eliminó ningún participante.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, por lo que en todo momento se cuidó la integridad física y emocional de los sujetos de estudio, a los adultos mayores se les entregó el consentimiento informado por escrito, mencionando el objetivo

del estudio y su aprobación para participar en la presente investigación firmando ellos y el responsable del programa de empacadores del DIF Saltillo, el 5.8% de los adultos mayores no saben leer ni escribir, a este grupo se les leyó el consentimiento informado y se les pidió que pusieran su huella para autorizar el consentimiento.

Se utilizó el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SMPMSQ) de Pfeiffer, para la selección de la muestra, se aplicó la prueba en su adaptación y validación al castellano, para detectar deterioro del estado mental; consta de 10 preguntas y evalúan la memoria remota, conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática. Se considera de 0-2 errores funcionamiento intelectual normal; de 3 a 7 errores deficitario y de 8 a 10 déficit intelectual grave (de la Iglesia, et al., 2001). Se obtuvo un Alfa de Cronbach de .760 en el presente estudio.

El Índice de Barthel, se trata de un cuestionario con 10 ítems tipo Likert que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Mahoney y Barthel, 1965). Está integrado por la autonomía de Comer, Lavarse-bañarse, Vestirse, Arreglarse, Deposición, Micción, Ir al retrete, Trasladarse sillón/cama, Deambulación y Subir y bajar escaleras. Estos tienen diferentes puntuaciones teniendo un rango de 5 puntos, los cuales se establecen de la siguiente manera: 0 (dependiente) y 5 (independiente en el ítem de “Lavarse-bañarse” y “Arreglarse”; 10 (independiente), 5 (necesita ayuda) y 0 (dependiente en los ítems de “Comer”, “Vestirse”, “Deposición”, “Micción”, “Ir al retrete” y “Subir y bajar escaleras: 15 (independiente), 10 (mínima ayuda), 5 (gran ayuda) y 0 (dependiente) en los ítems de “Trasladarse de sillón/cama” y “Deambulación”.

El rango de posibles valores de la suma de puntas en el índice de Barthel está entre 0 y 100, a menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. (Cid-Ruzafa, y Damián-Moreno, 1997), se obtuvo un Alfa de Cronbach de .860.

Escala de Lawton y Brady (1969), consta en valorar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) cuenta con 8 ítems que describen la capacidad para usar el teléfono, para realizar compras, preparar la comida, el cuidado de la casa, lavado de ropa, el uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y el manejo de asuntos económicos. Cada uno de estos apartados tiene opciones en las cuales se evalúa con cero lo que significa dependencia en la actividad a realizar y uno que significa la independencia. Este instrumento se valora de acuerdo a rangos, en el cual, a mayor puntaje obtenido, mayor la independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. 0 a 1 se considera dependencia total, de 3 a 4 dependencia moderada, de 5 a 6 independencias con asistencia y de 7 a 8 independencia total (Vergara et al., 2012), obteniendo un Alfa de Cronbach de .745.

Para medir la Calidad de Vida se utilizó el WHOQOL-BREF (WHOQOL-Group, 1998), el cuestionario de Calidad de Vida de la OMS en su versión de la adaptación transcultural y española abreviada (con escala análoga para analfabetas). Evalúa la percepción de la CV en cuatro dominios: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. Está conformado por dos apartados que en conjunto suman 26 reactivos en forma tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. Las dos primeras preguntas corresponden a la calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general con puntuación de 1 a 5. Las puntuaciones crudas de los 4 dominios se ponderan en una escala de 0 a 100. Se califica el instrumento para catalogar CV considerando el puntaje crudo por área y global de la siguiente manera: Método para la conversión de puntajes crudos a puntajes transformados; de acuerdo al instructivo estandarizado por el grupo WHOQOL a nivel internacional (Skevington, Lotfy, y O'Connell, 2004), se obtuvo una fiabilidad de  $\alpha$  .865.

Para la realización investigación se obtuvo la autorización al Departamento de Investigación y comité de Ética de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, así también como al jefe de departamento de Adultos Mayores y responsable del Programa Empacadores Voluntarios Adultos Mayores anexando a las autoridades correspondientes del DIF Coahuila.

Las mediciones se realizaron en el auditorio del DIF Coahuila, el cual se acondicionó para dichos instrumentos. Primero se les leía el consentimiento informado y se procedía a realizar el cuestionario de Pfeiffer, la encuesta de los datos sociodemográficos, la escala de Lawton y Brody, la escala de Barthel, y CV.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico para ciencias sociales *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23, se obtuvieron medidas de tendencia central, para dar respuesta a la pregunta de investigación se utilizó estadística inferencial de correlación Rho de Spearman.

## Resultados

En las variables sociodemográficas (Tabla 1) se obtuvo que el 59.5% ( $f=72$ ) de los encuestados fueron hombres y el 40.5% ( $f=49$ ) mujeres, el 63.6% ( $f=77$ ). En cuanto al estado civil, el 63.6% ( $f=77$ ) reportaron estar casados(as) actualmente y el 19% ( $f=23$ ) indicaron ser viudos(as). Entre los datos más significativos en el nivel de escolaridad se encontró que el 5.8% ( $f=7$ ) no sabe leer ni escribir, el 48.7% ( $f=59$ ) han cursado la primaria, 28.1% ( $f=34$ ) cuentan con la secundaria completa y el 12.4% ( $f=14$ ) tienen estudios de bachillerato, técnicos y profesionales.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de los Adultos Mayores Empacadores de la ciudad de Saltillo, Coahuila

	<i>f.</i>	%
Sexo		
Masculino	72	59.5
Femenino	49	40.5
Estado civil		
Casado	77	63.6
Divorciado	6	5.0
Viudo	23	19
Otro	16	12.4
Escolaridad		
Ninguno	7	5.8
Sabe leer y escribir	4	3.3
Primaria incompleta	28	23.1
Primaria completa	31	25.6
Secundaria	34	28.1
Bachillerato/Técnico	9	7.4
Profesional	6	5.0
Otra	2	1.7

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

Tabla 2. Funcionamiento Intelectual, Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria de Adultos Mayores Empacadores de la ciudad de Saltillo, Coahuila

Funcionamiento intelectual	<i>f</i>	%
Moderada	1	.8
Deficiente leve	31	25.6
Normal	89	73.6
ABVD		
Dependencia moderada	4	3.3
Dependencia escasa	5	4.1
Independencia	112	92.6
AIVD		
Dependencia moderada	3	2.5
Dependencia leve	20	16.5
Independencia	98	81.0

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

El funcionamiento intelectual (tabla 2) de los adultos mayores es normal en el 73.6%, en el nivel de independencia (ABVD), el 81% ( $f=98$ ) resultó ser independiente, sin embargo, las actividades instrumentales muestran ya dependencia leve (16.5%) y moderada (2.5%), y el 81% es independiente.

Los adultos mayores califican su calidad de vida como normal en el 62%, el 2.5% refieren tener poca calidad de vida, en cuanto a la satisfacción de la salud la consideran como normal en 49.6%, el 7.4% se encuentran insatisfechos(as) con su estado de salud.

En la Tabla 3 se muestra los dominios de calidad de vida de los AM y se observa que el dominio más alto fue salud física (66.06) la OMS refiere que las puntuaciones promedio mayores a 50 son aceptables para cada dominio.

Tabla 3. Puntajes promedios de la calidad de vida por dominios de adultos mayores empacadores de la ciudad de Saltillo, Coahuila

Dominio	$\bar{X}$	DE.	Min	Máx
Salud física	66.06	11.65	38.00	100.00
Aspectos psicológicos	65.91	13.58	25.00	100.00
Relaciones sociales	55.72	17.88	19.00	100.00
Medio ambiente	55.33	10.37	31.00	94.00

Nota:  $\bar{X}$ = media, DE.= Desviación estándar, Min= Valor Mínimo, Máx= valor Máximo.

Tabla 4. Correlación Rho de Spearman de la edad, calidad de vida, independencia cognitiva, funcional y actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores

Variable	1	2	3	4	5
1. Edad	1.000				
2. Calidad de vida	-.209*	1.000			
3. Pfeiffer	.178	-.111	1.000		
4. ABVD	-.246**	.046	-.188*	1.000	
5. AIVD	-.227*	.260**	-.241**	.014	1.000
	.012	.004	.008	.875	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

La Tabla 4 muestra relación de la edad con las actividades básicas de la vida diaria ( $r_s = -.246$   $p = .00$ ) y con la calidad de vida ( $r_s = -.209$   $p = .02$ ) y la calidad de vida con las actividades instrumentales de la vida diaria ( $r_s = .260$   $p = .00$ ).

## Discusión

Las variables sociodemográficas muestran un predominio femenino con el 63.6%, en el 2015 la población adulta mayor femenina representaba el 10.9% en comparación con el 9.9% masculina, se estima que las mujeres adultas mayores de 60 años para el 2030 representará el 15.8% de la población total femenina. Concerniente al nivel de escolaridad de los participantes la mayoría cuentan con primaria completa, según los registros del Censo de Población y Vivienda de 2010 señalan que en México el 28.7% de las mujeres y el 19.9% de los hombres adultos mayores no cuentan con estudios de educación básica, para la encuesta intercensal de 2015 el 22.8% de la población adulta mayor (19.8% hombres, 25.5% mujeres) se encuentran sin escolaridad (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015).

El funcionamiento de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores se presenta independiente en el 81%. Herazo-Beltrán et al. (2017) mencionan que existe mayor independencia funcional en personas de la comunidad, sin embargo, refieren que las capacidades físicas involucionan conforme avanza la edad, datos similares a lo encontrado en el presente estudio, a medida que la edad avanza aumenta el deterioro funcional físico; Paredes-Arturo et al. (2018) mencionan que el proceso del envejecimiento se ve afectado por múltiples factores lo que conlleva que el AM pierda paulatinamente su nivel de independencia, lo cual impacta su calidad de vida y el contexto donde interactúa. Cerquera-Córdoba et al. (2017) mencionan que el estado de dependencia funcional puede ser un desencadenante de alguna enfermedad, dolor permanente o un proceso degenerativo y de ser prolongado produce en el organismo una serie de alteraciones del funcionamiento normal y por ende la incapacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas.

En función de las AIVD se encontró que los adultos mayores presentan independencia funcional por lo que las actividades instrumentales aún pueden realizarlas cotidianamente, en contraste con los resultados de Villarroel-Vargas et al. (2017) mencionando en su estudio que las personas adultas mayores necesitan mucha ayuda para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria debido a las características sociodemográficas ya que el 38.6% de su población no presenta actividades laborales en discordancia con los AM empacadores quienes presentan independencia en el 81% cifras similares a lo reportado por Paredes et al. (2018) con 73.9%, según la distribución porcentual de la población de 60 años y más, en

México el 72.4% y en Coahuila el 76.9% de los AM se encuentran económicamente activos.

El puntaje promedio de los dominios de la calidad de vida de los adultos mayores fue en la salud física, y el menor promedio fue el de medio ambiente; Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2018) reportaron en su estudio que la mitad de su población presenta buena calidad de vida, resaltando que el apoyo familiar ayuda a que los adultos mayores perciban mejor calidad de vida; Cruz-León et al. (2019), mencionan que la buena calidad de vida se incrementa en la medida en que un adulto mayor lleva un mejor manejo de las enfermedades y cuando se ve afectada la función física, su percepción de calidad de vida disminuye.

Flores-Herrera et al. (2019) reportaron una menor calidad de vida en las cuatro dimensiones, explicando que las características de las viviendas, la escolaridad y el estado de salud de los adultos mayores provocan que perciban menor calidad de vida. Hernández-Huayta et al. (2016) alude que los problemas sociales y estresores del medio ambiente modifican la calidad de vida de los adultos mayores, no obstante, la salud física que preservan los adultos mayores aumenta la percepción de su calidad de vida. Uno de los factores que se debe de tener en cuenta, menciona Silva Fhon et al. (2018), es que no disminuya su salud física ya que la alteración en su capacidad física aumenta la fragilidad en los adultos mayores y disminuye su calidad de vida.

El 62% de los AM perciben la calidad de vida como normal y la satisfacción con la salud es normal en el 49.6%; Flores-Herrera et al. (2018) menciona que el contexto en el que se desenvuelven los adultos mayores es elemental para la construcción de la percepción sobre su calidad de vida, de tal forma que si un adulto mayor cuenta con un entorno óptimo para realizar adecuadamente sus actividades, tendrá mejores percepciones de la calidad de vida, por el contrario si las condiciones son de precariedad, la calidad de vida se encontrará en bajas percepciones, los entornos familiares y del medio en el que se desenvuelven, además de variables como las condiciones económicas y el apoyo familiar. Torres et al. (2008) y García-González y Froment (2018) reportan que los adultos mayores presentan satisfacción normal sobre su estado de salud, datos que se asemejan a lo reportado por el presente estudio, las personas adultas mayores cuentan en su mayoría con al menos una enfermedad crónica lo que conlleva a cambios orgánicos y funcionales que ocasionan que cada adulto mayor presente una percepción “normal” ya que forman parte de su vida en su estado de salud.

La calidad de vida de los adultos mayores con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se encuentran estrechamente relacionadas, cuando se pierden las capacidades funcionales e instrumentales de la vida diaria, se afecta

la calidad de vida, estas condiciones repercuten en la vida cotidiana, las personas adultas mayores van perdiendo su independencia lo que conlleva a la depresión y aumenta la fragilidad.

En el presente estudio se encontró una relación entre la calidad de vida y las actividades instrumentales de la vida diaria; García-González y Froment, (2018) reportan que los adultos mayores con actividades físicas favorables tienen un mejor autoconcepto de calidad de vida en comparación con los que presentan una dependencia funcional. Muñoz et al. (2015) y Martín-Aranda (2018) muestran datos similares al reportar que la independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria favorece una mejor calidad de vida, los adultos mayores al sentirse con independencia funcional logran mejorar su bienestar psicológico y social que les permiten vivir un envejecimiento saludable e integral.

## Conclusiones

El nivel de independencia en las actividades básicas se encuentra en condiciones adecuadas, las actividades instrumentales muestran ya dependencia leve y moderada, las personas adultas mayores llegan a una etapa donde las actividades instrumentales de la vida diaria ya comienzan con el declive funcional lo que les permite a los profesionales de enfermería gestionar el cuidado adecuado para prolongar la independencia funcional. La calidad de vida de las personas adultas mayores muestra una media superior en la salud física y en aspectos psicológicos el mantenerse en un trabajo informal aumenta el nivel de estas dimensiones en su vida cotidiana y permea en sus condiciones de vida.

## Bibliografía

- Cardona-Arias, J., Álvarez-Mendieta, M. I. y Pastrana-Restrepo, E. (2014). “Calidad de vida relacionada con la salud en AM de hogares geriátricos”. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155.
- Cerquera-Córdoba, A. M., Uribe-Rodríguez, A. F., Matajira-Camacho, Y. J. y Delgado-Porras, M. P. (2017). “Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor”. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 215-227. <https://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.06>
- Cid-Ruzafa, J., y Damian-Moreno, J. (1997). “Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel”. *Rev. Esp. Salud Pública* [en línea]. 1997, vol.71, n.2, pp.127-137. ISSN 2173-9110.
- Coltters, C., Güell, M., y Belmar, A. (2020). “Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizada”. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65-75.

- Consejo Nacional de Población. (2015). “Indicadores sociodemográficos de la población de 60 años y más. Encuesta Intercensal 2015”. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/envejecimiento-demografico> [30 de enero de 2020].
- Cortez-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, A., y Garzón-Duque, M. (2012). “Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del Adulto Mayor”. Antioquia, Colombia, 2012. *Revista de salud pública*, 18, 167-178.
- Cruz-León, A., Guzmán-Priego C. G., Arriaga-Zamora, R. M., Colorado-Fajardo, M., Morales-Ramón, F. y et al. (2019). “Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México”. *Aten. Fam*, 26(1):23-27. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67713>
- Cuadra Peralta, A., Medina Caceres, E., & Zalazar Guerrero, K. (2016). *Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud fisicomental con calidad de vida en AM de la ciudad de Arica*. Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología, 11(35), 56-67.
- De la Iglesia, J. M., Dueñas-Herrero, R., Vilchesa, M. C. O., Taberné, C. A., Colomer, C. A., y Luque, R. L. (2001). “Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años”. *Medicina clínica*, 117(4), 129-134.
- Fajardo-Ramos, E., Córdoba-Andrade, L. y Enciso-Luna, J. E. (2016). “Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo”. *Comunidad y Salud*, 14(2), 33-41.
- Ferreira-Umpiérrez, A., y Galdames-Cabrera, L. (2017). “Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud”. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 190-198. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192017000100020&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100020&lng=es&tlng=es) [24 de mayo de 2020]
- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G., y Durán-Badillo, T. (2018). “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar”. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-88.
- García-González, A. J. y Froment, F. (2018). “Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores”. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (33), 3-9.
- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., y Suárez-Palacio, D. (2017). “Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados”. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 12 - N° 5, 2017.

- Hernández-Huayta, J., Chávez-Meneses, S., y Carreazo, N. Y. (2016). "Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 680-688.
- Hernando-González, A. C. (2015). "La gestión del cuidado". *Revista Enfermería C y L*, 7(2), 61-68.
- INEGI-INMUJERES. "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011. Base de datos ajustada a las Proyecciones de la Población de México 2010-2050", actualizadas por CONAPO en abril de 2013.
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9(3),179-186.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md Med J*, 14: 61-65.
- Martín-Aranda, R. (2018). "Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa". *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.
- Martínez-Pérez, T., González-Aragón, C., Castellón-León, G. y González-Aguiar, B. (2018). "El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?" *Revista Finlay*, 8(1), 59-65. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&tlng=es) [24 de mayo de 2020]
- Mendoza-Leija, A., Delabra-Salinas, M. M., Carrillo-Cervantes, A. L., Magallanes-Monreal, M. A., y Cruz-Quevedo, J. E. (2012). *Capacidades cognitivas funcionales y físicas del AM empacador*. Universidad Autónoma de Coahuila [Tesis de grado de Maestría en Enfermería con acentuación en la atención al adulto mayor].
- Muñoz, A. M., Barón, C. M., López, C. K., Orozco, O. S. & Naranjo, B. D. (2015) Proceso de atención de enfermería en el fomento de actividad física de adultos mayores institucionalizados. *Revista cultura del ciudadano*. 2015; 12(1): 1794-5232.
- Nazar, G., y Figueroa, C. (2015). "Creencias estereotípicas sobre el desempeño laboral de trabajadores en Chile". *Rev. psicoperspectivas individuo y sociedad*, 4(1):114-125
- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., y Aguirre-Acevedo, D. C. (2018) "Funcionalidad factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia". *RevCienc Salud*, 16(1):114-128. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Pfeiffer, E. (1975). "A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients". *J.Am.Geriatr.Soc.* 23(10):433-41.
- Rondón-García, L. M., Aguirre-Arizala, B. A. y García-García, F. J. (2018). "El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 53(5), 268-273.

- Roque-González, R., Guerra-Bretaña, R. M., y Torres-Peña, R. (2018). “Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324.
- Sánchez-Padilla, L. M., González-Pérez, U., Alerim-González, A., y Bacallao-Gallestey, J. (2014). “Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el Adulto Mayor”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349.
- Silva-Fhon, J. R., de Farias-Pontes, M. L., Oliveira-Silva, A., Jos- Haas, V., y Ferreira-Santos, J. L. (2018). “Síndrome de la fragilidad en el adulto mayor y sus factores asociados: comparación de dos ciudades”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 26 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., y O'Connell, K. A. (2004). “WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group”. *Qual Life Res.*, 13(2): 299-310.
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R. y Ducci, M. E. (2008). “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas”. *RevMed Chile*, 136, 326-9. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007)
- Valdez-Huirache, M. G., y Álvarez-Bocanegra, C. (2018). “Qualidade de vida e apoio familiar em idosos atribuídos a uma unidade de medicina familiar”. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-21. <https://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García-Gutiérrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. M. (2012). “Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people”. *Health Qual. Life Outcomes*, 10, 1-7.
- Villarreal-Vargas, J. F., Cárdenas-Naranjo, V. H., y Miranda-Vázquez, J. M. (2017). “Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar”. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(1), 14-17.
- WHOQOL-Group. (1998). “Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group”. *PsycholMed.*, 28(3): 551-8.

## Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en su contexto familiar

---

Xóchitl Pérez Zúñiga  
Juana María Ruiz Cerino  
Martha Elba Salazar Barajas  
Gustavo Gutiérrez Sánchez

### Introducción

El envejecimiento poblacional puede estimar un triunfo de las habilidades de salud pública y el progreso social y económico, pero también un reto para la población, que debe adaptarse a ello para optimizar al máximo la salud y la funcionalidad de las personas adultas mayores, así como su contribución social y protección (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

La Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor; el envejecimiento se refiere a los desafíos que el cuerpo humano afronta a lo largo de su vida y que propicia una transformación gradual y adaptativa inherentes a la edad y dentro de un ambiente determinado (Instituto Nacional de Geriátrica [ING], 2017).

Los signos que se presentan en el envejecimiento son diferentes en cada grupo: La edad física, clase social, género, costumbres, tradiciones, actividades de distracción y relajación, tipo de gastronomía, ingreso económico, y algunos cambios psicológicos como la angustia, el miedo, la impotencia, tristeza, desesperanza, la soledad, aislamiento; cada adulto mayor obtiene el significado de la vejez, según su historia, su cultura y su organización social (Gobierno de México e Instituto Nacional de las Mujeres, s.f.).

El apoyo social ayuda a mejorar su calidad de vida conforme pasan los años en el adulto mayor. La satisfacción con la vida refleja el bienestar, disminución o ausencia de trastornos de ansiedad, depresión, enfermedad crónica; así, desempeñar sus actividades diarias contribuye a su desarrollo humano (Alfonso, Soto y Santos, 2016).

El apoyo social para personas mayores representa un aspecto importante en el bienestar, dado que a través de él pueden recibir los siguientes beneficios: continuar participando en la transformación de la sociedad y manteniendo sentido de pertenencia; las personas mayores se sepan integradas, valoradas, cuidadas y estimadas, disminuye el riesgo de malos ratos, el afecto, compañía, apoyo recíproco y fortalecimiento de la autoestima (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2020).

Identificar a tiempo si existen riesgos biopsicosociales en los adultos mayores y cómo disminuirlos es de suma importancia para la disciplina de enfermería; la cercanía que el personal de enfermería tiene con el usuario dentro de la comunidad, le permite identificar y mejorar la calidad de vida de los adultos. El envejecimiento es normal, inevitable e irreversible a largo y corto plazo, que conlleva una cuestión deseable de vivir muchos años con una capacidad funcional y una calidad de vida digna.

### **Objetivo general**

Determinar la calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores que viven en su contexto familiar del centro comunitario “Aeropuerto” de la Ciudad de Matamoros, Tamaulipas.

### **Metodología**

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión. Se incluye, además, la descripción de la cédula de registro, instrumentos y pruebas utilizadas, finalmente, en el procedimiento de recolección de los datos, plan de análisis de resultados y las consideraciones éticas.

#### *Diseño del estudio*

Se realizó un estudio de tipo descriptivo (Polit y Hungler, 2000, p. 190) cuyo objetivo fue observar, describir y documentar, así como entender las relaciones entre las variables de forma natural. En este caso, se escribieron, documentaron y exploraron las relaciones entre el apoyo social y calidad de vida en adultos mayores.

#### *Población, muestreo y muestra*

La población fuente de este estudio estuvo conformada por 80 adultos mayores del centro comunitario “Aeropuerto” de la Ciudad de Matamoros, Tamaulipas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se abordó al adulto mayor que acudiera a consultar en el horario de 8-14 horas. El tamaño de la muestra se estimó a través del paquete nQueryAdvisor 4. 0 en 80 adultos mayores.

### *Instrumento*

En un primer apartado se preguntó la edad, género, estado marital y escolaridad, de lo contrario, si sabe leer o escribir, se incluyó también en un segundo punto el estado de salud percibido que se calificó con una sola pregunta, ¿cómo percibe usted su salud? Esta pregunta tuvo una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 4 donde 1 = excelente, 2= buena, 3= regular, 4= mala. Así, a menor puntaje, mejor estado de salud percibido.

Para medir el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 *Functional Support Questionnaire* (Cuellar-Flores y Dresch, 2012, p. 93). Este “incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial, por el cual, las personas pueden recibir información, consejo o guía, o cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas”; con 5 preguntas (2, 3, 5, 9, y 11), con puntuaciones mínimas y máximas que oscilan entre 5 y 25, el apoyo social afectivo, que puede manifestarse en expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo, cuenta con seis preguntas (1, 4, 6, 7, 8 y 10); las puntuaciones mínimas máximas oscilan entre 6 y 30, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y confidencialidad un mínimo de 15 puntos, los puntajes se transforman a índice de 0 a 100 puntos.

Los resultados del análisis de discriminación de las preguntas con base en la prueba t de Student de comparación de medias que todas las preguntas obtuvieron de  $p = .000$ ; el análisis factorial exploratorio dio lugar a un único factor con valor propio de 6.48, que por sí solo explicó 58.6 % de la varianza total, mientras que el Alfa de Cronbach alcanzó un valor total de 0.90, para la subescala de apoyo confidencial de 0.88, y el del apoyo afectivo, de 0.79 (Cuellar-Flores y Dresch, 2012). Consta de 11 preguntas con formato de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto como deseo/quiero).

Para medir la calidad de vida de la población se utilizó un cuestionario elaborado a través de la técnica de redes semánticas para determinar las diferentes definidoras, cada una de las dimensiones de vida, que consta de 37 preguntas, la consistencia interna del cuestionario presentó alfa de Cronbach de 0.88 (Espinoza, Osorio, Torrejon, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011). Con respuestas tipo Likert: una destinada a medir la importancia que le da el sujeto a las definidoras que se presentan y la segunda enfocada a la satisfacción para cada una de las definidoras; las opciones de respuesta son: Muy importante, importante, neutro, poco importante, nada importante no aplica; y la satisfacción, las cuales van de muy satisfecho, satisfecho, neutro, poco importante, nada importante no aplica, la opción de NA (no aplica) se incluyó para aquellos casos en los que no tuviera experiencia sobre la dimensión correspondiente (ejemplo, familia, trabajo, etcétera).

## Resultados

Los resultados obtenidos sobre el estudio de calidad de vida y el apoyo social del adulto mayor se presentan a continuación, la prueba de Kolmogorov - Smirnov con corrección de Lilliefors mostró que las distribuciones de las variables no siguieron distribución normal.

Tabla 1. Distribuciones de las variables

Variable	Media	DE	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo	K-S	Valor de p
Edad	70.32	6.55	70.00	60	85	.120	.007
Escolaridad	1.85	.597	2.00	1	12	.337	.001
Apoyo social	73.32	19.86	77.27	14	100	.113	.001
Calidad de vida	83.98	12.06	86.11	14	100	.119	.001

Nota: K-S = Kolmogorov-Smirnov.  $n=80$

La edad de los participantes se encuentra entre 60-70 años ( $f=24$ ), el 68.7% ( $f=55$ ) correspondió al género mujer, el 71.3% ( $f=57$ ) es casado, el 62.5% cuenta con la secundaria terminada, ningún participante reportó tener estudios profesionales. La percepción de salud mayormente reportada fue como excelente y buena 75% ( $f=60$ ) y regular y mala 25% ( $f=20$ ).

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la variable *apoyo social confidencial*

Variable	3		4		5		Total
	f	%	f	%	f	%	
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	29	36.2	28	35	23	28.8	100%
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	28	35	29	36.2	23	28.8	100%
Recibo amor y afecto	10	12.4	25	31.3	45	56.3	100%
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	24	30	18	22.5	0	0	52.5%
Recibo ayuda cuando estoy enfermo	0	0	41	51.2	39	48.8	100%
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento	7	8.8	35	43.2	38	47.5	100%

Nota: 3= Ni mucho ni poco, 4= casi como deseo, 5= Tanto como deseo  $n=80$

La distribución de frecuencias de apoyo social confidencial en la Tabla 2, los resultados se presentan a partir del puntaje 3, 4, 5, ya que el puntaje 1 y 2 no obtuvieron respuestas. La respuesta “Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas” fue la de menor frecuencia.

Del apoyo social afectivo, se presentan las frecuencias y porcentajes en la Tabla 3, en la cual “Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa” reporta menor porcentaje de respuestas.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la variable apoyo social afectivo

Variable	3		4		5		Total
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Recibo visitas de mis amigos y familiares	0	0	35	43.8	45	56.2	100%
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	15	18.7	41	51.3	22	27.5	97.5%
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	17	21.3	19	23.8	0	0	45.1%
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	9	11.3	38	47.5	33	41.3	100%
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	28	35	42	52.5	8	10	87.5%

Nota: Nota: 3= Ni mucho ni poco, 4= casi como deseo, 5= Tanto como deseo  $n=8$

La calidad de vida incluye la importancia y la satisfacción. En la Tabla 4, solo se reportan las opciones de respuesta muy importante y satisfecha, en ella resalta el mayor porcentaje de respuestas dimensión de vida satisfacción que importancia.

Para responder al objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores, se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman, (5), en el que se observa que la calidad de vida se relaciona con el apoyo social afectivo ( $r_s = .426, p < .001$ ) y de confianza ( $r_s = .374, p < .001$ ). Es decir: a mayor calidad de vida se percibe más apoyo social en cualquiera de sus dimensiones.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la variable: Calidad de vida-importancia y satisfacción

Variables	Muy importante		Muy satisfecho	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Que mi familia se apoye mutuamente			61	76.1
2. Buen ambiente en mi familia	71	88.8		
3. Buena comunicación en mi familia	72	90.0		
4. Amor en mi familia	72	90.0		
5. Apoyo con mi familia cercana	70	87.5		
6. Buena relación con mi familia cercana	71	88.8		
7. Dinero disponible			71	88.8
8. El apoyo que me da el dinero				
9. El desarrollo que obtengo en mi trabajo			60	75.0
10. Disponer de tiempo para mí mismo			69	86.3
11. Emplear tiempo en reflexionar			69	86.3
12. Emplear tiempo en relajarme			66	82.5
13. Tener una buena vida interior			44	55.0
14. Tener una vida interior equilibrada			63	78.8
15. Una vida interior sana			66	82.5
16. Una vida interior tranquila			45	56.3
17. Divertirse durante las vacaciones			61	76.3
18. Relajarse durante las vacaciones			66	82.5
19. Comodidad que da el dinero				
20. Estabilidad que da el dinero	72	90.0		
21. Las cosas que puedo comprar con dinero			42	52.5
22. El trabajo que realizo			61	76.3
23. El dinero que gano por mi trabajo			66	82.5
24. La cantidad de esfuerzo que realizo en mi trabajo			43	53.8
25. Descansar durante las vacaciones			42	52.5
26. Mi desarrollo personal			61	76.3
27. El apoyo de mis amigos cercanos			66	82.5
28. La confianza con amigos cercanos			61	76.3
29. Mis amigos cercanos sean sinceros			66	82.5
30. Que exista amor con mi pareja			71	88.8
31. Que exista comprensión con mi pareja			61	76.3
32. Que exista apoyo con mi pareja			61	76.3

Variables	Muy importante		Muy satisfecho	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
33. Mi vida espiritual			66	82.5
34. La tranquilidad de mi vida espiritual			42	63.8
35. Un hogar con todos los bienes necesarios			61	76.3
36. La comodidad que da el hogar			66	82.5
37. La seguridad que da el hogar			47	58.8

Nota: Calidad de vida  $n=80$

## Discusión

La mayoría de los participantes de este estudio era del género femenino, con una distribución acorde con las estadísticas que el INAPAM (2015), que refleja que existe mayor número de mujeres en la edad de adultos mayores en correlación de los hombres. La edad predominante en este estudio fue de 70 años.

Más de la mitad de las personas adultas reportaron tener pareja e hijos y coincidieron en que recibir visitas de los amigos y familiares es lo más deseado para ellos, y asimismo reportaron por lo menos vivir con alguien, estos “datos permiten inferir que las personas adultas mayores viven en compañía de sus familiares, lo cual puede tener un papel relevante para su bienestar físico y emocional” (Gobierno de la República de México y Instituto Nacional de las Mujeres, s.f.).

El pasatiempo favorito reportado por los participantes fue caminar, escuchar radio y ver televisión se asoció con una mejor salud. El apoyo social fue alta, porque los adultos mayores atesoran un valor característico y el fortalecimiento del vínculo de la familia en los adultos mayores por medio de la experiencia, sabiduría, participando en actividades de la vida diaria y reconociendo su entrega a dichas actividades, generando y reconociendo sus propias recursos (Zapata-López, Delgado-Villamizar y Cardona-Arango, 2015).

Más de tres cuartos de los participantes reportaron estar satisfechos con su calidad de vida, con esto se expone que la familia es vital en el apoyo para este grupo, el recibir amor y afecto fue reportado por más de la mitad, la calidad de vida es favorable para este estudio, ya que prevaleció la categoría alta.

## Conclusiones

En este trabajo se puede concluir que la percepción de apoyo social fue alta y es fundamental en la vida de los adultos mayores, esto garantiza primordialmente que el apoyo familiar impacta en la calidad de vida de los adultos mayores, puesto

que los individuos forman parte de una comunidad y necesitan del apoyo de otras personas en diferentes situaciones durante la vida.

## Referencias

- Alfonso-Figueroa, L., Soto-Carballo, D., y Santos-Fernández, N. A. (2016). “Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores”. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&tlng=es).
- Cuéllar-Flores, I., y Dresch, V. (2012). “Validación of the Duke-UNK-11 social support questionnaire in care givers”. *RIDEP*, 1(34), 89-101.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). “Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos”. *Rev Med Chile*. 139: 579-586.
- Gobierno de México e Instituto Nacional de las Mujeres. (s.f.). *Situación de las personas adultas mayores en México*. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
- Instituto Nacional de Geriátría. (2017). “Envejecimiento”. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). “Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores”. <https://www.gob.mx/INAPAM/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>
- \_\_\_\_\_. Dirección de Atención Geriátrica. (2015). *Perfil demográfico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. <http://www.INAPAM.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Envejecimiento*. <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Polit, D. F., y Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en las ciencias de la salud*. McGraw-Hill Interamericana
- Zapata-López, B. I., Delgado-Villamizar, N-L., y Cardona-Arango, D. (2015). “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011”. *Revista Salud Pública*. 17 (6), 848-860.

## Función sensorial y calidad de vida en adultos mayores del noreste de México

---

Tirso Durán Badillo

Rosa María Martínez Ruvalcaba

Vanessa López Delgado

Martha Elba Salazar Barajas

### Introducción

A nivel mundial la población se encuentra en constante envejecimiento, las predicciones poblacionales indican que para el 2050 la población adulta mayor será de aproximadamente el 22% con respecto a la población total (OMS, 2017). El incremento en la población adulta mayor es un importante logro de la humanidad, sin embargo, vivir más no es un indicador de vivir mejor. Con el envejecimiento se presentan diversos cambios que afectan la calidad de vida, como las alteraciones en la función sensorial.

La función sensorial se define como la capacidad de la persona para la recepción e interpretación de estímulos del exterior a través de los órganos sensoriales, clasificados en internos y externos; los órganos internos que participan en los sentidos permiten identificar las necesidades del organismo, mientras que los órganos externos clasificados en somáticos y especiales se encargan de captar la temperatura, presión, olfato, gusto y tacto (Roman y Aragón, 2012).

Algunos autores plantean que con el envejecimiento se alteran los sentidos, el sabor salado y amargo se identifican con mayor dificultad y algunos olores no se pueden percibir o reconocer, respecto a la función sensorial, la disminución de los receptores ocasionan dificultades en el sentido del tacto (Eliopoulos, 2014; Stanley, Blair y Beare, 2009).

Se hizo una revisión de la literatura y se identificó que la función sensorial incluye variables que han sido poco estudiadas, sobre todo el gusto y olfato. No se encontraron estudios relacionados en los que se aborde la relación entre estas variables con la calidad de vida. Sin embargo, se considera que estas variables pudieran estar relacionadas, ya que los sentidos son importantes para la realización de las actividades cotidianas con impacto en el bienestar de la persona adulta mayor.

La definición de la calidad de vida engloba el estado de bienestar en las dimensiones física, social, psicológica o emocional, espiritual, cognitiva o intelectual y ocupacional que permite a la persona satisfacer sus necesidades (Giusti, 1991). Por otra parte, Krzemien (2001) plantea que la calidad de vida se obtiene mediante el logro o mantenimiento de relaciones sociales significativas.

En la etapa de vida adulta mayor, hay un declive de la funcionalidad física, lo que dificulta y hace complicada la vida de las personas y conlleva a sentimientos de aislamiento e inutilidad. Estas situaciones, ocasionan que las personas suspendan sus actividades laborales, disminuyendo sus redes sociales y de apoyo social y emocional, dando pauta al desarrollo de problemas psicológicos como la sintomatología depresiva que culminará con la alteración de la calidad de vida (González-Celis, 2009).

La OMS (1998) indica que la calidad de vida incluye la salud física, psicológica, nivel de dependencia funcional, relaciones sociales, creencias personales y entorno del individuo. Mientras que otros autores han estudiado los factores que las personas adultas mayores consideran importantes para la calidad de vida, reportando como significativas las variables de relaciones familiares, apoyo social, salud general, funcionalidad física y economía (Lizan, 1995; Botero y Pico, 2007).

No obstante, son pocos los estudios que se han realizado para describir o explicar el fenómeno de la calidad de vida y las variables relacionadas. En el noreste de México, se realizó un estudio en el que se reportó que casi la mitad de las personas adultas mayores presentaron alteración de la calidad de vida (Flores-Herrera, 2018). Por tanto, con base en la revisión de la literatura se evidencia la necesidad de realizar un estudio que permita determinar la relación entre el gusto, olfato y tacto con la calidad de vida en los adultos mayores.

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo correlacional. La población estuvo compuesta por adultos mayores que viven en su contexto familiar, y que son atendidos en el Centro Comunitario Euskadi y Las Brisas, perteneciente al Centro de Salud de la Jurisdicción Sanitaria III, en Matamoros, Tamaulipas. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia. La muestra la constituyeron 99 adultos mayores.

Se utilizó una Cédula de Datos Personales para conocer las características de los sujetos de estudio. Se exploró la sensibilidad de los pies, a través de la prueba de Monofilamento de *Semmes Weinstein* de 10 gramos. Al adulto mayor se le explicó el procedimiento y se le indicó que cuando percibiera que se le tocaba en la planta o dorso del pie respondiera “Sí”. Cuando el adulto mayor percibió todos los puntos

que fueron tocados, se calificó como sensibilidad normal (Hyeunho, Yongsoon y Byengman, 2003; Mendoza-Romo et al., 2013). Para fines del análisis correlacional, se estableció una puntuación mínima de 0 y máxima de 10 puntos, interpretado como *mayor puntaje indica mayor sensibilidad*.

Para el olfato se aplicó la prueba de aromas, se crearon dos kits de aromas, en cada recipiente se colocaron 2 gr de comino molido, pimienta molida, anís triturado y romero triturado. Cada sustancia se cubrió con algodón y el recipiente fue codificado uno con el nombre de la sustancia y otro con un número que el investigador conociera. Al adulto mayor se le presentó de manera inicial los recipientes con el nombre de cada sustancia y se le pidió que oliera todos de izquierda a derecha, el tiempo y las veces que fueran necesarias para memorizarlos, en seguida se le proporcionó un recipiente con café para neutralizar los aromas y se le pidió que tomara cada recipiente codificado con los números e indicara a cuál aroma pertenecía. Para el análisis de los resultados se hizo una sumatoria de los aromas que la persona adulta mayor reconoció, que osciló entre cero y cinco, donde mayor puntuación significó mayor agudeza olfativa, se estableció normal cuando reconoció todos los aromas.

La agudeza gustativa se midió con la prueba de Gustos Básicos empleando el método de selección de Caul, se exploró el reconocimiento de sabores dulce, salado, amargo y ácido/agrio; para esto, se utilizaron 16g/l de sacarosa, 5g/l de cloruro de sodio, 1g/l de ácido cítrico y agua quina al .5 sin diluirse. Se utilizó una báscula analítica de la marca AND, serie HR-200 para medir las sustancias y posteriormente diluirlas en un litro de agua natural. En el momento de la prueba, se sirvieron dos vasos de 20 ml cada uno, inicialmente a la persona se le dio a probar cada sabor y se le fue aclarando de cuál se trataba, posteriormente se le dio un bote de agua para que se enjuagara o tomara las veces que considerara necesarias para neutralizar los sabores, en seguida se le dio nuevamente un vaso con cada sabor y se le pidió que reconociera el sabor del que se trataba. Para el análisis se hizo una sumatoria de los sabores que reconoció, osciló entre cero y cuatro, se consideró mayor función gustativa cuando reconoció más sabores. Se calificó agudeza gustativa normal cuando reconoció todos los sabores.

Por último, para medir la calidad de vida, se aplicó el cuestionario Whoqol Breff de la Organización Mundial de la Salud (1998). Está compuesto por 26 ítems, las dos primeras preguntas son independientes e indagan la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y su salud respectivamente, las 24 restantes evalúan cuatro dimensiones específicas de la calidad de vida: Física (ítem 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), psicológica (ítem 5, 6, 7, 11, 19 y 26), Social (ítem 20, 21 y 22) y Ambiental (ítem 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5, mientras más alta sea la puntuación asignada, más alta será la calidad de vida. Se invierten los puntajes de los ítems negativos (3, 4 y 26) y los puntajes totales obtenidos se convierten en una escala de 0 a 100 para poder establecer comparaciones entre los dominios, ya que estos están compuestos por un número desigual de reactivos. Para la puntuación de la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores, se clasificó en deficiente cuando la puntuación se encontró entre 0 y 2.99, aceptable de 3 a 3.99 y alta entre 4 y 5. El Alfa de Cronbach para cada dimensión es de: Físico 0.82, Psicológico 0.81, Mental 0.80 y Social 0.68 (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004).

De manera inicial se solicitó la autorización para el trabajo de campo a las autoridades correspondientes de la Jurisdicción Sanitaria III. Posteriormente se acudió al Centro de Salud Urbano Euskadi y Las Brisas, para presentarse con los directivos e iniciar el trabajo de campo en visitas domiciliarias con base en datos obtenidos mediante registros y expedientes del centro comunitario, así como de las personas representativas de la comunidad.

De acuerdo con lo indicado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), este estudio se apegó a los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de salud. En todo momento se cuidó la integridad física y psicológica de los adultos mayores y se contó con consentimiento informado.

Los datos se procesaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows. Para describir las características de los sujetos y responder el objetivo, se utilizó estadística descriptiva, en las que se encuentra frecuencia, porcentaje, medias, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo. Para responder al objetivo general inicialmente se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y en función de los resultados se optó por emplear estadística no paramétrica a través de la prueba de Correlación de Spearman; se consideró correlación estadísticamente significativa cuando p valor fue menor o igual que .05.

## Resultados

En el estudio participaron 99 adultos mayores de ambos sexos. El 57.6% del género femenino, 57.6% reportó tener pareja marital y el 54.5% indicó ser católico (Tabla 1).

En promedio los adultos mayores tuvieron una edad de 68.13 años ( $DE= 6.29$ ), escolaridad de 6.82 años ( $DE= 3.62$ ), habitan con 2.85 personas ( $DE=1.65$ ) y consumen 1.72 medicamentos ( $DE=1.45$ ). Con la prueba de monofilamento en promedio percibieron identificaron 8.81 puntos en el pie izquierdo ( $DE= 1.74$ ) y 8.60 puntos en el pie derecho ( $DE= 1.66$ ), en la prueba de gusto reconocieron 3.81

sabores ( $DE= .48$ ) y en la prueba de olfato identificaron 3.81 aromas ( $DE= .88$ ); en relación con la calidad de vida, la dimensión que resultó más afectada fue la social con una puntuación promedio de 47.55 ( $DE= 17.38$ ; Tabla 2).

Tabla 1. Descripción de los adultos mayores

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Femenino	57	57.6
Masculino	42	42.4
Estado civil		
Con pareja	57	57.6
Sin pareja	42	42.4
Religión		
Católico	54	54.5
Testigo de Jehová	39	39.5
Mormón	2	2.0
Ateo	4	4.0

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Datos generales, variables sensoriales y dimensiones de la calidad de vida

Variable	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Edad	60	89	68.13	6.29
Escolaridad	0	18	6.82	3.62
Personas con que habita	0	7	2.85	1.65
Medicamento que consume	0	7	1.72	1.45
Monofilamento (pie izquierdo)	0	10	8.81	1.74
Monofilamento (pie derecho)	2	10	8.60	1.66
Gusto	2	4	3.81	.48
Olfato	1	5	4.03	.88
Calidad de vida física	10.71	89.29	53.96	17.62
Calidad de vida psicológica	20.83	95.83	55.09	14.88
Calidad de vida social	8.33	100.00	47.55	17.38
Calidad de vida ambiental	21.88	84.38	47.97	9.82

Fuente: Elaboración propia.

De manera general, el 48.5% ( $f= 48$ ) de los adultos mayores percibieron su calidad de vida como aceptable, el 32.3% ( $f=32$ ) alta y solamente el 19.2% ( $f= 19$ ) la calificó deficiente. Respecto a su estado de salud, el 42.5% ( $f= 42$ ) lo calificó aceptable, el 24.2% ( $f= 24$ ) alto y el 33.3% ( $f= 33$ ) como deficiente.

Para dar respuesta al objetivo propuesto, se aplicó la prueba de correlación de Spearman con la que se encontró relación estadísticamente significativa entre el resultado de la prueba del sentido del olfato ( $p= .047$ ), prueba de monofilamento en el pie izquierdo ( $p= .003$ ) y derecho ( $p= .0006$ ) con la dimensión física de la calidad de vida. Se observó relación entre la prueba de monofilamento en el pie izquierdo ( $p= .037$ ) y derecho ( $p= .011$ ) con la dimensión psicológica de la calidad de vida. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la prueba de monofilamento en el pie derecho ( $p= .004$ ) y la dimensión social de la calidad de vida (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de correlación de Spearman entre variables sensoriales y dimensiones de la calidad de vida

Variable	Física	Psicológica	Social	Ambiental
Gusto	.115	.076	.113	.001
Olfato	.200*	.087	.143	.012
Monofilamento (pie izquierdo)	.300**	.209*	.190	.189
Monofilamento (pie derecho)	.275**	.254*	.284**	.076

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

## Discusión

En el presente trabajo fue posible constatar la magnitud del problema de la función gustativa, olfativa y del tacto en los adultos mayores, así como la calidad de vida. En relación con el sentido del gusto, se observó que en promedio los adultos mayores percibieron la mayoría de los sabores; con respecto al sentido del olfato identificaron cuatro de cinco aromas. Con la prueba de monofilamento los adultos mayores percibieron ocho puntos de diez.

Si bien es cierto que la mayoría de los adultos mayores resultaron con valores por arriba de la media en la función sensorial y que la edad promedio de esta muestra fue de 68 años, similar a lo reportado por Durán-Badillo et al. (2020); se esperaría mayor alteración en la función sensorial, ya que la literatura indica que “con los cambios fisiológicos que ocurren con el envejecimiento y algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, se disminuye la función del gusto y olfato” (Román y Aragón, 2012; Eliopoulos,

2014). No obstante, las alteraciones que la literatura marca aparecen cuando la persona presenta enfermedades crónicas o a mayor tiempo de la enfermedad, variables que no fueron consideradas en esta investigación y que sería importante incluir en otras investigaciones.

En cuanto a la calidad de vida, se identificó que las dimensiones más afectadas fueron la social y ambiental, congruente con lo reportado en otro estudio que se realizó en población similar por Flores-Herrera et al. (2018), lo que significa que en los adultos mayores por los cambios que se presentan y el contexto, en primer momento se altera la calidad de vida social y ambiental, lo que pudiera deberse a la limitación para trasladarse y poder socializar o mantener un ambiente óptimo para realizar sus actividades de la vida diaria.

El objetivo general de este estudio planteó determinar la relación entre el gusto, olfato y tacto con la calidad de vida en los adultos mayores, se encontró que a mayor alteración del sentido del olfato, mayor deterioro de la calidad de vida en la dimensión física; por otra parte, a mayor alteración de la sensibilidad de los pies, mayor deterioro de la calidad de vida en las dimensiones física, psicológica y social. Estos datos confirman lo planteado en la literatura donde, por una parte se afirma que la alteración en la función del gusto y olfato afectan la calidad de vida (Clerici, Frossard y Soler) ya que la persona no puede disfrutar los alimentos, los aromas del entorno donde se encuentra y los recuerdos que de los sabores y aromas derivan; además, la alteración del olfato se convierte en un riesgo ante la exposición de agentes ambientales como fugas de gas o consumo de alimentos descompuestos.

Por otra parte, la alteración en la sensibilidad de los pies se relaciona con la calidad de vida ya que al presentarse cambios sensoriales en los pies se dificulta el desplazamiento (Gutiérrez-Robledo et al., 2018), lo que impacta en la realización de las actividades de la vida diaria y de socialización para el mantenimiento de la salud física y psicológica. Estos hallazgos significan que los profesionales de enfermería, al diseñar y realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, deben focalizarse en los sentidos, de manera particular en el tacto o sensibilidad de los pies y en el olfato, ya que los resultados de este estudio evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre dichas variables.

## Conclusiones

En este estudio se constató la relación entre el sentido del tacto y olfato con la calidad de vida de los adultos mayores; se observó que al presentarse el daño en estos sentidos, las dimensiones afectadas son la física y psicológica, por lo que debe hacerse énfasis en estas variables cuando se diseñan programas de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Entre las limitaciones de esta investigación es necesario considerar el tamaño de la muestra y el muestreo no probabilístico, para una mejor comprensión del fenómeno, no obstante, lo ya presentado en este estudio constituye un acercamiento al mejoramiento de la calidad de vida desde la línea de investigación de la funcionalidad sensorial.

## Referencias

- Botero, B. E. y Pico, M. E., (2007). “Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años una aproximación teórica”. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1) 14-16.
- Clerici, R., Frossard, V., y Soler, G. M. (2016). “Abordaje integral en la rehabilitación funcional del olfato y del gusto desde un enfoque fonoaudiológico”. *Rev. Fed. Argent. Soc. Otorrinolaringol*, 5-11.
- Durán-Badillo, T., Salazar-González, B. C., Cruz-Quevedo, J. E., Sánchez-Alejo, E. J., Gutierrez-Sanchez, G., y Hernández-Cortés, P. L. (2020). “Función sensorial, cognitiva, capacidad de marcha y funcionalidad de adultos mayores”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
- Eliopoulos, C. (2014). *Enfermería gerontológica*. Wolters Kluwer.
- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G., y Durán-Badillo, T. (2018). “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar”. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-88.
- Giusti, L. (1991). “Calidad de vida, estrés y bienestar”. *Editorial Psicoeducativa*.
- González-Celis, A. L. y Martínez, R. L. (2009). “Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores”. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 1(1):98-110.
- Gutierrez-Robledo, L. M., García-Peña, C., Medina-Campos, R., Parra-Rodriguez, L., Lopez-Ortega, M., y Gonzalez-Meljem, J. M. (2018). “Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: un reto para México”. [Internet]. *Ciudad de México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriátria*. [3 de octubre de 2018].
- Hyeunho, S. L., Yongsoon, S. C. y Byengman, Y. K. (2003). “Clinical Usefulness of the Two-site Semmes-Weinstein Monofilament Test for Detecting Diabetic Peripheral Neuropathy”. *Journal of Korean Medical Science*, 18, 103-107.
- Krzemien, D. (2001). “Calidad de vida y participación social en la vejez femenina”. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata. *Grupo de investigación psicológica del desarrollo*, 1-7
- Lizan, L. (1995). “Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia”. *Concepto de la calidad de vida y sus dimensiones. Atención primaria: 16(suplen 1): 131-132*.

- Mendoza-Romo, M. A., Ramírez-Arriola, M. C., Velasco-Chávez, J. F., Nieva-de Jesús, R. N., Rodríguez-Pérez, C. V. y Valdez-Jiménez, L. A. (2013). “Sensibilidad y especificidad de un modelo de utilidad para la detección de neuropatía diabética”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1): 34-41.
- OMS. (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva, World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (diciembre de 2017). “La salud mental y los adultos mayores (Nota descriptiva)”. <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Román, E. y Aragón, L. (2012). “Alteración de los órganos de los sentidos”. En M. García y R. Martínez (Eds.). *Enfermería y Envejecimiento*. España: Elsevier.
- Secretaría de Salud. (1987). “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2292/63.pdf>
- Skevington, S. M., Lofty, M. y O’Connell, K. A. (2004). “The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group”. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Stanley, M., Blair, K. A. y Beare, P. G. (2009). *Enfermería geriátrica*. McGrawHill.



## Coordinadores

### **Dr. Tirso Durán Badillo**

Doctor en Metodología de la Enseñanza.  
Profesor de Tiempo Completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros.  
Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
Colaborador del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano.  
Miembro de la Red ESAM-México.  
Fundador y Coordinador General de los Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable.  
Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.  
Sistema Nacional de Investigadores Nivel I.

### **Dra. Martha Elba Salazar Barajas**

Doctora en Ciencias de Enfermería.  
Profesor de Tiempo Completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros.  
Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel Candidato.  
Miembro de la Red ESAM-México y Coordinadora del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable-Matamoros.  
Colaborador del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano.

### **Dra. Aurora Félix Alemán**

Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados.  
Profesora jubilada de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros.  
Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
Miembro de la Red Internacional ESAM y Miembro fundador de la Red ESAM-México.  
Coordinadora General de la Red ESAM-México.  
Fundadora del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable.



## Colaboradores

### **Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez**

Doctorado en Psicología Internacional, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Adscrito a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Profesor de Tiempo Completo. Director de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Integrante del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano con la línea de investigación Conductas Promotoras de Salud y Atención a Grupos Vulnerables. Presidente fundador del Colegio de Psicólogos del Noreste A. C. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT.

### **Dra. Hermelinda Ávila Alpírez**

Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Con adscripción a la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Profesora de Tiempo Completo, Coordinadora del Departamento de Investigación de la UAMM-UAT. Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel I. Líder del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano con la línea de Investigación “Conductas Promotoras de Salud y Atención a Grupos Vulnerables”.

### **Dra. Ana Laura Carrillo Cervantes**

Doctora en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador de la facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del CAEC Cuidado para el envejecimiento activo y saludable. Miembro de la Red ESAM-México y Fundador del grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.

### **DCE. Diana Berenice Cortes Montelongo**

Doctor en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Líder del Cuerpo Académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Miembro de la Red ESAM-México.

**DCE. Luis Carlos Cortez González**

Doctor en Ciencias de Enfermería. Catedrático Investigador de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del CAEC Cuidado para el envejecimiento activo y saludable. Miembro de la Red ESAM-México y Asesor Académico del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable.

**Dra. Sandra Cecilia Esparza González**

Doctora en Ciencias con orientación en Morfología. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Reconocimiento de Perfil Deseable PRODEP e integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

**Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres**

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Reconocimiento de Perfil Deseable PRODEP.

**Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez**

Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel I. Integrante del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano con la línea de investigación Conductas Promotoras de Salud y Atención a Grupos Vulnerables. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.

**LE. Eduardo Hurtado Sánchez**

Licenciado en Enfermería, Estudiante de la Maestría en Enfermería con acentuación en la atención de Enfermería al Adulto Mayor. Universidad Autónoma de Coahuila. Miembro del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable. Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.

**Dra. Zoila Esperanza Leitón Espinoza**

Doctora en Salud Pública, enfermera-profesora principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. Investigadora Concytec. Past-coordinadora de la Red ESAM-Perú y Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) desde el 2017.

**LE. Vanessa López Delgado**

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas (tommy\_vane@hotmail.com).

**Dra. María de la Luz Martínez Aguilar**

Doctora en Enfermería, Profesora Emérita de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). Perfil Deseable del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP). Integrante del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano.

**LE. Rosa María Martínez Ruvalcaba**

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas (roxanamr@hotmail.com).

**ME. Isai Arturo Medina Fernández**

Maestro en Enfermería con acentuación en atención de enfermería al adulto mayor. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Miembro de la Red ESAM-México y del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International.

**ME. Mayra Alejandra Mireles Alonso**

Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Profesora de Horario Libre en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

**Dra. Norma Elvira Moreno Pérez**

Doctora en Ciencias de Enfermería, Docente de Tiempo Completo y Miembro del Cuerpo Académico en Consolidación “Cuidado al final de la vida” de la Universidad de Guanajuato, México. Coordinadora General de la Red ESAM México durante el periodo de 2014 a 2019.

**MAAE. José Luis Nuncio Domínguez**

Maestro en Administración de la Atención de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP, Catedrático Investigador, colaborador en el cuerpo académico Cuidado Integral para la Atención al Adulto Mayor, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales con acentuación en grupos vulnerables, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, Miembro Red ESAM-México, Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International. (nuncio\_joseluis@hotmail.com,nuncio\_j@uadec.edu.mx).

**MNC. Diana María Pérez Aguirre**

Profesor de Tiempo Completo, Catedrático Investigador, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. (diana.perez.aguirre@uadec.edu.mx).

**Dra. Xóchitl Pérez Zúñiga**

Doctora en Metodología de la Enseñanza, Profesora de Tiempo Completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro de la Red ESAM México, Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.

**Mag. Marialcira Quintero Osorio**

Magíster en Ciencias de Enfermería, Miembro Jubilado del Personal Docente y de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) 2006-2017.

**ME. Elizabeth Robles Morado**

Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Profesora de Horario Libre en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

**Dra. Juana María Ruiz Cerino**

Doctora en Metodología de la Enseñanza. Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Colaborador del Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano.

**MCE. María Ascensión Tello García**

Profesor de Tiempo Completo con Perfil Deseable PRODEP, Catedrático Investigador, colaborador en el cuerpo académico Cuidado Integral para la Atención al Adulto Mayor, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Miembro Red ESAM-México, Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales con acentuación en grupos vulnerables, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International. (mtellogarcia@hotmail.com).

**DCE. Reyna Torres Obregón**

Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Integrante del cuerpo académico “Cuidado para el envejecimiento activo y saludable”. Candidata al Sistema Nacional de Investigadores. Miembro de la red ESAM-México y del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International.

**LE. Irving Arnoldo Viera Villanueva**

Licenciado en Enfermería, Estudiante de Maestría en Enfermería, con acentuación en la atención del adulto mayor, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” Universidad Autónoma de Coahuila. Miembro del grupo GREEFES Saltillo, Miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau International.



*Envejecimiento saludable y calidad de vida: contribución científica de enfermería*  
de Tirso Durán Badillo, Martha Elba Salazar Barajas,  
Aurora Félix Alemán, coordinadores,  
publicado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y Colofón,  
se terminó de imprimir en abril de 2021 en los talleres de Litográfica  
Ingramex S.A. de C.V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810,  
Ciudad de México, México. El tiraje consta de 350 ejemplares impresos de  
forma digital en papel Cultural de 75 gramos. El cuidado editorial estuvo a  
cargo del Consejo de Publicaciones UAT.

