



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

*Anales en*  
***Gerontología***

*Revista del*  
Programa de Posgrado en  
**Gerontología**

---

# Anales en Gerontología

Revista del Programa de Posgrado en Gerontología  
Universidad de Costa Rica

Número 13 ♦ 2021

ISSN 2215-4647

---

*Anales en Gerontología* es el medio de difusión por excelencia del Programa de Posgrado en Gerontología para dar a conocer resultados de investigaciones y de trabajos de instituciones y de profesionales de todas las disciplinas del conocimiento que, por su carácter nacional e internacional, abordan aspectos relacionados con la vejez y envejecimiento, así como también, para dar a conocer reflexiones o experiencias de vida.

## **DIRECTORA**

Dra. Flor Jiménez Segura  
Doctora en Psicología Educativa, España  
Maestría Académica en Gerontología, UCR  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica  
[revista.gerontologia@ucr.ac.cr](mailto:revista.gerontologia@ucr.ac.cr)

## **EDITORA ACADÉMICA**

M.Sc. Karen Masis Fernández  
Maestría Académica en Gerontología, UCR  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

## **EDITORA TÉCNICA**

Ana Giselle Sánchez Matarrita  
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica  
Tel. (506) 2511-4773

## **CONSEJO EDITORIAL**

M.Sc. Irma Arguedas Negrini  
Maestría en Orientación Escolar, EEUU  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

M.Sc. Mabell Granados Hernández  
Maestría Académica en Gerontología, UCR  
Investigadora Independiente, Costa Rica

M.Sc. Elsa Méndez González  
Maestría Académica en Gerontología, UCR  
Investigadora Independiente, Costa Rica

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños  
Maestría Académica en Gerontología, UCR  
Investigadora Independiente, Costa Rica

## **REVISIÓN FILOLÓGICA**

Licda. Natalia Castro Salgado, UCR



## PRESENTACIÓN

El Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica presenta con agrado el Volumen 13 de la *Revista Anales en Gerontología*, el cual incluye artículos sobre temas de amplia relevancia en el contexto actual como la situación y atención en salud, la participación social en tiempos de pandemia, la vivencia del aislamiento y la soledad para las personas adultas mayores. Asimismo, se analizan las necesidades de cuidado y la situación de las personas cuidadoras, temas que han cobrado singular relevancia en estos dos últimos años y que merecen discutirse en toda su amplitud para identificar líneas de acción para realizar un abordaje inmediato e integrador.

Este Volumen 13 se publica en un año controversial, pues la inclusión de la vejez como una enfermedad en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, generó asombro e indignación en las organizaciones, programas e instituciones vinculadas al trabajo con personas adultas mayores en América Latina. Costa Rica no fue la excepción, y la Universidad de Costa Rica representada por la Facultad de Medicina, el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor y el Posgrado en Gerontología, así como la Universidad Nacional y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, encabezaron la discusión a nivel país para generar propuestas alternativas a esta incorporación, que a todas luces iba en detrimento de la imagen y la situación de la población mayor, y de décadas de trabajo en sensibilización sobre los derechos en esta etapa de la vida.

La vejez no es una enfermedad y finalmente no será incluida como tal en la CIE, sin embargo, el edadismo y la gerontofobia manifestados nos plantea la urgencia de reforzar los procesos de educación para el envejecimiento y la necesidad de continuar con las iniciativas de investigación para la toma de decisiones informadas y de capacitación para brindar servicios especializados de calidad, promover el envejecimiento activo y construir una sociedad para todas las edades.

Esperamos incluir varios manuscritos al respecto en la próxima edición, y agradecemos profundamente a las personas autoras de los presentes artículos ya que aportan a la comprensión de la complejidad y heterogeneidad del envejecimiento. Invitamos a la comunidad de profesionales en Gerontología a publicar sus trabajos en nuestra Revista.

Dra. Flor Jiménez Segura  
Directora

M.Sc. Karen Masis Fernández  
Editora Académica



## TABLA DE CONTENIDOS

Presentación.....	iii
<i>Dra. Flor Jiménez Segura, M.Sc. Karen Masis Fernández</i>	
Entendiendo los factores que motivan e impiden la participación de las personas adultas mayores en actividad física en Centros Diurnos Heredianos .....	1-21
<i>Carlos Álvarez-Bogantes, Jennifer Vargas Tenorio</i>	
Consumos problemáticos en personas adultas mayores. Un estudio de casos en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina .....	22-51
<i>María Florencia Baglione, Paula Pochintesta</i>	
Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores de 65 años de la Península de Azuero de Panamá: Un estudio transversal en el ámbito de la atención primaria de salud .....	52-78
<i>Tiffany Barrios, Raquel Barrios, Victoria Valdés, Gerarda Morales, Armando Barba, Israel Ríos Castillo</i>	
Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria Geriátrica de un hospital de geriatría costarricense .....	79-89
<i>José E. Picado-Ovares, Alejandro Sandí-Jirón</i>	
Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica de Costa Rica del 2015 al 2020: Causas, agentes y rutas de intoxicación.....	90-116
<i>Thomas Guth Brunner, Diego Ernesto López Águila, Sebastián Chaves Vargas</i>	
Soledad en personas mayores: una propuesta de intervención a través del acompañamiento telefónico en Santiago de Chile.....	117-144
<i>Diana León Aguilera, Esteban Gómez Maldonado, Beatriz Urrutia Quiroz, Natalia Rojas G.</i>	
Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del estrés laboral crónico en personas cuidadoras formales de personas adultas mayores institucionalizadas en Establecimientos de Larga Estancia de Montevideo, Uruguay .....	145-171
<i>Alejandro López Gómez</i>	
(In) Satisfacción de necesidades humanas de personas mayores durante la pandemia de la COVID-19 .....	172-204
<i>Carlos Vicente Rodríguez Martínez, Rosalie Carasa Alvarez</i>	
Pérdidas y ganancias de la docencia online implementada por la pandemia entre estudiantes de una Universidad para Personas Adultas Mayores en México	205-228
<i>Luis Mario Fernández Loyo, Javier Eduardo García de Alba García, Elva Dolores Arias Merino</i>	

Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte por COVID-19 en personas mayores .....	229-251
<i>Angélica María Razo-González, Evelyn Hernández-Calderón, Carlos Alejandro Flores-Monroy, Mariam Eleany Martínez-Mondragón</i>	
Aislamiento, soledad y cuidados de las personas adultas mayores. Reflexiones sobre el aislamiento como política de cuidado .....	252-263
<i>Manuela Salas, Yanina Ceminari</i>	
Currículo de autores.....	264-268
Revisores .....	269-270

## **ENTENDIENDO LOS FACTORES QUE MOTIVAN E IMPIDEN LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA EN CENTROS DIURNOS HEREDIANOS**

### **UNDERSTANDING THE FACTORS THAT MOTIVATE AND PREVENT THE PARTICIPATION OF OLDER ADULTS IN PHYSICAL ACTIVITY IN HEREDIAN DAY CENTERS**

Carlos Álvarez-Bogantes<sup>1</sup>, Jennifer Vargas Tenorio<sup>2</sup>

Recibido:26-08-2020 Corregido:11-08-2021 Aceptado:13-10-2021

#### **RESUMEN**

El estudio exploró la percepción que tienen las personas adultas mayores de los centros diurnos de Heredia, sobre los factores que influyen e impiden la participación en la actividad física. Participantes: Se utilizó una muestra por criterio de seis participantes por cada uno de los cinco centros, tres del género femenino y tres del género masculino. Todas las personas participantes son físicamente activas, ya que cuentan con una asistencia de tres veces por semana al programa, además tienen una permanencia mayor al año y medio en el centro. Procedimientos: Se realizó una recolección de datos mediante grupos focales con ocho preguntas semiestructuradas, de acuerdo con el modelo ecológico. Análisis: Se codificaron los datos, a través de la codificación abierta, axial y selectiva. Adicional a esto, se hizo una triangulación de datos usando fuentes de datos, de teorías y de las personas investigadoras. Resultados: El disfrute de participar en el programa y el apoyo social generado en el entorno de las clases de actividad física fue percibido como los principales factores motivacionales. Al contrario, el miedo a sufrir alguna lesión y carencia de otros programas fue percibido como barreras para involucrarse más en la actividad física. Conclusión: Este estudio ha mostrado que los elementos percibidos por las personas adultas mayores para realizar actividad física incluyen la motivación generada por el disfrute, la autoeficacia positiva y la estructura de apoyo social entre participantes, sin mencionar el modelaje positivo de las personas instructoras en los centros diurnos. Paralelamente, las barreras que disminuyen la participación de las personas adultas mayores son el miedo a sufrir alguna lesión, carencias de apoyo o sobreprotección en el entorno familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Persona adulta mayor, percepción, adherencia, factores, actividad física.

---

<sup>1</sup>Doctor en Movimiento Humano, Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Profesor, extensionista e investigador en temas de la Salud Pública y el Movimiento Humano, Universidad Nacional de Costa Rica. Heredia, Costa Rica. E-mail: [carlos.alvarez.bogantes@una.cr](mailto:carlos.alvarez.bogantes@una.cr)

<sup>2</sup>Egresada Maestría de Movimiento Humano y Salud Integral Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), Licenciada en Terapia Física, Universidad de Costa Rica (UCR). Instructora de baile y acondicionamiento en el Comité Cantonal de Deportes de Belén, Heredia, Costa Rica. E-mail: [jenniferrvt3@gmail.com](mailto:jenniferrvt3@gmail.com)



**ABSTRACT**

The study explored the perception that older adults in Heredia day centers about the factors that influence and prevent participation in physical activity. Participants: A sample was used by criteria of six subjects for each of the five participating centers, three of the female gender and three of the male gender, all are physically active since they have three times a week attendance to the program, they also have a stay greater than a year and a half at the center. Procedures: Data collection will be done through focus groups with eight semi-structured questions, according to the Ecological Model. Analysis: A preliminary analysis of the information will be carried out through the qualitative analysis model of the Grounded Theory. In this way, the data will be coded through three instances proposed by the model: open, axial and selective coding. In addition to this, a triangulation of data will be done using data sources, theories, and researchers. Results: the enjoyment of participating in the program and the social support generated in the environment of physical activity classes, was perceived as the main motivating factors. On the contrary, the fear of suffering an injury and lack of other sources or programs was perceived as barriers to get more involved in physical activity. As a conclusion, this study has shown that the elements perceived by older adults to carry out physical activity include the motivation generated by enjoyment, positive self-efficacy and the structure of social support among the participants, not to mention the positive modeling of the instructors in the centers. daytime: At the same time, the barriers that reduce the participation of older adults are the fear of suffering an injury, lack of support or overprotection in the family environment.

**KEY WORDS:** Senior Adult, Perception, Adherence, Factors, Physical Activity.

## Introducción

En las últimas décadas, la población mundial ha sufrido un cambio demográfico rotundo hacia el incremento sustancial en la proporción de personas adultas mayores en la población general, propiciado por el aumento en la longevidad y la expectativa de vida generado por un mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida. Aunado a esto, ha habido un descenso en la tasa de natalidad (Hales et al., 2017).

El proceso de envejecimiento conlleva un sin número de situaciones que enmarcan el nivel de vida de manera positiva o negativa en cada una de estas personas. Lo anterior, es especialmente cierto con relación al proceso fisiológico del envejecimiento, que afecta en muchas ocasiones la participación social de esta población. Aunado a esto, existe un marcado aumento del sedentarismo, con un estimado de dos personas sedentarias por cada cuatro personas adultas mayores, ignorándose los múltiples beneficios de una vida activa (Franco et al., 2015).

La práctica continua y estructurada de ejercicio físico causa efectos beneficiosos desde el punto de vista fisiológico, social y psicológico, pues es una de las principales herramientas para poder envejecer de forma más saludable e incrementar la calidad de vida de las personas mayores (Enríquez-Reyna et al., 2017; García et al., 2010).

A pesar de que los beneficios de la actividad física son bien conocidos, el 30 % de la población mundial no alcanza los niveles de actividad física recomendados para la salud. La situación es aún más crítica con la población adulta mayor, ya que alrededor del 45 % de las personas mayores de 60 no cumplen con el nivel recomendado. La proporción de personas que no cumplen las pautas recomendadas se estima que aumentará en un 75 % para personas mayores de 75 años (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW's], 2014). Dada la tendencia de incremento en sedentarismo

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... proyectada en la población adulta, este problema es reconocido como de salud pública en todo el mundo.

La revisión de estudios cualitativos realizada por Franco et al. (2015) reportó que el involucramiento de las personas mayores en las actividades físicas puede ser influenciado por factores de comportamiento, como la motivación y creencias personales, así como por factores ambientales, incluida la disponibilidad de transporte y ejercicio (Franco et al, 2015). Esta información fortalece el concepto de que la investigación cualitativa ofrece la comprensión de las creencias y actitudes hacia la participación en actividades físicas de las personas mayores. Además, brinda la información necesaria en la construcción de intervenciones, que correspondan en mayor medida con las características de las personas adultas mayores (Krueger, 1991).

Se ha reconocido que para poder obtener el máximo provecho en la promoción de la actividad física de la población adulta mayor, se requiere escucharla y entender sus percepciones, creencias y actitudes hacia el movimiento humano (Kosteli et al., 2016).

El modelo ecológico de los determinantes de la actividad física (Bauman et al., 2012) ayudará a conducir el análisis de los hallazgos y su interpretación. Este modelo ofrece un marco conceptual que incluye un análisis de la realidad desde niveles múltiples: individual, social, medioambiental y político. Con la revisión sistemática de literatura, se identificaron cuatro temas, los cuales pueden ser categorizados como los contribuyentes para la realización de actividad física; a saber, limitaciones físicas, prioridades ajenas a la actividad física, beneficios personales obtenidos por la práctica de lo actividad física, y motivación y creencias acerca de la actividad física.

Con el fin de contribuir al diseño de propuestas que puedan incentivar cambios conductuales hacia estilos de vida activos de esta población, se propone desarrollar un mayor entendimiento hacia los factores que motivan o impiden la participación en

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... actividad física desde el ámbito intrapersonal, interpersonal y ambiental de las personas adultas mayores de los centros diurnos participantes de la zona central de Heredia. Las siguientes preguntas fueron consideradas: ¿cuáles son los beneficios personales de realizar actividad física?, ¿qué factores sociales y físicos inciden en la práctica de la actividad física?, ¿cuáles son las barreras que impiden la participación en la actividad física? y ¿existen limitaciones físicas que impiden la participación de actividad física?

## **Metodología**

### **Participantes**

Las personas participantes de este estudio fueron seis por cada uno de los cinco centros de atención diurna para la población adulta mayor seleccionados del cantón central de Heredia en Costa Rica. De estas personas participantes, 15 eran del género femenino con una edad media de 67.3 años y con un rango de los 60 a los 73 años y 15 del género masculino, con una edad media de 74 años y con un rango de los 64 a los 86 años. Todas las personas participantes eran adultas mayores físicamente activas, que fueron seleccionadas por los siguientes criterios: ser físicamente activas, con una asistencia de tres veces por semana al programa y con una permanencia mayor al año y medio.

### **Instrumentos**

En cada centro, se realizó una recolección de datos mediante grupos focales (Krueger, 1991), con ocho preguntas semiestructuradas (Valle, 1997) e historias de vida (Marshall y Rossman, 1995), basadas en el modelo conceptual ecológico (Bauman et al., 2012). Estos instrumentos fueron aplicados por dos personas investigadoras.

### **Procedimiento**

Se solicitó una cita con el director del proyecto para explicarle en qué consistía la investigación, los pasos a seguir y todo lo relacionado con este. Una vez obtenido el

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... permiso, se les explicó a posibles participantes la investigación y se les repartió un consentimiento informado, con el objeto de que expresaran voluntariamente su deseo de participar en la investigación, así como su potestad a abandonar dicha investigación en el momento que lo decidiera. En cada centro diurno, se realizó un grupo focal durante la mañana, conducido por dos personas investigadoras. Una vez concluido cada grupo focal, con el fin de validar los resultados y señalar los posibles códigos, se analizaron los datos. Las observaciones de las diferentes personas participantes se realizaron una semana después en los distintos centros diurnos, siguiendo el formato de modelo ecológico.

### **Análisis de la información**

Una vez transcrita la información de los grupos focales, usando nombres ficticios, se ejecutó un análisis de contenido utilizando los diferentes constructos del modelo ecológico, con el fin de codificar las diferentes partes de los resultados de cada grupo focal, enfatizando hallazgos emergentes que no se visualizaran en el marco teórico de este estudio.

Después de la codificación y categorización independiente, el primer autor y el experto compararon los resultados y discutieron los temas destacados, tratando de cubrir las etapas de codificación abierta, axial y selectiva. Adicional a esto, se hizo una triangulación de datos para obtener una mayor claridad acerca de estos.

Para lograr la triangulación de la investigación, se utilizó un modelo teórico y dos personas investigadoras para el estudio del fenómeno, mediante grupos focales, la observación, dos personas investigadoras y el modelo ecológico, más el apoyo de la literatura existente en la temática de estudio (Patton, 2002).

## Resultados

Esta investigación tuvo su asidero teórico en el modelo ecológico (Bauman et al., 2012), que establece la posibilidad de entender y predecir conductas futuras de la población adulta mayor, a través de una visión integral, sistémica y naturalística que responde a la influencia de estilos de vida activa, determinados por una multiplicidad de factores (Torrico et al., 2002). Las categorías o niveles de análisis que guiaron esta investigación contemplan el intrapersonal, interpersonal y organizacional. Además, algunos temas emergentes que fueron incluidos dentro la categoría correspondiente.

Quienes participaron de esta investigación consideraron que hay más motivaciones, que barreras para realizar ejercicio en estos lugares. A nivel intrapersonal, mostraron una gran comprensión de los beneficios físicos que la práctica regular de la actividad física tiene en su salud. Sobre esto don José indica que “aah es una gran cosa para la salud, yo le cuento de eso que yo tenía una pierna que me dolía mucho y ya después que llegué aquí se me quitó todo” y doña Ana señala

uy lo más grande que puede haber para mí, porque si no fuera por los ejercicios no podría caminar yo ni con andadera. Yo supe lo que es andar en silla de ruedas, luego bastón, después andadera, llegué aquí y aquí me han atendido muy bien.

El disfrute y el placer de realizar actividad física fue otra razón que la gran mayoría de participantes refirió para realizar actividad física. Es importante recalcar que una gran cantidad de dichas personas participantes comentó que, aunque no fueron físicamente activas de jóvenes, especialmente, por motivos laborales, en el centro diurno han encontrado otras formas de serlo. Al preguntarles si disfrutaban realizar ejercicio físico algunas de las respuestas fueron las siguientes:

2 años tengo en el centro y la paso muy bien, me gustan mucho los ejercicios y cuando hacen baile ahí se mueve uno y cuando viene la muchacha a hacer Zumba, todo eso a mí me gusta, me gusta mucho caminar también, yo camino mucho me gusta (doña María).

Yo hago ejercicios en mi casa también, pongo radio y me pongo a bailar ahí para menear las caderas, siempre porque siempre hago ejercicio, cuando estoy en la casa hago ejercicio, cuando estoy aquí y me ponen a hacer algo yo lo hago y me siento bien (doña Julia).

El buen optimismo y los beneficios psicológicos también fueron factores reportados que motivan a participar en programas de ejercicio a esta población, como lo expresa don Enrique al señalar que es “importante para la mente el cuerpo y la salud”. Asimismo, don Manuel indica que “si bueno yo estoy muy feliz por estar aquí porque yo vivía muy aburrido por estar en la casa ahí metido en cambio ahora ya he vuelto a nacer” y doña Rosa menciona que le hace estar “bien en todo sentido, psicológicamente, que pueda hacer los ejercicios correctos, que se pueda manejar por sí misma”.

Aunque los impedimentos físicos y el miedo de sufrir una caída son las principales barreras intrapersonales que refieren las personas adultas mayores para realizar ejercicio, han encontrado formas de ser activas y de involucrarse en las actividades que les organizan, así como lo manifiestan en las siguientes intervenciones; “A mí sí, porque tengo un problemita en el cuello en la cervical, en las vertebrales, entonces tengo que tener mucho cuidado, pero eso no me hace seguir adelante” (doña Beatriz), “Yo uso bastón por eso, sin bastón puedo caerme entonces quiero prever antes que lamentar, porque una quebradura de cualquier hueso a la edad nuestra es más difícil de soldar que joven” (don Pedro).

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la...

A mí sí me limita un poquillo porque yo soy diabético y tengo un problema en la pierna atrás en el ratón que llaman, que me dice el doctor que fuera de la diabetes seguro tengo algo del nervio ciático ahí, entonces yo bailo pero al ratito tengo que dejar la pareja sola, ¿verdad? Yo saco a aquella a bailar (don Manuel). No yo camino bien y me muevo bien, lo que he ido aprendiendo, es que a mí me gusta caminar mucho y caminar muy ligero, me tropecé y me caí y me rajé la ceja, diay entonces digo yo no ahora voy a caminar, pero más despacio porque ya en carrera no se puede, pero ahí vamos gracias a Dios (doña Isabel).

Cabe mencionar que, a pesar de que estas circunstancias se consideraron como barreras, no son limitantes para realizar del todo la actividad física. Las personas encargadas de realizar la sesión de ejercicio, lo adecuan de acuerdo con las capacidades de quienes participan.

En cuanto a la categoría interpersonal, el apoyo social, en sus diferentes formas, fue el motivante mayor en lo que concierne a la participación en los programas de ejercicio. Doña Ana indica que recibe constantemente apoyo verbal, “a mí las vecinas me dicen que bien que estoy desde que vengo aquí, que siga viniendo que me felicitan, que dichosos, que ellas están deseando llegar a esta edad para venirse para acá”. Al igual que don Manuel y doña Julia, muchas de las personas asistentes al centro consideraron que el acompañamiento entre ellas es lo que más los motiva a asistir. “Me gusta el centro porque nos ayudamos. Además, Yo también soy muy activo y me han dicho que no aparento la edad porque tengo 86” (don Manuel). “Estar aquí, tener amigos y jugar ay, amigos y amigas” (doña Julia).

En el ámbito de la falta de apoyo social, sucedió durante la juventud, debido a las responsabilidades del hogar o laborales, donde carecieron del tiempo para involucrarse.

Por último, en la parte organizacional, las estrategias mostradas por las personas encargadas de realizar las sesiones de ejercicio fueron factores importantes para motivarles a participar de los programas de ejercicio. Un ejemplo de estas fue usar música con un volumen apropiado. Además, don Juan y doña Rosa señalan lo siguiente:

Claro si nos motivan, yo calculo que en cuanto a la música como ellos saben las condiciones físicas y la edad que nosotros tenemos ponen música adecuada a eso porque no puedo yo bailar una música de mucha velocidad, pero la que ellos ponen si bailo, va rimando con lo que podemos hacer (don Juan).

Si claro, más bien los muchachos que vienen son súper amables y uno participa con ellos todos muy lindos uno les agradece que saquen el rato para compartir con nosotros y no ellos le dicen a uno que quiere oír y que si nos gusta son extremadamente especiales, solo el venir aquí a compartir es una bendición de Dios de agradecerlo (doña Rosa).

Así mismo, la oportunidad de ejercicio, la facilidad de transporte y la seguridad de la comunidad en la que se brindan los ejercicios también fueron percibidos como factores que motivaron la participación. En cuanto a oportunidades, de acuerdo con lo expresado por las personas participantes, además de los centros diurnos, solo el hospital y el palacio de los deportes brindan estos programas. Sobre esto, doña Mayela indica “yo las hago en el hospital y ahí llegan a la explanada” y doña Betty señala “si porque en el hospital y en el palacio de los deportes”.

En efecto, las facilidades de transporte son un factor importante no solo para la participación en la actividad física, sino también para la asistencia al centro. Doña Isabel indica “en la buseta, si la buseta no puede pasar viene en bus, con paraguas si llueve”, don Juan menciona que “en la buseta, paga taxi si no pasa la buseta o si llueve”, don Manuel agrega que “caminando si llueve también caminando” y doña Ana aporta

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... que “yo vivo muy cerca, vengo caminando si llueve en buseta, porque ya ese es el contrato cuando llueve la buseta y cuando no está lloviendo, caminando porque a mí me gusta caminar, es lo único venir, yo siempre vengo”.

Por otro lado, el clima es un factor interesante, pues se convierte en una barrera que impide la realización de la actividad física, cuando no existen facilidades de transporte. Las personas que cuentan con el servicio de transporte que brinda el centro refieren que el clima no es un impedimento, otras personas indicaron que no tienen problema en llegar caminando o en bus de transporte público, incluso si llueve; pero, otras personas indicaron que si no hubiera algún medio de transporte, como taxi o buseta, sería incómodo llegar al centro si hubiera mal clima. Para ejemplificar lo anterior, don José indica que “solo que esté lloviendo demasiado duro no vengo pero si está el tiempo más o menos tranquilo yo me vengo ahí para arriba, yo agarro mi paraguas y me vengo ahí para arriba y caminado”. Doña Isabel, al contrario, indica que “yo si no tuviera a mis hijas que me traen en carro no podría venir” y agrega doña Ana “bueno yo es que soy nativa de aquí de San Joaquín y ahora vivo en San Roque de Barva y si no hubiera buseta no podría venir”.

En cuanto a seguridad la mayoría refiere que los lugares en los que realizan actividad física son seguros; sin embargo, en algunos casos en las comunidades no ocurre lo mismo, lo que se transforma en una barrera. “En la urba donde vivimos si pusieron unas maquinitas para ejercicio, pero no se ocupan mucho porque ahí habitan muchos muchachitos con droguita y no es muy seguro” (doña Julia).

Por último, la gran mayoría de personas entrevistadas mencionan que desconocen la labor de los comités cantonales de deportes. Asimismo, no saben si estos, la municipalidad u otras instancias cuentan con programas de ejercicio específico para población adulta mayor. Adicionalmente, mencionan que los lugares en donde hay

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... programas no cuentan con las facilidades de acceso o no son adecuados para quienes participaron. Solo una persona mencionó que en el hospital de Heredia cuentan con un programa de ejercicios para personas adultas mayores y que en algunos parques tienen máquinas. “No, yo vivo en el condominio los adoquines, en los bajos del guayabal no hacen AF para adulto mayor” (doña Inés). “En el parque cerca de mi casa hay maquinitas, mi hija me explica cómo se usan, aunque ella no va” (doña Irene).

## Discusión

El propósito de este estudio cualitativo fue el de entender los factores que impiden y facilitan la práctica de actividad física en las personas adultas mayores de algunos centros diurnos, usando un análisis multinivel dado por el modelo ecológico (Bauman et al., 2012), que incluye factores que contribuyen a entender los hallazgos en este estudio. Dichos niveles, que van desde el nivel intrapersonal y pasan por el social, el ambiental y el de políticas, brindan los elementos para interpretar los hallazgos de este estudio.

Este es uno de los pocos estudios cualitativos conocidos, que ha indagado sobre las percepciones acerca de las barreras y factores que motivan a las personas adultas mayores hacia la práctica de la actividad física de centros diurnos en el contexto costarricense. Gracias al cual, se encontró un gran sentimiento de aceptación de la actividad física por parte de las personas adultas mayores. Se percibe el movimiento humano como un factor importante para mejorar la calidad de vida, especialmente en el ámbito del disfrute y acompañamiento entre quienes fueron entrevistados. No obstante, sumado a los altos niveles de satisfacción expresados por las personas participantes al hacer actividad física, también percibieron que existen factores que impiden muchas veces el involucrarse en actividades físicas, como lo son la falta de apoyo social en su

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... entorno más cercano y la fragilidad física percibida, lo cual ha sido reportado en diferentes estudios (Horne y Tierney, 2012, Franco et al., 2015).

Los hallazgos de esta investigación en el ámbito intrapersonal muestran que los participantes perciben que la actividad física tiene un tremendo impacto en el mejoramiento de la salud física y mental, pero especialmente en la calidad de vida. En concordancia con los hallazgos indicados, diferentes estudios han reportado que los beneficios obtenidos en las condiciones de salud son uno de los factores que motivan a la población adulta mayor a ser más activa (Baert et al., 2011; Franco et al., 2015).

Otro de los factores motivacionales o beneficios percibidos por las personas entrevistadas fue el disfrute o placer generados por ser físicamente activas, lo cual se ha reportado también en estudios similares, como el de Costello et al. (2011). Aunado a lo anterior, Porrás-Juárez et al. (2010) ha destacado que este elemento se considera el principal detonante de actividad física en la persona adulta mayor, ya que no hay nada más motivante que el realizar proyectos personales por placer o disfrute, en este caso la actividad física.

En el campo del modelo ecológico, las expectativas de las personas hacia la actividad física fueron un elemento indispensable en el involucramiento de las personas adultas mayores. Los hallazgos muestran que las personas participantes tuvieron expectativas positivas acerca del programa de actividad física en que participan. Esto no solo afecta la conducta activa, sino también las creencias que indicaron acerca del movimiento. Esta situación es uno de los elementos que contribuyen a la adherencia a la actividad física (Baert et al., 2011).

De gran importancia, cuando el objetivo es activar a la persona adulta mayor, es la autoeficacia, que es el sentimiento de que alguien tener éxito al practicar actividad física (Lox et al., 2010). La percepción indicada por las personas adultas mayores de

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... sentirse capaces de realizar la actividad física en el contexto del centro diurno, no solo juega un rol determinante en la posibilidad de que la persona persista en la actividad física, sino que valore nuevas actividades que reforzarán las capacidades que creían pérdidas, propiciando un sentimiento de independencia (Franco et al., 2015; Costello et al., 2011). Aunque, también el elemento de la persuasión, en el nivel intrapersonal, ha sido reconocido como uno de los principales elementos en la construcción de estilos de vida activos por las personas adultas mayores (Franco et al., 2015). Se ha establecido que, especialmente, las experiencias vividas y el componente vicario son los que ofrecen el mayor impacto, lo cual se puede percibir por lo expresado por quienes participaron de este estudio (Zalewski y Arvinen-Barrow, 2014).

Es importante rescatar que algunas de las personas participantes percibieron que en tiempos de su juventud existían barreras dadas por un mundo que privilegiaba el trabajo antes que el ocio y la actividad física por placer, lo que propició que expresarán que no todo es ir al centro diurno y que existen labores que deben cumplir en el contexto de hogar; situación que no ha sido reportada en revisiones sistemáticas realizadas en otros contextos (Baert et al., 2011; Enríquez-Reyna et al. 2017). Ahora bien, las personas participantes fueron claras con respecto a que ir al centro les ha permitido dedicar más tiempo para sí, lo que les ha permitido entender la importancia del centro en sus vidas. Aunado a esto, sobre todo, el percibir que pueden involucrarse en nuevas actividades, en las que no pensaban que podían tener éxito al realizarlas, en un entorno con apoyo de pares.

Como ha sido mencionado en la teoría del estímulo respuesta, cuando la persona adulta mayor se percibe con mejores condiciones de movilidad generadas por la actividad física, se propicia una mejor adherencia al movimiento por un incremento de

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... la motivación interna, que es la que impulsa los mayores niveles de logro (Lox et al., 2010).

A diferencia de las personas más jóvenes, que indican que la barrera más significativa es la falta de tiempo (Horne y Tierney, 2012), en el caso de la población adulta mayor de esta investigación, la barrera percibida a nivel intrapersonal fue el miedo a sufrir una caída, lo cual ha sido consistentemente mostrado en al menos los últimos estudios consultados como la fragilidad percibida por este grupo poblacional (Kosteli et al., 2016). Esta percepción de creer que no fueron suficientemente saludables para involucrarse en las actividades físicas podría indicar que carecen del sentirse con las habilidades que se requieren para involucrarse de lleno en las actividades ofrecidas en el centro diurno o con el conocimiento de la importancia de realizar actividad física, como bien lo expresan unas cuantas personas.

Aunado a lo anterior, el miedo percibido hacia la posibilidad de lesionarse ha sido asociado como un indicador de bajos niveles de actividad física y de participación en actividades físicas (Lim y Taylor, 2005). Esta situación alerta a las personas encargadas de la promoción de la actividad física en los centros diurnos sobre la importancia de comprenderla, con el fin de que puedan desarrollar estrategias para paliar ese sentimiento a través de mayores adaptaciones en las actividades físicas y en la inclusión de procesos cognitivos con el fin erradicar esas creencias erróneas.

En el contexto interpersonal, el apoyo familiar ha sido considerado como uno de los elementos que propicia una mayor participación de las personas adultas mayores en los programas de actividad física (Baert et al, 2011). No obstante, en los casos de las personas participantes donde existió ese entorno social, el mismo generó sobreprotección y obstaculizó conductas activas en algunos casos, casi siempre por un desconocimiento de la familia del aporte esencial de la actividad física en la calidad de

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... vida para la persona adulta mayor. En el contexto de esta investigación, aquellas personas participantes que viven con alguna persona de su familia percibieron apoyo más de tipo instrumental, que de acompañamiento o emocional. Por otro lado, las personas participantes percibieron mayor apoyo de las personas instructoras de actividad física, que brindaron apoyo social, sobre todo involucrándose con el grupo. Esta situación ofrece una gran oportunidad de intervención con la persona promotora de salud física, para que pueda comprender la importancia de su rol como instructora de actividad física y como un gestor de motivación extrínseca. El contar con el apoyo social de la persona instructora del centro se percibió como una contribución adicional en la construcción de un estilo de vida más activo (Horne y Tierney, 2012).

El rol de modelo de la persona instructora para la población adulta mayor ha sido mencionado como un elemento clave para propiciar un ambiente idóneo para dicha población. Especialmente, al ofrecer no solo la confianza necesaria para involucrarse en actividad física, sino también brindando la oportunidad de una experiencia vicaria que puede ser seguida, creando un ambiente de amistad y generador de motivación en quienes asisten (Wan et al., 2017). El contar con personal que brinde apoyo informacional, emocional, instrumental y compañía a la hora de hacer actividad física ha sido señalado como parte de los elementos para contribuir a la participación en actividad física, especialmente en población adulta mayor (Horne y Tierney, 2012).

El apoyo que percibieron quienes participaron de este estudio de sus colegas ha sido percibido como elemental para sentirse en compañía. Sobre todo, dado que este aspecto es básico para validar y estimular la participación, sin olvidar el placer de moverse y de sentirse más competentes físicamente o de percibir que son capaces de moverse en forma exitosa, como lo externan Kosteli et al., (2016). Quienes participaron de este estudio son personas solas o con algún nivel de soledad, lo que hace que en los

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... grupos de actividad física desarrollen la interacción social necesaria y vital para una mejor calidad de vida (Neha y Bradley, 2016).

Un ambiente que promueva las diferentes formas de apoyo social ha sido mencionado en diferentes estudios como el eje que genera una percepción altamente positiva en las personas participantes (Baert et al., 2011). Principalmente, al tejido social que se construye, satisfaciendo una de las grandes necesidades de la población adulta mayor, que es la compañía.

Autores como Horne y Tierney (2012) han enfatizado que las adultas mayores resienten en mayor intensidad la ausencia de un ambiente con apoyo social hacia la actividad física. Incluso mencionan que la falta de socialización hacia el movimiento que ellas han tenido podría ser una barrera por considerar. A pesar de lo anterior, las adultas mayores de este estudio consideraron como uno de los puntos más altos las relaciones sociales entre la población adulta mayor y los diferentes apoyos que prevalecen entre las personas de dicho grupo.

El valorar altamente el ambiente social y físico de los centros diurnos es contrario a la revisión sistemática de Hales et al. (2017), donde se indicó que las principales barreras de participación en las sesiones de actividad física en los centros de personas adultas mayores fue la presión de mantenerse a la altura de la clase. En los hallazgos de este estudio, se valoró altamente el apoyo que se dan entre participantes en las diferentes actividades físicas y la labor de ayuda constante de quienes imparten la clase para que todas las personas participantes pudieran tener éxito a la hora de involucrarse en las actividades físicas. Al respecto, Lox et al. (2010) mencionan que, para mantener una conducta, en este caso la actividad física, el apoyo entre participantes juega un rol determinante en el involucramiento y la adherencia a la actividad.

Diferente a algunos estudios que reportan barreras ambientales, como la falta de transporte o la dependencia en familiares para que los lleven a los centros de población adulta mayor (Aily et al., 2017), en este estudio no emergieron como barreras, posiblemente, debido a que los centros diurnos incluidos en este estudio ofrecen transporte. A la hora de determinar las barreras ambientales que perciben, mencionan más elementos en la comunidad que en el centro diurno como impedimentos para involucrarse en actividades físicas, lo que está en consonancia con estudios previos como los de Baert et al. (2011), donde se menciona el desconocimiento de esta población de la geografía de la comunidad y de opciones para participar en actividad física. Últimamente, los niveles de inseguridad en la comunidad han sido reportados como factores que frenan a las personas adultas mayores a realizar actividad física (Franco et al., 2015).

## Conclusiones

Este estudio ha mostrado que los elementos percibidos por las personas adultas mayores para realizar actividad física incluyen la motivación generada por el disfrute, la autoeficacia positiva y la estructura de apoyo social entre participantes, sin mencionar el modelaje positivo de instructores en los centros diurnos. Paralelamente, las barreras que disminuyen la participación son el miedo a sufrir alguna lesión, carencias de apoyo o sobreprotección en el entorno familiar.

Los hallazgos de este estudio en relación con las barreras que perciben algunas personas adultas mayores para realizar actividad física se enmarcan en percibirse frágiles, sumado a la barrera ambiental de encontrar pocas posibilidades en la comunidad y el hogar para realizar actividad física.

El entendimiento de las conductas de actividad física es esencial para el desarrollo y mejoramiento de las políticas e intervenciones en la población adulta

Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la... mayor. En particular, las que tienen que ver con el acceso a programas y propiciar entornos amigables con esta población.

## **Recomendaciones**

Para próximos estudios, se recomienda indagar a mayor profundidad en las barreras que enfrentan las personas adultas mayores en el entorno de la comunidad. Adicionalmente, incluir personas adultas mayores que no participan en centros diurnos, con el fin de detectar elementos y factores que impiden que esa población acceda a los programas dirigidos a la población adulta mayor ofrecidos en la comunidad.

Las personas formuladoras de políticas pueden hacer mucho para mejorar la promoción de la actividad física en múltiples niveles. Como pocas personas del estudio fueron impulsadas a participar para obtener beneficios de salud física, se debe dar más atención a los beneficios sociales, la diversión, la risa y el disfrute que pueden ser obtenidos. Las etiquetas aplicadas a la promoción de actividad física deben estar tan abiertas e inclusivas como sea posible.

## Referencias

- Aily, J. B., Carnaz, L., Farche, A. C. S. & Takahashi, A. C. de M. (2017). Perception of barriers to physical exercise in women population over 60. *Motriz: Revista de Educação Física*. <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201700020012>
- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] 2014. Australia's health 2014. Australia's health series no. 14. Cat. no. AUS 178. <http://www.aihw.gov.au/australias-health/>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C. & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Bauman, A.E., Reis, R.S. & Sallis, J.F. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380, 258-271.
- Costello, E., Kafchinski, M., Vrazel, J. & Sullivan, P. (2011). Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34(3), 138-147. <https://doi.org/10.1519/jpt.0b013e31820e0e71>
- Enríquez-Reyna, M. C., Cruz-Castruita, R. M., Ceballos-Gurrola, O., García-Cadena, C. H., Hernández-Cortés, P. L. & Guevara-Valtíer, M. C. (2017). Psychometric properties of the Exercise Benefits/Barriers Scale in Mexican elderly women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1566.2902>
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H. & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Br J Sports Med*. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094015>
- García, V., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10 (40), 556-576.
- Krueger, R. (1991). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Beverly Hills.
- Hales, C.M., Carroll, M.D., Fryar, C.D. & Ogden, C.L. (2017). Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015-2016. [www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db288.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db288.pdf)
- Horne, M. & Tierney, S. (2012). What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults: A systematic review of qualitative studies. *Preventive Medicine*, 55(4), 276-284. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.016>

- Álvarez-Bogantes, C., et al. Entendiendo los factores que motivan e impiden la...
- Kosteli, M.C., Williams, S.E. & Cumming, J. (2016). Investigating the psychosocial determinants of physical activity in older adults: A qualitative approach. *Psychology & Health*, 31(6),734-753. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1143943>
- Lim, K. y Taylor, L., (2005). Factors associated with physical activity among older people: a population based study. *Prevention Medicine*, 40, (1), 33-40. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.04.046. PMID: 15530578.
- Lox, Curt, Martín, K. & Petruzzello, S. (2010). *The Psychology of Exercise*. HHP.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1995). *Designing qualitative research*. Sage Publication.
- Neha, P.G. & Bradley, J.K. (2016). Barriers, Motivations, and Preferences for Physical Activity Among Female African American Older Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2333721416677399>
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Method. Integrating Theory and Practice*. (4th ed.). Sage.
- Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M.C., Alonso-Castillo, M.M. y Tenahua-Quitl. I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 48(2), 127-132. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745507003.pdf>
- Torrío Linares, E; Vilariño Santín, C; Andrés Villas M; Menéndez Álvarez S y López López M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología II. Análisis del Modelo Ecológico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Valle, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.
- Wan, N., Wen, M., Fan, J.X., Tavake-Pasi, O. F., McCormick, S., Elliott, K. & Nicolosi, E. (2017). Physical Activity Barriers and Facilitators Among US Pacific Islanders and the Feasibility of Using Mobile Technologies for Intervention: A Focus Group Study With Tongan Americans. *Journal of Physical Activity and Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0014>
- Zalewski, K., Alt, C. & Arvinen-Barrow, M. (2014). Identifying Barriers to Remaining Physically Active After Rehabilitation: Differences in Perception Between Physical Therapists and Older Adult Patients. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2014.5171>

## **CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES. UN ESTUDIO DE CASOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA**

### **PROBLEMATIC CONSUMPTION IN ELDERLY PEOPLE. RESENT RESEARCH ABOUT CASES IN THE METROPOLITAN AREA OF BUENOS AIRES, ARGENTINA**

María Florencia Baglione<sup>1</sup>, Paula Pochintesta<sup>2</sup>

Recibido:26-08-2020 Corregido:25-08-2021 Aceptado: 20-10-2021

#### **RESUMEN**

El presente trabajo se inscribe en la perspectiva del curso de vida y tuvo como objetivo principal analizar las trayectorias de vida de personas de 60 años o más, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y que se encuentren o hayan atravesado una situación de consumos problemáticos. Además, analizó si estos comportamientos se encuentran asociados a ciertas transiciones o puntos de inflexión específicos. Para ello, se optó por una metodología cualitativa, orientada por un diseño de investigación descriptivo-exploratorio. Se trata de un estudio de casos instrumental llevado a cabo mediante entrevistas en profundidad, cuyo objetivo fue reconstruir cinco trayectorias biográficas. Las mismas fueron realizadas desde principios de febrero hasta abril del 2020. Este proceso se vio permeado por el advenimiento de la pandemia por COVID-19 y las medidas de prevención empleadas por parte del Gobierno argentino.

Los resultados muestran que los consumos presentan una iniciación temprana, cuyo desarrollo se relaciona –directa o indirectamente– tanto a transiciones de tipo evolutivas, laborales, de salud o familiares como, también, a puntos de inflexión vinculados a separaciones y pérdidas de personas queridas.

**PALABRAS CLAVE:** Personas adultas mayores, consumos problemáticos, curso de vida, transiciones, puntos de inflexión.

#### **ABSTRACT**

The following work is part of the perspective of the life course and had as its main objective to analyze life trajectories of senior people ranging from 60 years old and above - residents of the Metropolitan Area of Buenos Aires -, who find or found themselves going through a situation of problematic consumption. In addition, it analyzed whether these behaviors are associated with certain specific transitions and/or inflection points. To this end, a qualitative methodology was chosen oriented by a descriptive-explanatory research design. It is a case study, based on an intentional sample that enabled, through conducting in-depth interviews, to reconstruct five biographical trajectories.

The results show that consumptions have early initiation, the development of which relates - directly or indirectly - to evolutionary, labor, health and/or family transitions as well as turning points linked to separations and the loss of loved ones.

**KEY WORDS:** Elderly people, problematic consumption, life course, transitions, turning points.

---

<sup>1</sup>Egresada de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de Luján (UNLu). Investigadora Independiente. Buenos Aires, Argentina E-mail: [florenciabaglione@gmail.com](mailto:florenciabaglione@gmail.com)

<sup>2</sup>Doctora en Ciencias Sociales, Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente en el Centro del Adulto Mayor “Mario Streijilevich” (CONICET), Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [ppochintesta@conicet.gov.ar](mailto:ppochintesta@conicet.gov.ar)



## Introducción

Históricamente, en Argentina el estudio, abordaje y legislación de los consumos problemáticos se encontró centrado únicamente en las sustancias ilegales; no obstante, con el transcurrir del tiempo, las variaciones en estos tipos de comportamientos han contribuido a que los distintos organismos consideren que no solo hace referencia al narcotráfico. De esta forma, se empezó a incorporar sustancias que poseen un estatuto de legalidad, que para Menéndez y Renée (2006), no son controladas ni en materia de producción ni consumo, en comparación de aquellas declaradas ilegales.

A su vez, debe considerarse que este tipo de acciones está mayormente asociado a personas jóvenes y, por ende, se ignora el hecho de que las personas adultas mayores también pueden experimentar algún comportamiento de esta índole (Acuna, 2017). Según los datos proporcionados por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar, 2017), las personas que comprenden entre 50 y 65 años son las que más consumen a nivel nacional. Se observa una mayor preponderancia de sustancias legales como el tabaco (59.3 %), el alcohol (78.5 %) y el consumo de analgésicos que representa un 6.2 %. Frente a este panorama, las drogas ilícitas representan un 5.9 %, y la marihuana, específicamente, un 4.8 %. A su vez, la IV Encuesta nacional de factores de riesgo del Ministerio de Salud de la Nación (2018) coincide con los datos presentados en torno al tabaco y el alcohol. Determina además que el consumo de tabaco en mayores de 65 años representa un 10.2 %; mientras que, en el caso del alcohol, se estima un 4.3 %.

En este punto, continuar asociando los consumos únicamente a las poblaciones jóvenes y adultas solo contribuye a promover una invisibilización de la cuestión, en un sector que se encuentra en constante crecimiento como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad. En un contexto de

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... envejecimiento poblacional a nivel regional, Argentina se encuentra entre uno de los cuatro países más envejecidos del Cono Sur. En efecto, el porcentaje de personas mayores de 60 años representa el 16 % de la población para 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2013). En la provincia de Buenos Aires, este porcentaje alcanza un 10.7 % y, en la Ciudad de Buenos Aires, un 16.4 %. Ambos distritos constituyen el área de estudio y se caracterizan por ser las jurisdicciones más envejecidas del país. Retomando los datos de este perfil envejecido, González (2012) sostiene que la falta de disposiciones referidas al tema y la constante expansión de este fenómeno demográfico podría repercutir en un aumento del consumo, si no es abordado de manera óptima y eficaz.

Cabe destacar, que las perspectivas utilizadas para el estudio y abordaje de los consumos han variado con el transcurso de los años y actualmente se promueve la implementación de una mirada *integral*. Esta, a diferencia de sus precedentes, reconoce que los consumos constituyen una problemática multicausal, lo que implica, necesariamente, establecer relaciones entre tres ámbitos: el contexto, la persona y el vínculo que establece con la sustancia/acción en cuestión. Es decir, que esta perspectiva no se centra únicamente en el comportamiento desarrollado, sino también en “el sujeto, su entorno, su historia, los vínculos y las redes con las que cuenta y el contexto donde está inserto, entre otros factores” (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2018, p. 31). Toda esta información conforma el principal recurso para identificar aquellos factores que pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores, en un proceso que busca promover el cese de este tipo de comportamientos.

Es en este sentido que se considera central incorporar a la “sociedad de consumo” en la comprensión de la problemática, si bien esta no se constituye en un factor determinante, es el escenario en cual se desarrolla. Así, esta lógica se instaura como nuevo ordenador social, caracterizado principalmente por promover el consumo

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... de bienes y servicios determinados como medio para sobrellevar ciertos padecimientos subjetivos u objetivos (Carosio, 2008). Es decir, que esta nueva idea en torno a los bienes materiales crea la necesidad de consumir bienes –desechables– para ocupar un lugar determinado en la sociedad y alcanzar “la felicidad”.

Debido a la diversidad que adquieren los consumos bajo este escenario, esta cuestión no se limita únicamente a las sustancias, sino que debe tenerse en cuenta el hecho de que cualquier actividad que una persona desarrolle y considere placentera puede generar una conducta adictiva. Según la Ley 26934/2014 Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos en su artículo 2, se entenderá como consumo problemático a todo comportamiento que “mediando o sin mediar sustancia alguna - afecta negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales”.

En síntesis, abordar la problemática de los consumos y la multiplicidad de formas en las que se hace presente, desde una mirada integral, implica reconocer si se trata de una adicción de iniciación temprana, es decir, aquella preexistente a la vejez, o de iniciación tardía, vinculada a factores estresantes vivenciados *durante* la vejez (Becerra y Arteaga, 2017). Sin embargo, las trayectorias de vida no pueden pensarse como etapas aisladas que no tienen ningún tipo de relación entre sí. Debido ello, el paradigma del curso de vida se constituye en una herramienta útil, que posibilita comprender y analizar las particularidades que adquiere este tipo de comportamientos a lo largo de toda la existencia.

En este sentido, resulta clave reconocer la heterogeneidad de las trayectorias vitales y de las personas mayores, aspecto contemplado, para Gastron y Oddone (2008), por el paradigma del curso de vida. Este enfoque parte de considerar a la vida humana – y su propio desarrollo– como una totalidad; es decir, como un conjunto de procesos que ocurren desde el nacimiento hasta la muerte, que está compuesto por momentos,

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... transiciones y puntos de inflexión. Las transiciones implican un cambio de estado o posición gradual al interior de una determinada sociedad (Elder, 1998); mientras que los puntos de inflexión son aquellas “alteraciones del camino de la vida” (Gastron y Oddone, 2008, p. 7) o “eventos más radicales” (Lynch, 2015, p. 5) que conllevan una reorientación de la trayectoria, obligando a implementar estrategias para afrontarlos.

Cabe considerar que, este paradigma planteado por Elder (1998) y retomado por diversos autores, como Valenzuela Sepúlveda (2010), se encuentra constituido por cinco principios rectores. El primero consiste en reconocer que el desarrollo humano y crecimiento es un proceso que se da a lo largo de toda la vida y que todo acontecimiento vivenciado repercute en la experiencia y trayectorias posteriores. El segundo abarca al tiempo y lugar histórico; ello implica entender que el curso de vida se desarrolla en un momento determinado que es dinámico y cambiante, con características propias que inciden en el desarrollo humano, dando cuenta de las posibilidades y limitaciones que dicho contexto acarrea. En tercer lugar, se plantea el *timing* vinculado a la edad social y las transiciones o eventos en el curso de vida de las personas, que responden o no a las normas sociales impuestas en un determinado momento histórico. Es decir, remite a las “expectativas culturales”, que le son adjudicadas socialmente, tanto en relación con las normas/leyes como con aquellas referidas a las obligaciones familiares (Elder, 1998, p. 13).

El cuarto principio es el de vidas interconectadas, que percibe a la persona como un ser social y no aislada, además, que construye una “red de relaciones compartidas”, permitiendo dar cuenta de las influencias históricas y sociales (Elder, 1998, p. 9). Por último, el principio de agencia humana o “libre albedrío” asume que las personas son activas y construyen sus propias trayectorias en base con las posibilidades y limitaciones que el contexto les proporciona, a partir de las cuales toman decisiones (Blanco, 2011). Sin embargo, se considera que, en algunos contextos de enorme

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... vulnerabilidad social y económica, muchas veces, la posibilidad de “elegir” es limitada o inexistente dejando sólo como opción la selección de lo “menos” adverso.

El presente trabajo recupera, por un lado, los aportes de la perspectiva del curso de vida para comprender y analizar de manera conjunta la historia, las trayectorias sociales y de desarrollo de las personas adultas mayores. Asimismo, cómo estas se vinculan al consumo problemático, reconociendo la singularidad de cada una de ellas. Así, permite analizar los cambios percibidos por las personas adultas mayores sobre su comportamiento y personalidad, asociados a un marco social y cultural en el que transcurre este momento vital (Gómez Di Vincenzo y Cagide, 2018). Por otro lado, se inscribe en los estudios que abordan los consumos desde una perspectiva integral lo que, a su vez, implica que estos comportamientos son transversales y permean vastos sectores poblacionales. En este sentido, es importante considerar el hecho de que los parámetros establecidos por los organismos nacionales e internacionales centran su análisis en las personas de entre 14/15 años y 60/65 años, contribuyendo a promover la invisibilización de aquellos sectores que superan esa franja etaria.

De esta manera, el objetivo principal propuesto consiste en conocer aquellos cambios que perciben en sus trayectorias de vida personas de 60 años y más, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y que atravesaron o se encuentran atravesando una situación de consumos problemáticos. En cuanto a objetivos específicos, el trabajo identifica transiciones y puntos de inflexión vinculados a los consumos problemáticos. Por otra parte, reconstruye las trayectorias biográficas y permite situar diferentes temporalidades (edad cronológica, cohorte de nacimiento y periodo histórico) para analizar el fenómeno. Por esta razón, el análisis se inscribe tanto desde el punto de vista teórico como metodológico en la perspectiva del curso de vida.

## Metodología

A los fines de cumplimentar los objetivos propuestos en la investigación, se empleó una metodología cualitativa orientada por un diseño descriptivo-exploratorio. De esta forma, la estrategia metodológica combina diversos elementos. Se optó por un estudio de casos instrumental, en tanto la comparación entre casos permite comprender la particularidad y complejidad que adquieren los consumos problemáticos a lo largo del curso de vida, principalmente en la vejez, y no se focaliza en los casos en sí mismos (Stake, 1995). Como técnica de recolección se utilizó la entrevista en profundidad a fin de conocer las propias percepciones de las personas participantes y reconstruir su biografía (Piovani, 2018). Este marco dialógico y abierto permitió acceder a la reconstrucción de las trayectorias de vida (elemento clave del paradigma del curso de vida) y dar respuesta a las preguntas de investigación. Debido a que este tema no cuenta –aún– con un desarrollo teórico específico, la investigación pretende desarrollar un conocimiento en base a los aspectos objetivos y subjetivos, a partir del análisis de las trayectorias de vidas en cuestión (Neiman y Quaranta, 2006).

El trabajo de campo se desarrolló desde principios de febrero hasta abril del 2020. Cabe destacar que, tres de ellas fueron realizadas de manera presencial posibilitando una interacción más fluida y la observación del comportamiento corporal por parte de las personas entrevistadas. No obstante, este proceso se vio limitado a mediados de marzo por las medidas dispuestas por el Gobierno argentino frente a la pandemia ocasionada por la COVID-19. Dado que la población objeto de este estudio (personas de 60 y más) constituye uno de los grupos de riesgo identificados durante la pandemia, se optó por emplear la aplicación de videollamada WhatsApp (2). Esta comunicación simultánea, bidireccional, de audio y video posibilitó continuar con el trabajo de campo, reconstruir las trayectorias del curso de vida de las personas

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... entrevistadas y obtener cierta información no verbal, como gestos, movimientos del torso superior, brazos y manos. Esto último, se constituyó en la principal divergencia entre ambas modalidades; aunque, por el contrario, la cuestión vinculada a la interacción y la predisposición por parte de las personas entrevistadas fue similar. Aproximadamente, la duración de las cinco entrevistas fue de una hora y media dependiendo, principalmente, de la disponibilidad horaria de quienes participaron.

Los criterios que guiaron la selección de los casos fueron: a) grupos de personas de 60 años a 69 años y de 70 y más; b) género: varones y mujeres; c) personas que se encuentren o hayan atravesado un consumo problemático, y d) residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires<sup>3</sup> (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Estructura de la muestra, según grupos de edades y género.*

<b>Edad</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Varones</b>	<b>Total</b>
60 a 69	2	1	3
70 y más	1	1	2
<b>Total</b>	3	2	5

*Nota.* Elaboración propia, con base en los datos de la investigación.

Se realizaron entrevistas en profundidad a fin de reconstruir las trayectorias de vida, haciendo énfasis en la problemática del consumo y todos aquellos aspectos ligados al mismo. De esta forma, se recuperó la perspectiva de las personas sobre aquello que consideran significativo desde su propia experiencia, algunas de sus principales

<sup>3</sup>Definida como la zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate, entre otras jurisdicciones que podrán integrarse.



Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... memorias, así como también sus propios análisis y valoraciones de lo acontecido (Piovani, 2018). Los ejes abordados fueron organizados de acuerdo con los distintos momentos del curso de vida, considerando la edad cronológica y las transiciones “socialmente esperables”. Así, se indagaron las trayectorias familiares, laborales, educativas y de salud, entre otras; los puntos de inflexión vivenciados y la organización de un día cotidiano. En lo que respecta al consumo propiamente dicho, se enfatizó en el cómo y cuándo se inició y si este se encontraba vinculado a un motivo específico. Además, se buscó reconstruir la frecuencia de este comportamiento, indagando si hubo períodos puntuales en los que se vio interrumpido. En torno a la percepción sobre el consumo, se consideró importante indagar si el mismo fue/es considerado como problemático.

Para situar el contexto en el cual se han desarrollado las entrevistas, se describen a continuación las características sociodemográficas de los casos que, a los fines de proteger su identidad, serán identificados con seudónimos. Se entrevistó a tres mujeres: Carolina de 60 años, residente de la localidad de Pilar; Lorena de 63 años, de Pilar, y María de 70 años, de Villa Devoto. Además, se entrevistó a dos varones: José de 65 años, de Caballito, y Alfredo de 71 años, de Moreno.

Relacionado al *estado civil*, María es la única casada, mientras que Carolina y Lorena están separadas/divorciadas. En el caso de los varones, José y Alfredo son solteros, con la salvedad de que ambos se encuentran en pareja, pero solo este último convive con ella.

En cuanto al *nivel educativo*, María y José completaron sus estudios secundarios, mientras que este último, cursó estudios superiores. El resto de las personas entrevistadas culminaron los estudios primarios e ingresaron de manera temprana al mercado laboral. Otro dato esencial para considerar es que María y Alfredo ya se jubilaron. Este último realiza, además, actividades de jardinería (“changas”).

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... Carolina y Lorena continúan desempeñándose como auxiliares de limpieza en instituciones educativas. Mientras, José, debido a que todavía le faltan años de aporte, continúa ejerciendo como profesor de educación física en el nivel primario.

En cuanto al análisis de los datos, se solicitó la autorización para grabar las entrevistas y poder llevar a cabo un registro más detallado del diálogo y la situación que se presentaba. Una vez realizadas las transcripciones, se compararon las distintas trayectorias de vida a los fines de observar similitudes y diferencias. De esta forma, se elaboró una matriz que permitió organizar y clasificar los datos obtenidos, teniendo como ejes organizadores los momentos del curso de vida: de 0 a 11 años, de 12 a 18 años, de 19 a 59 años y de 60 años en adelante. En cada uno de ellos, se identificaron transiciones o puntos de inflexión relacionados a distintos ámbitos: familiar, laboral, muerte/pérdida, de salud o movilidad, entre otros. También, se especificaron otros aspectos, como tipo de consumo (químico/no químico), edad de inicio (iniciación temprana/tardía), prevalencia/frecuencia del consumo (a lo largo de su trayectoria y períodos de interrupción y/o cese). En cuanto a las redes de apoyo social (primarias, secundarias y formales), se identificó cuales promueven este tipo de comportamientos o actúan como factores de protección. Esta operación de ordenamiento permitió identificar y relacionar el inicio, cese y recaídas de un consumo particular, con determinados tipos de transiciones o puntos de inflexión y el rol que desempeñaron las redes sociales en dicho momento.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos, a partir de la reconstrucción de las trayectorias biográficas y los aspectos vinculados al consumo.

## **Resultados**

Si bien las distintas trayectorias adquieren características diferenciales acorde a cada biografía, se identificaron similitudes. De esta forma, se observó en las cinco

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... personas entrevistadas, quienes nacieron entre las cohortes de 1949 y 1960, que los consumos de sustancias “químicas” corresponden a una iniciación temprana, es decir, preexiste a la vejez (Acuna, 2017).

Ello se encuentra relacionado con el uso de la publicidad como técnica de persuasión, empleada por las empresas con el fin de generar un estímulo en potenciales consumidores para que incorporen los productos que se les ofrecen. Si bien, en un primer momento su uso se abocaba a ciertos productos como ropa o utensilios de uso diario, las sustancias “químicas” con un “estatus de legalidad” (Menéndez y Renée, 2006, p. 37) no quedaron exentas. Esta situación puede observarse claramente a partir de las propagandas televisivas empleadas desde finales de los 60 y principios de los 70, donde se promovía el consumo de determinados productos como, por ejemplo, cerveza y cigarrillos. Dichas propagandas mostraban reuniones recreativas de personas jóvenes y adultas, que se presentaban libres de cualquier tipo de malestar, donde se obviaban y naturalizaban las consecuencias biopsicosociales a las que se exponía al iniciar y desarrollar ese tipo de consumo. Considerando este escenario planteado por la sociedad y las lógicas de consumo, también se destaca el hecho de que esta acción se encontró, en algunos de los casos, asociada a ciertos momentos vivenciados a lo largo del curso de vida (ver tabla 2).

**Tabla 2**

*Inicio del consumo*

<b>Nombre</b>	<b>Año inicio</b>	<b>Edad</b>	<b>Comportamiento/ Sustancia</b>	<b>Transición</b>	<b>Punto de inflexión</b>
Carolina	1975	15	Tabaco	Evolutiva Laboral	-
Lorena	1973	18	Tabaco	Evolutiva Matrimonio	-
	2009	52	Juegos de azar	-	Separación
José	1985	30	Drogas	-	-
María	1967	16	Tabaco	Evolutiva	-

Nombre	Año inicio	Edad	Comportamiento/ Sustancia	Transición	Punto de inflexión
	2000	55	Juegos de azar	-	-
Alfredo	1965	16	Alcohol	Evolutiva Laboral	Abandono parental
	2006	57	Tabaco	-	-

*Nota.* Elaboración propia, con base en los datos de la investigación.

Como se puede observar, en los casos de Carolina, Lorena, María y Alfredo, el consumo de tabaco y alcohol surge en la adolescencia, mientras que las acciones vinculadas a los juegos de azar, el consumo de drogas y de tabaco en el resto de los casos se iniciaron con posterioridad a este momento vital.

En cuanto al consumo de tabaco (cigarrillos), las mujeres entrevistadas manifestaron que han iniciado este comportamiento porque era algo *común* en ese entonces, despertando en ellas cierto grado de curiosidad:

Vos sabes que no sé cómo empecé a fumar, sé que un hombre que salía con mi mamá fumaba y de ahí empezamos a fumar con mis hermanos... quedó el hábito, no sé qué es lo que nos motivó en ese momento, la verdad no me acuerdo. A su vez, empezó mi mamá a fumar, junto con nosotros (Carolina, 2020).

El primer cigarrillo, fue por curiosidad (tose), cuando íbamos a bailar con las chicas (tose) claro, en esa época era de canchero jugar y ... todo el mundo fumaba... los pibes, las pibas... qué sé yo, era de cancherear. Ahí empecé a probar el cigarrillo (María, 2020).

En el caso de Alfredo (2020) afirmó que el consumo de alcohol inició a los 16 años “cuando empecé a juntarme con los pibes del trabajo... nos íbamos a una casa o a un bar, no teníamos días ni horarios... solo tomábamos birra cuando teníamos ganas”. Sin embargo, a lo largo de la entrevista, vincula este hecho a la influencia de la imagen paterna, quién también consumía de manera habitual alcohol, y la situación que vivía en

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... su hogar. Destaca el hecho de haber presenciado, durante su infancia, como su padre ejercía violencia contra su madre. Cuando tenía 14 años su padre abandonó el hogar familiar, esto se constituyó en un punto de inflexión, previo a la iniciación del consumo, que lo obligó a dejar sus estudios e ingresar tempranamente al mercado laboral con ayuda de sus tíos, para ser sostén económico de su madre y hermana. De manera análoga, Carolina y Lorena comienzan a trabajar tempranamente e interrumpen su trayectoria escolar a consecuencia de ello. Como se puede observar, estas tres personas entrevistadas contaban en su adolescencia con ingresos propios que facilitaban el consumo.

En lo que respecta a la realización de actividades vinculadas a los juegos de azar, las entrevistadas manifestaron que su inicio fue después de los 50 años y que las mismas son vistas como un acto recreativo, una salida social. En el caso de Lorena (2020), esta acción se encontró, además, marcada por un punto de inflexión: “Ponele, adicta adicta al bingo me hice después de terminar con el gaucha... hasta que estuvo él no jugaba”. Afirma que esta persona aún es “el amor de su vida”, si bien fue ella quien tomó la decisión de establecer la ruptura de la relación, este acontecimiento marcó un cambio profundo en su trayectoria.

Cabe destacar que, además de esta finalidad de distracción, el juego es percibido como una oportunidad de obtener un rédito económico, lo que genera que este tipo de comportamiento, en comparación con el consumo de otras sustancias “químicas”, no sea considerado como perjudicial para la salud. La ponderación del “daño o perjuicio” en este aspecto, solo se mide por la posibilidad de afrontar “el gasto”.

Yo gasto mi plata que la laburo yo. Entonces, por ahí digo, sí tenía tanta plata ¿por qué me fui? Y después digo... ¿y por qué no? Sí yo tenía ganas de comerme esto (señala un helado) hoy, me lo comí... sí mañana estoy a mate, es mi problema... vivo cada día como si fuera el último (Lorena, 2020).

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio...  
Sí yo tengo mil pesos me los juego y después si los pierdo me digo a mí misma que tarada, perdí mil pesos y podría haberme comprado algo que quiero, pero yo lo disfruto así... y cuando gano me compro lo que quiero... o cuando cobro (María, 2020).

Este posicionamiento es lo que genera que el desarrollo de las actividades de este tipo se vea interrumpida únicamente por dos razones: el no contar con el recurso económico para realizarlas o que los establecimientos encargados de realizarlas (como bingos y casinos) se encuentren inhabilitados/cerrados. Consecuentemente, se opta por otras alternativas que logren ofrecer ese tipo de entretenimiento en un escenario diferente. Entre ellos, se encuentran los juegos *online* disponibles en distintas páginas web y aplicaciones, como así también aquellas actividades promovidas en redes sociales, como el bingo virtual. Esto se vio potenciado desde el 20 marzo de 2020, tras la disposición del Gobierno nacional, cuando se implementa el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) como una de las medidas de enfrentamiento ante la pandemia por COVID-19. Ello implicó que estos establecimientos cerraran de manera indefinida.

En lo que respecta a la interrupción de los consumos de sustancias “químicas”, se observó que estuvo asociada a tres tipos de transiciones relacionadas a la salud, a la movilidad (migración) y a la maternidad. En torno a los puntos de inflexión, se observa que el cese de estos comportamientos estuvo vinculado a la pérdida (padre) y enfermedad (nieta) de un miembro de la familia (ver tabla 3).

**Tabla 3**

*Transiciones y puntos de inflexión relacionados a episodios de interrupción momentánea y cese definitivo del consumo.*

Momentos del curso de vida		Interrupción del consumo				Cese del consumo		
		Carolina (60 años)	Lorena (63 años)	José (65 años)	María (70 años)	Lorena (63 años)	José (65 años)	Alfredo (71 años)
Transiciones	Maternidad	X	X		X			
	Salud			X				
	Migración			X				
	Abuelidad							
Puntos de inflexión	Muerte							X
	Salud/Familiar					X		
	Pandemia		X		X			

*Nota.* Elaboración propia, con base en los datos de la investigación.

En el caso de las mujeres entrevistadas, la interrupción se observa únicamente en períodos de embarazos y lactancia materna, debido a que ingerir este tipo de sustancias trae consecuencias en la formación y crecimiento del bebé. Estos períodos de abstinencia por parte de las entrevistadas varían de acuerdo con la cantidad de veces en las que estuvieron embarazadas, María tuvo dos hijas, Carolina cuatro hijos, mientras que Lorena tuvo seis. Un aspecto en común es que las tres retomaron el consumo, lo cual también puede verse condicionado por el hecho de que sus respectivas parejas eran fumadoras. Sin embargo, estamos haciendo referencia a un tipo de consumo que se ha ido incorporando a la cotidianidad de estas mujeres adquiriendo cierto hábito; independientemente de que su pareja cesara esta acción o dejara de convivir con ellas.

En el caso de los varones, solo uno de ellos presentó, a lo largo de su trayectoria, dos episodios puntuales donde el consumo de sustancias se vio interrumpido; pero, a diferencia de las mujeres, ello se debió principalmente a la realización de un tratamiento

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... de salud y a una *fuga geográfica*. Esta última, tenía como finalidad concluir con los problemas derivados de su consumo; sin embargo, este proceso no fue sostenido al retornar a su lugar de origen.

La percepción del consumo de sustancias “químicas” como un problema se observó en todos los casos, vinculado principalmente a las consecuencias que derivan de estas acciones. La diferencia es que, en el hábito de fumar, el énfasis está puesto en el daño que la exposición a este químico ocasiona en las personas a su alrededor. Esto generó que las entrevistadas, si bien continuaban consumiendo en la actualidad, disminuyeran la frecuencia con la que fumaban en presencia de otras personas a las que podrían perjudicar, principalmente embarazadas y nietos o nietas.

Yo no fumo cuando están los chicos (...) o mujeres embarazadas... por ejemplo, cuando cuido a Kiara -su nieta- hasta que ella no se va yo no fumo. Si siento las ganas de fumar y están ellos, me voy a afuera y después estoy ahí con ellos, pero siempre trato de esperar hasta que se vayan (Carolina, 2020).

“Trato de fumar menos, por ejemplo, acá” -refiriéndose a la casa de su hija mayor- “nadie fuma y a Mario no le gusta que fumen... y por eso fumo menos... porque estamos todos reunidos, charlando y no voy a dejar la reunión para irme a fumar” (María, 2020).

Cabe destacar el caso de Lorena, quien decide y sostiene el cese de su consumo a partir de un episodio que actuó como punto de inflexión en su trayectoria; a saber, dicho episodio fue la hospitalización de su nieto menor. Este esquema de acción que implica “una promesa” que compromete la salud de un familiar es repetido constantemente: “siempre prometo por algo o no te juego a la quiniela o no voy al bingo” y “siempre relacionado con otro”.

En lo que respecta a las restantes sustancias, la suspensión estuvo centrada en las repercusiones de estos comportamientos en el ámbito laboral y social. Se observó que el

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... incremento del consumo de alcohol en el cotidiano fue erosionando los vínculos familiares, como también un abandono/descuido de las responsabilidades laborales. Adicionalmente, el mayor involucramiento con las drogas generó una merma en el rendimiento físico y psicológico. Tras la pérdida de su madre, Alfredo (2020) comenta lo siguiente: “Me metí en muchos líos, no iba a trabajar... vivía tomando”. Además, destaca que vivenciar el posterior reencuentro y muerte de su padre fue lo que le “hizo clic... de verdad yo quería eso, morir solo y así... no podía, ni quería (...) seguir el mismo camino que mi viejo... fui perdiendo a las personas que me querían y que yo quería... entonces era hora de hacer algo”. En esta misma línea, José (2020) señala lo que se indica a continuación:

Pese a todo eso, generé una relación muy buena con mis chicos, siempre cuidé la familia... en ese aspecto siempre trabajé, me ocupé de mis afectos (...) por cuestiones de salud hice una pausa... cuando estaba haciendo un tratamiento para la Hepatitis dejé de consumir... casi dos años. Y en esos dos años, uno subía profesionalmente.

Fueron los puntos de inflexión vinculados a la pérdida de un ser querido y las distintas repercusiones en la esfera familiar y laboral, lo que motivó a estos dos entrevistados a iniciar un tratamiento con el objetivo de cesar este tipo de comportamientos. Así, grupos de la sociedad civil (Narcóticos Anónimos y la “Iglesia del barrio”) e instituciones públicas (hospitales) desempeñaron un rol fundamental al proporcionar el acompañamiento y las herramientas que este tipo de procesos requiere. Sin embargo, el proceso de tratamiento no se caracterizó por ser lineal, sino que en ambos casos se vivenciaron episodios puntuales de recaídas. En particular, estas recurrencias estuvieron vinculadas a episodios y sentimientos negativos, como la angustia derivada de la muerte de un familiar, es decir, que el consumo fue tomado

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... como una forma de sobrellevar la pérdida. Tras vivenciar estas reincidencias, ambos lograron sostener sus tratamientos.

## Discusión y Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se abordaron los consumos problemáticos en personas adultas mayores de 60 años, uno de los aportes se dirige a visibilizar un sector poblacional relegado –hasta el momento– dentro del estudio de esta problemática. En parte, esto se debe, a la existencia de una serie de estereotipos que asocian estos comportamientos con las personas jóvenes. Esta situación se torna paradójica en un contexto de franco envejecimiento poblacional, tanto regional como local.

La perspectiva del curso de vida resultó fértil para estudiar los consumos desde un enfoque integral, asumiendo que el envejecimiento es un proceso diferencial y complejo. En efecto, este enfoque posibilita considerar las relaciones existentes entre el consumo propiamente dicho, el desarrollo individual, social e histórico. De allí, la importancia de reconstruir las trayectorias familiares, laborales y educativas situadas en la propia estructura capitalista. La reconstrucción biográfica permitió identificar transiciones y puntos de inflexión vinculados a los consumos, como ponderar la valoración que cada persona entrevistada tiene sobre su relación con la sustancia o comportamiento definido como problemático.

Retomando el objetivo sobre la reconstrucción de transiciones y puntos de inflexión vinculados al consumo, se destaca que en cuatro de los cinco casos el inicio del consumo estuvo asociado a una transición de tipo evolutiva, que se inscribe entre los 12 y 18 años. En este momento del curso vital la construcción de la identidad, acompañada de cambios físicos y psicológicos adquiere gran importancia. Es decir, la persona adolescente, durante este estadio social, busca definirse a sí misma, estableciendo cierto grado de autonomía mediante la separación de la familia. En su

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... lugar, comienzan a tomar mayor relevancia los grupos de pares e ideales culturales que fomentan la independencia económica y la constitución de un proyecto para el futuro (Waserman, 2011).

En torno a ello, los testimonios dan cuenta de que la red de relaciones compartidas –los vínculos que se encontraban formados en ese momento– se constituyeron en un factor importante para comprender la iniciación y progresión del consumo (Galván et al., 2008). Esto se relaciona a vínculos familiares, amistosos o laborales que oficiaron como factores potenciadores en tanto aprobaban este comportamiento. En consecuencia, este momento particular del curso de vida facilita la iniciación del consumo, porque son esas personas adolescentes quienes se encuentran en la “búsqueda de su propia identidad personal e independencia (...) y el énfasis en la aceptación de los grupos de iguales” (Inglés et al., 2007, p. 405).

Además, es dable destacar que la sociedad ya se encontraba inmersa bajo las lógicas de consumo, lo que implicó que algunas sustancias, como el tabaco y el alcohol, sean promovidas en diversas publicidades que pretendían atraer principalmente a jóvenes mediante la imagen del “éxito”. A partir de ese tipo de herramientas, se construyó una determinada imagen del ser adolescente vinculada al consumo. Lo anterior, sin olvidar que estos productos gozaban de un estatuto de legalidad, lo que permitió que las personas entrevistadas tuviesen un mayor acceso, independientemente de las consecuencias biopsicosociales que podría ocasionarles el consumo.

A su vez, aún aquellas personas que iniciaron estos comportamientos a una edad temprana, contaban con los recursos económicos necesarios para tener acceso y sostener el consumo de estas sustancias. En tres de los casos analizados, el consumo estuvo garantizado por los ingresos que generaban, tras insertarse en el mercado de trabajo una vez finalizados los estudios primarios. Este escenario se debe principalmente a que el *timing* de las transiciones, vigente hasta 1960, marcaba una estructura tripartita

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... (formación-trabajo-retiro) de la vida, a partir de la cual se “modelan” las trayectorias (Kohli, 2007).

Es recién a partir de 2006, tras la sanción de la Ley de Educación Nacional en Argentina N° 26206, que se establece la extensión de la obligatoriedad escolar al nivel secundario en pos de lograr una integración social plena, donde la enseñanza y el aprendizaje contemplen la igualdad de oportunidades. En este sentido, la extensión de la obligatoriedad en el nivel de instrucción se convierte en un pilar fundamental para alcanzar una sociedad más justa y promover una movilidad social ascendente (Cappelacci y Miranda, 2007). No obstante, debe considerarse que, previo a esta disposición normativa, los sectores más desfavorecidos presentaban mayores dificultades para sostener la continuidad en el sistema educativo. Por ello, era esperable que luego de completar los primeros niveles de educación formal las personas jóvenes comenzaran a desempeñar actividades laborales. Este ingreso “temprano” al mercado laboral se debe principalmente a la necesidad de ser sostén de familia o proveer apoyo económico al grupo primario.

Es importante destacar que, independientemente del factor/acontecimiento que haya promovido que la persona adolescente inicie su consumo, ya sea en torno a sustancias legales o ilegales, estos comportamientos generan diversas consecuencias tanto psicológicas y físicas como sociales. Estas tienden a reducir la esperanza de vida y pueden aparecer de manera inmediata o a largo plazo. Tal es el hecho de que una iniciación precoz puede generar que el consumo se incremente conforme la edad aumenta e incluso se inicien otros tipos de abusos o consumos problemáticos (Hernández López et al., 2009).

Entre el desarrollo de los consumos “no químicos” se encuentran los juegos de azar, que gozan de un estatuto de legalidad. La principal diferencia que se observó respecto al momento en el que se da inicio fue la edad cronológica. Ello se debe,

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... principalmente, a que esta actividad se realiza mayormente en bingos o casinos, donde solo está garantizado el acceso a mayores de 18 años. Esto permite dar cuenta de cómo la edad cronológica continúa siendo un parámetro que, en la estructura social, se considera para determinar tanto límites como oportunidades en el desarrollo de estos comportamientos.

Las funciones asignadas a este tipo de actividades son las de “distracción y disfrute” y, al no presentar consecuencias físicas como ocurre, por ejemplo, con el tabaco, no son percibidos como un problema. No obstante, estos comportamientos también pueden dar lugar a repercusiones biopsicosociales, entre ellas Brieva (2006) destaca el hecho de que la actividad comience a ocupar cada vez más tiempo libre, afectando consecutivamente, el ámbito profesional/laboral, familiar e incluso económico. Esto último, se debe a la imposibilidad de controlar el impulso a continuar con la actividad, poniendo en riesgo la totalidad de los ingresos y, consecuentemente, la satisfacción de necesidades básicas.

En lo que respecta al consumo de cigarrillo, alcohol o drogas se pudo observar que, en un momento determinado del curso de vida, estos comportamientos fueron considerados como un *problema* para sí y para otras personas. Si bien, las razones o motivos detrás de esta “toma de conciencia” fueron diferentes, en todos los casos estuvo relacionada a las consecuencias del consumo de sustancias “químicas”.

En las mujeres, la disminución o el cese de ese tipo de comportamiento se vincula a la maternidad y abuelidad; transiciones que actuaron positivamente sobre el hábito de fumar. Es decir que, a partir del periodo de gestación y lactancia, las mujeres tuvieron presentes las consecuencias en la formación y crecimiento del bebé. Entre ellas, García-Algar et al. (2003) destacan el bajo peso, alteraciones en el aparato respiratorio y retraso en el desarrollo cognitivo. Si bien, el consumo fue retomado, es a partir de ello que decidieron ir restringiendo este hábito cuando estaban en presencia de

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... no fumadores, principalmente infantes o embarazadas. Ello se debe a que “tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco” que circulan en el ambiente a través de las vías respiratorias y, muchos de estos elementos, pueden incidir negativamente en la salud de niñas y niños (Samet, 2002, p. 148).

En este sentido, observamos que la constante presencia y compañía de nietos y nietas en la vida de las entrevistadas actúa como un *factor de protección* respecto al hábito de fumar durante la vejez, dado que permite aminorar su frecuencia e incluso cesarlo. Cabe destacar, que las relaciones intergeneracionales de las entrevistadas están basadas principalmente en la asunción de las tareas de cuidado, como una forma de contribuir a la organización familiar y a la conciliación de la vida laboral de sus hijos o hijas. Si bien, este intercambio tangible o intangible está basado en la idea de una “solidaridad familiar”, en la cual el rol de la abuela es percibido como una figura indispensable para el cuidado de las personas menores, Gomila sostiene que el hecho de “compartir tiempo, actividades e intereses permite reforzar las relaciones afectivas” y participar activamente de su crecimiento (2005, p. 510).

Esta situación, caracterizada por una mayor participación de las mujeres en el ámbito familiar, se encuentra atravesada por un sistema patriarcal que históricamente determinó que su lugar era la comunidad doméstica y sus tareas, únicamente, la organización cotidiana y la reproducción del capital humano. Si bien, la entrada de la mujer en el mercado de trabajo, la redistribución de los roles de género y la heterogeneidad en las configuraciones familiares ha ido desnaturalizando las formas de organización familiar, se puede observar cómo las tareas de cuidado continúan asociadas y asumidas por las mujeres, las abuelas (en este caso), como una obligación moral (Esquivel et al., 2012).

En los varones, los episodios de interrupción y cese estuvieron vinculados a transiciones en las trayectorias de salud y la movilidad migratoria, así como también la

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... pérdida de un familiar como punto de inflexión. Sin embargo, en ambos casos, el énfasis estuvo en las consecuencias que su consumo regular genera en el ámbito laboral. Ello se debe principalmente a una reducción en la asunción de responsabilidades y el rendimiento, es decir, que “la calidad del trabajo se resiente fácilmente por la torpeza e inhabilidad que las adicciones producen, lo que origina errores abundantes y frecuentes que producirán una pérdida final de calidad del producto o del servicio” (Alcohólicos Anónimos, 2008, p. 4). Simultáneamente, esta situación puede generar accidentes laborales, incrementando el riesgo en la seguridad, tanto para la persona que consume como para aquellas que forman parte de su ámbito laboral.

Es en parte para paliar estos riesgos laborales que, en los casos centrados en el consumo de alcohol y droga, las personas recurrieron a organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas a los fines de cesar un comportamiento percibido como problemático. Estos establecimientos proporcionan recursos importantes, entre los que se destacan la psicoterapia grupal, basada principalmente en la contención y orientación para disminuir la ansiedad y la angustia, promoviendo la recuperación del bienestar (Bleger y Pasik, 1997). En sí, esta herramienta de intervención es considerada una clave fundamental para lograr resultados óptimos en el proceso.

A su vez, se considera que los sucesos vitales negativos, críticos o traumáticos pueden afectar la salud física, emocional y mental de las personas que se encuentran atravesando una situación de consumos problemáticos o un tratamiento. Entre ellas, la pérdida de una persona querida –percibida como un punto de inflexión– se constituye en uno de los principales *factores de riesgo*. Si bien, la experiencia del duelo es algo universal, las respuestas de las personas varían de acuerdo con distintos factores, como el tipo de relación (Yoffe, 2013). En este sentido, los efectos farmacológicos que produce el uso de sustancias “químicas” son percibidos como medios para afrontar/sobrellevar este tipo de situación, ocasionando su incremento o una recaída.

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio...

Por último, se observa que las conductas vinculadas a los juegos de azar, desarrolladas en casinos y bingos, se vieron interrumpidas debido al establecimiento del ASPO. En Argentina, esta medida fue aplicada desde el 20 de marzo de 2020, a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, como una forma de enfrentamiento ante la pandemia por COVID-19. Esta medida consistió en establecer la permanencia de la población en los hogares habituales, promoviendo los desplazamientos mínimos e indispensables, así como también determinó el cese de toda actividad/evento público, que implique la aglomeración de personas en determinados tipos de ambientes, con el fin de evitar la propagación del virus.

Este nuevo escenario que desnaturaliza la rutina, que acrecienta la incertidumbre y el aburrimiento impulsa una “abstinencia involuntaria” en aquellas personas que solían frecuentar estos tipos de establecimientos. Como consecuencia de ello, resulta indispensable contar con un *sustituto* que permita depositar aquello que estaba volcado en una máquina, ruleta o cualquier otro juego. En este sentido, se incrementó el uso de juegos *online* a través de distintos dispositivos, principalmente teléfonos celulares (Ranzani, 2020).

A modo de síntesis, se destaca que, en el caso de las cinco personas entrevistadas, se observó una iniciación previa a los 60 años. Sin embargo, este no es un comportamiento inmutable y, por ello, la perspectiva de curso de vida permitió indagar cuáles fueron las circunstancias bajo las que se inició, desarrolló e incluso cesó el consumo. Partiendo de los principios postulados por Elder (1998), se considera el hecho de que la trayectoria de vida de las personas entrevistadas se encuentra relacionada a un tiempo y lugar histórico que es dinámico y cambiante y son estas condiciones las que determinan ciertas limitaciones y oportunidades, que se vinculan al comienzo del consumo.

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio...

Desde la perspectiva integral y el curso de vida, se evidencia que ciertas transiciones como la maternidad y la abuelidad permitieron disminuir y cesar el consumo de tabaco en el ámbito familiar. En cuanto al consumo de alcohol y drogas, el inicio del “tratamiento” estuvo traccionado por las dificultades observadas en el ámbito laboral. En este punto fue y es importante el papel de las organizaciones de la sociedad civil (grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos y grupo de una Iglesia), así como instituciones sanitarias de dependencia pública (hospitales públicos nacionales). Estos espacios formales fueron considerados como un pilar fundamental en cuanto al acompañamiento y la construcción de herramientas para afrontar estos comportamientos.

A partir de lo mencionado con anterioridad, se sostiene el hecho de que ahondar en el estudio de esta problemática en las personas mayores de 60 años permitirá formular datos y análisis que sentarán las bases para comenzar a otorgarle la importancia que merece un abordaje gerontológico de esta temática. Principalmente, pensar en la incorporación de esta problemática a la agenda política y formular un instrumento que garantice su tratamiento. Este, deberá consignar a los consumos desde un abordaje de salud pública, basado en los parámetros establecidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con el fin de promover un envejecimiento activo y saludable (Ley N°27360, Boletín oficial, 2017).

Cabe destacar que el proceso de envejecimiento se encuentra estrechamente relacionado con las nociones promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a la construcción de salud a lo largo del curso de vida. Ello implica promover una mirada prospectiva de esta, entendida como un estado biopsicosocial y no solo como la ausencia de enfermedad (Vega, 2020). Esto implica, para los Estados parte, pensar, planificar, accionar y garantizar el cumplimiento de los derechos

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... protegidos por la convención interamericana. En este sentido es necesario reconocer que los consumos problemáticos están presentes en todas las sociedades y grupos de edad, por lo que el conocimiento de sus particularidades en los diferentes momentos del curso de la vida (incluso en la vejez) permitirá el desarrollo de estrategias eficaces.

Partiendo de que la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) indica que existe un importante crecimiento de los índices de consumo por parte de “las personas de más edad”, que se debe únicamente al envejecimiento de las cohortes de consumidores de droga, resulta imperioso pensar en acciones de carácter preventivo y promocional, como difundir información pertinente sobre el tema, para lograr un envejecimiento saludable. A su vez, también implica garantizar y facilitar el acceso a servicios de atención, integrados por profesionales que cuenten con una clara perspectiva gerontológica, lo cual permita el fomento de intervenciones que eviten tanto la negligencia como acciones o prácticas vinculadas a la violencia y maltrato.

De acuerdo con el marco regulatorio que rige en Argentina, los consumos problemáticos son un fenómeno social que requiere un abordaje interdisciplinario, cuyas acciones deben partir de la concepción de sujeto de derecho. Ello implica respetar su consentimiento/voluntad, brindarle un espacio de escucha y las oportunidades para que participe de manera activa a lo largo del proceso de intervención. Si bien, no es posible determinar un protocolo o una receta que nos indique de qué forma proceder, estos parámetros son ejes esenciales que no se deben obviar.

Para finalizar, y retomando lo mencionado con anterioridad, es necesario reconocer el hecho de que mientras nos encontremos insertos en una estructura capitalista, cuyas lógicas pregonan un constante consumo, este tipo de comportamientos continuarán existiendo e incidirán de diferente manera en toda la población. Además, es necesario dejar de otorgar énfasis solo a las sustancias ilegales, cuando en realidad las personas de 60 años y más presentan los porcentajes más elevados en consumo de

Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio... sustancias legales, como el tabaco y alcohol. Debe subrayarse que, este tipo de consumos se convierten en los principales factores de riesgo vinculados a las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), que producen efectos nocivos para la salud y están vinculadas al aumento de la morbilidad y mortalidad.

No obstante, el análisis tampoco tiene que ser puesto únicamente en las sustancias “químicas”, sino que es necesario considerar a cualquier comportamiento que, independientemente de su origen, se desarrolle con regularidad y afecte la salud física, psíquica y las relaciones sociales de una persona. Son estas características las que nos indican que estamos frente a un consumo problemático.

## Referencias

- Acuna, K. (2017). Adicción en adultos mayores. *Revista InDependientes*.  
<http://revistaindependientes.com/adiccion-en-adultos-mayores/>
- Alcohólicos Anónimos (2008). *Información para profesionales*. Tomo n°6.  
<https://aa.org.ar/profesionales/informacion-profesionales/>
- Becerra, P., y Arteaga, J. (2017). Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial. *Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria*, 31(1), 3-13.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Bleger, L., y Pasik, N. R. (1997). *Psicoanálisis grupal. Cuándo, cómo y por qué*. Tekné.
- Brieva, J. (2006). Ludopatía: el otro lado del juego. *Revista Índice*, 19(9), 9-11.
- Cappelacci, I., y Miranda, A. (2007). La obligatoriedad de la educación secundaria en Argentina. Deudas pendientes y nuevos desafíos. DINIECE, Ministerio de Educación. *Ciencia y Tecnología, Buenos Aires.e*
- Carosio, A. (2008). El género del consumo en la sociedad de consumo. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(27), 130-169.
- Elder, G. H. Jr. (1998). The life course as developmental theory. *Child development*, 69(1), 1-12.
- Esquivel, V., Faur, E., y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES.
- Galván, J., Serna, G., y Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud mental*, 31(5), 391-402.
- García-Algar, O., Pichini, S., Pacifici, R., y Castellanos, E. (2003). Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 32(8), 481-491.
- Gastron, L. y Oddone, M. J. (2008). Reflexiones en torno al tiempo y el paradigma del curso de vida. *Revista Perspectivas en Psicología*, 5(2), 1-9.
- Gómez Di Vincenzo, J. y Cagide, M. (2018). El consumo como problema. En J. Gómez Di Vincenzo y M. Cagide (Eds.), *Abordaje integral de las problemáticas de consumo* (pp. 4-20). Sedronar.
- Gomila, M. A. (2005). Hogares y familias en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, 1(1), 57-65.

- Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio...
- González, A. B. (2012). *Adicciones en el adulto mayor: "Las adicciones no tienen edad"* [Trabajo presentado]. XIV Congreso Argentino De Psicología. <http://psicolapampa.com.ar/textos/articulos/lasadicciones.pdf>
- Hernández-López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2013). *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. Total del país. 1a ed.* [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones\\_nac\\_2010\\_2040.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf)
- Kolhi, M. (2007). The institutionalization of the life course: Looking back to look ahead. *Researching Human Development*, 4(3-4), 253-271.
- Ley 26206. Educación Nacional. (2006, 28 de diciembre). Boletín Oficial N° 31062. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-de-educ-nac-58ac89392ea4c.pdf>
- Ley 26934. Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos. (2014, 29 de mayo). Boletín Oficial n° 29/05/2014. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>
- Ley 27360. Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2017, 31 de mayo). Boletín oficial n° 31/05/2017. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=6610E0DB0536A0E2F71DFCB50A43B4D2?id=275347>
- Lynch, G. (2015). *Modelos del Curso de la Vida: transformaciones y continuidades* [Trabajo presentado]. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.academica.org/000-061/1101.pdf>
- Menéndez, E. L., y Renée, P. B. di (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (20),29-52.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *IV Encuesta Nacional de factores de riesgo. Dirección Nacional de Promoción de Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.* <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-publico-el-informe-completo-de-la-4deg-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo>

- Baglione, M.F., et al. Consumo problemático en personas adultas mayores: Un estudio...
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En A. Ameigeras, L. Chernobilsky, V. Béliveau Giménez, F. Mallimaci, N. Mendizábal, G. Neiman, G. Quaranta y A.J. Soneira (Eds.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.213-237). Editorial Gedisa.
- Piovani, J. (2018). La entrevista en profundidad. En A. Marradi; N. Archenti, y J. Piovani, *Metodología de las Ciencias Sociales* (pp.265-278). Siglo XXI.
- Ranzani, O. (14 de mayo de 2020). Coronavirus: qué pasa con las adicciones en cuarentena. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/265750-coronavirus-que-pasa-con-las-adicciones-en-cuarentena>
- Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México*, 44, 144-s160.
- Sedronar. (2017). Estudio nacional: Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Observatorio de Sedronar. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_zgnero\\_zhogares\\_zwebz.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_zgnero_zhogares_zwebz.pdf)
- Stake, R. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe Mundial sobre las Drogas*. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Valenzuela Sepúlveda, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis del curso de vida como fuente de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Revista perspectivas*, 21, 27-5.
- Vega, E. (14 de agosto de 2020). *Derechos humanos de las personas mayores: Conocimientos para el análisis y para la acción. Sesión 4*. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=RyTjUFgrkxE&t=7339s>
- Waserman, M. (2011). *Condenados a explorar: marchas y contramarchas del crecimiento en la adolescencia*. Noveduc.
- Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances en psicología*, 21(2), 129-153.

## EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA PENÍNSULA DE AZUERO DE PANAMÁ: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

### NUTRITIONAL EVALUATION OF ELDERLY MORE THAN 65 YEARS OF THE AZUERO PENINSULA IN PANAMA: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

Tiffany Barrios<sup>1</sup>, Raquel Barrios<sup>2</sup>, Victoria Valdés<sup>3</sup>, Gerarda Morales<sup>4</sup>, Armando Barba<sup>5</sup>, Israel Ríos Castillo<sup>6</sup>

Recibido:31-01-2021 Corregido:8-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el estado nutricional, nivel de sarcopenia y los factores de riesgos sociodemográficos, comorbilidad y de funcionalidad asociados en personas adultas mayores de 65 años, que asistan a las instalaciones de atención primaria de salud de la península de Azuero en Panamá. **Metodología:** Estudio analítico y transversal en personas adultas mayores de 65 años, que asisten a centros de atención primaria de salud en la península de Azuero de Panamá, realizado de julio a agosto 2019. Se incluyen personas de los centros de atención primaria de salud en las comunidades de Monagrillo, La Palma, Santa María y Pocrí. Se realizaron medidas antropométricas de pliegue tricípital, circunferencia de cintura, circunferencia de pantorrilla, peso y talla. Además, se midió la fuerza de prensión y velocidad de marcha. Se aplicaron, también, 3 formularios de tamizaje; a saber, la mini evaluación nutricional [MNA], el índice de comorbilidades de Charlson y el índice de Barthel. Se evaluaron variables sociodemográficas como sexo, edad, ubicación del centro de salud, entre otros. Con los datos antropométricos, se determinó el estado nutricional y el nivel de sarcopenia. Se empleó regresión logística multivariada ajustada por sexo, edad, efectos fijos de su ubicación geográfica (distrito) y errores estándares robustos. El modelo final se obtuvo aplicando el procedimiento de paso a paso, incluyendo en el modelo aquellas variables independientes con probabilidad de hasta 0.2, presentando los OR e IC95 %. **Resultados:** 160 personas evaluadas (52,5% mujeres) con edad

---

<sup>1</sup>Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá. E-mail: tbarrios.marketing@hotmail.com

<sup>2</sup>Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá. E-mail: raquelbarrios28@hotmail.com

<sup>3</sup>Docente Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá. E-mail: victoriavalds@gmail.com

<sup>4</sup>Docente Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá. E-mail: gerardamorales@hotmail.com

<sup>5</sup>Región de Salud de Herrera, Ministerio de Salud de Panamá. Herrera, Panamá. E-mail: abarba@minsa.gob.pa

<sup>6</sup> Doctor en Ciencias de la Salud y del comportamiento Humano. Oficial Regional de Nutrición para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Docente Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá. Autor de correspondencia. E-mail: [israel.rios@up.ac.pa](mailto:israel.rios@up.ac.pa)



media de 75.5 años (desviación estándar de 7.0). Según el MNA, la proporción de personas adultas mayores en riesgo de malnutrición y con malnutrición es 23.8 % y 1.2 % respectivamente. El 23 % está bajo peso, 18 % con sobrepeso y 16 % con obesidad. La proporción de presarcopenia es de 59.4 %, sarcopenia de 25.0 % y sarcopenia severa de 10.6 %. Los factores asociados (OR e IC95 %) a la presencia de sarcopenia son sexo femenino [2.59 (1.20 a 5.61)]; edad [1.12 (1.05 a 1.16)]; circunferencia de la cintura [0.96 (0.93 a 0.99)]; y la ubicación geográfica al comparar Monagrillo versus La Palma [0.20 (0.06 a 0.70)], para las demás localidades no se observó asociación significativa. **Conclusión:** Alta prevalencia de malnutrición y sarcopenia entre personas adultas mayores de 65 años, asistentes de los centros de atención primaria de salud de la península de Azuero en Panamá. La sarcopenia se asoció con el sexo femenino, mayor edad, menor circunferencia de la cintura y la ubicación geográfica.

**PALABRAS CLAVE:** personas adultas mayores, sarcopenia, malnutrición, antropometría.

#### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the nutritional status, level of sarcopenia and associated sociodemographic, comorbidity and functional risk factors in adults over 65 years of age who attend primary health care facilities on the Azuero Peninsula in Panama. **Methodology:** Analytical and transversal study with 160 elderly of 65 years of age and over in primary health care center in the Azuero Peninsula, Panama. Study conducted between July to August 2019. Subjects from primary health care centers in Monagrillo, La Palma, Santa María and Pocrí are included. Anthropometric measurements of tricipital fold, waist circumference, calf circumference, weight and carving were performed, the force of pressure and gait speed were measured, in addition 3 screening forms (mini nutritional assessment [MNA], Charlson and Barthel index) were applied. Sociodemographic variables such as sex, age, location of the health center, among others, were evaluated. With the anthropometric data, the nutritional status and the level of sarcopenia were determined. Multivariate logistic regression adjusted by sex, age, fixed effects of its geographic location (district) and robust standard errors was used. The final model was obtained by applying stepwise procedure, including in the model those independent variables with a probability of up to 0.2, presenting OR and 95% CI. **Results:** 160 subjects evaluated with mean age (standard deviation) 75.5 (7.0) years (52.5% women). According to the MNA, the proportion of older adults at risk of malnutrition and with malnutrition is 23.8% and 1.2% respectively; 23% are underweight, 18% are overweight, and 16% are obese. The proportion of pre-sarcopenia is 59.4%, sarcopenia 25.0%, and severe sarcopenia 10.6%. The associated factors (OR and 95% CI) to the presence of sarcopenia are female sex [2.59 (1.20 to 5.61)]; age [1.12 (1.05 to 1.16)]; waist circumference [0.96 (0.93 to 0.99)]; and, the geographical location, comparing Monagrillo versus La Palma [0.20 (0.06 to 0.70)], for the other localities no significant association was observed. **Conclusion:** High prevalence of malnutrition and sarcopenia among adults over 65 years of age in primary health care centers of the Azuero Peninsula in Panama. Sarcopenia was associated with female gender, older age, smaller waist circumference, and geographic location.

**KEY WORDS:** Older adults, sarcopenia, malnutrition, anthropometry.

## Introducción

La sarcopenia se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular que se manifiesta, por lo general, en la etapa de vejez y representa un alto riesgo de mortalidad y morbilidad para la persona adulta mayor, principalmente, en aquellos de menor nivel socioeconómico (Padilla Colón et al., 2014). Si bien es cierto que el proceso normal de vejez conlleva a una disminución del estado psicomotor, por la pérdida de masa muscular, así como la disminución de la capacidad de respuesta de los tejidos, órganos y sistemas, también es cierto que la calidad de vida de las personas adultas mayores puede verse afectada de forma acelerada y especialmente crónica debido a múltiples factores. Entre ellos, las condiciones patológicas degenerativas, el sedentarismo y una dieta desequilibrada, que no garantice el aporte energético adecuado y tampoco de macro y micronutrientes (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016; Tucker, 2016).

El crecimiento poblacional y la vejez son fenómenos mundiales (United Nations, 2011). La proporción de personas mayores de 60 años para 1950 era del 8 % y se estima que entre 2015 y 2050 se duplicará del 12 % al 22 % (World Health Organization [WHO], 2015). Asimismo, a nivel mundial, el número de personas mayores de 65 años alcanzó los 703 millones en 2019 (United Nations, 2019). En Panamá, en 2015, el 7.4 % de la población era personas adultas mayores de 65 años (Ministerio de Salud de Panamá [MINSA], 2015).

Lo anterior, implica que la población mundial se hace cada vez de mayor edad y que es necesario un abordaje desde las políticas sociales y programas de salud para prevenir las complicaciones que la vejez trae consigo. La calidad de vida y el bienestar deberían ser parte de la vejez y no representar una carga para la persona, su familia ni

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... para los países que invierten recursos cada vez mayores en medicamentos y otros servicios de salud (Almeida dos Santos et al., 2016).

En Panamá, según un reporte del MINSA para el 2010, la edad promedio de la población general fue de 27 años, pronosticando que para el 2050 la edad promedio será de 39 años (MINSA, 2015). Según documentos históricos del MINSA, para el año 1950 la proporción de personas adultas mayores de 65 años representó el 3.6 % de la población. Esta cifra se incrementará a partir del 2020 y será quintuplicada para el 2050 en 19 % (MINSA, 2015). Según la Contraloría General de la República de Panamá, el mayor porcentaje de personas adultas mayores se encuentra en la península de Azuero y en el oriente de la provincia de Chiriquí; dos regiones del interior del país ubicados a 302 km y 445 km de la Ciudad de Panamá, capital del país (MINSA, 2015).

La disminución progresiva de las funciones vitales, como consecuencia de la vejez, puede estar gravemente acelerada debido a múltiples factores asociados, como enfermedades crónicas no transmisibles (ENT); pero, también, a factores sociodemográficos (Marzetti, et al., 2017; Vergara Ruiz et al., 2017). Varios estudios han reportado relación entre sarcopenia, malnutrición, bajo nivel de actividad física y condiciones crónicas (Casals et al., 2017; Wu et al., 2014). Asimismo, diversos autores han evaluado la sarcopenia en personas adultas mayores en áreas rurales (Mazocco et al., 2019; Gao et al., 2015; Wu et al., 2014) pudiendo estar asociada a una menor calidad de vida, dificultad de acceso a servicios de atención de salud o a dietas poco saludables. Sin embargo, en Panamá, los estudios realizados para evaluar sarcopenia han sido en personas institucionalizadas (Pérez y Carballo, 2018; Núñez-Vásquez et al., 2018), siendo necesarios los estudios a nivel comunitario para evaluar los factores de riesgos sociodemográficos, comorbilidad, funcionalidad y nutricionales asociados a la sarcopenia.

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...

Dado que en la península de Azuero se ha reportado una alta proporción de personas adultas mayores, en parte debida a la migración interna de la población joven, el objetivo del presente estudio es evaluar el estado nutricional, nivel de sarcopenia y los factores de riesgos sociodemográficos, comorbilidad y de funcionalidad asociados en personas adultas mayores de 65 años, que asistan a las instalaciones de atención primaria de salud de la península de Azuero en Panamá. La investigación también busca aportar datos válidos sobre el estado nutricional, desde una mirada más integral de salud, tomando en cuenta que esta es una población frágil y con frecuencia con baja atención política y programática.

## **Metodología**

### **Diseño y Tipo de Estudio**

Se trata de un estudio no experimental de tipo analítico de corte transversal sobre una muestra de personas adultas mayores de 65 años de edad, que asisten a instalaciones de atención primaria de salud de la península de Azuero en la República de Panamá. En esta región del país, según el censo 2010, hay 202 176 habitantes y está conformada por las provincias de Herrera (107 911 habitantes), Los Santos (88 487 habitantes), y el distrito de Mariato en Veraguas (5778 habitantes) (Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC], 2010). Las principales actividades económicas de esta región son la agricultura, la ganadería y la silvicultura (Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología de Panamá [SENACYT], 2018). La recolección de datos se realizó en las instalaciones de atención primaria de salud de las comunidades desde julio a agosto de 2019. La investigación fue realizada por un equipo de investigadores de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Panamá.



## **Población, Muestra y Muestreo**

La población de este estudio fueron personas adultas mayores de 65 años de edad de ambos sexos que acudieron a los centros de atención primaria de salud del MINSA en la península de Azuero, en el Centro de Salud de Monagrillo, que incluyó a 28 participantes; el Centro de Salud de Santa María, con 18 participantes; el Centro de Salud de La Palma, con 72 participantes, y el Centro de Salud de Pocrí, con 42 participantes. De estas personas participantes, 76 son del sexo masculino y 84 del femenino.

Para realizar el cálculo de la muestra, se utilizó la ecuación para estimar una proporción, buscando encontrar al menos 50 % de sarcopenia en personas adultas mayores, con un nivel de confianza del 95 %, error alfa de 5 % y precisión de 8 %. La muestra estimada fue de 150 participantes. El tamaño de la muestra final fue de 160 participantes. El muestreo fue no probabilístico por cuota, debido a la facilidad de reclutar a participantes de manera voluntaria para la investigación a nivel de centros de salud.

## **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Fueron incluidas las personas adultas mayores de 65 años de edad o más de ambos sexos, que asistieron en el periodo de recolección de datos a los centros de salud del MINSA de la península de Azuero. Se excluyeron personas que reportaron padecer enfermedades neurológicas avanzadas (Alzheimer, Parkinson, complicaciones renales agudas y cáncer), también se excluyeron quienes acudieron sin compañía de un familiar, quienes tenían uno o más miembros amputados y quienes no se podían pesar ni tallar, debido a una disminución en la capacidad funcional (principalmente para caminar).

## **Procedimientos**

El levantamiento de los datos se realizó en cada centro de atención primaria de salud. Se evaluaron personas adultas mayores recolectando datos sociodemográficos y medidas antropométricas con ayuda de sus acompañantes. La información sociodemográfica incluyó el sexo, la edad, la dirección y el nivel de educación.

## **Evaluación De Comorbilidad**

Además, se obtuvieron los antecedentes patológicos personales de las personas participantes para obtener el Índice de Comorbilidad de Charlson (Charlson et al., 1987), validado para pronosticar el número de patologías o factores que pueden incrementar el riesgo de mortalidad en esta población (Berrut y de Decker, 2015; Secher et al., 2007). Las preguntas fueron realizadas directamente a la persona participante o a su acompañante. Posteriormente, se verificó en la historia clínica disponible en el centro de salud. Este índice consta de 19 comorbilidades, las cuales pueden llevar las siguientes puntuaciones: 1 punto, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad respiratoria crónica, enfermedad del tejido conectivo, úlcera gastroduodenal, hepatopatía crónica leve y diabetes mellitus; 2 puntos, hemiplejia, insuficiencia renal crónica moderada/severa, dm con lesión en órganos diana, tumor o neoplasia sólida, leucemia y linfoma; 3 puntos, hepatopatía crónica moderada/severa; y 6 puntos, tumor o neoplasia sólida con metástasis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se consideraron las siguientes categorías: ausencia de comorbilidad (0-1 puntos), comorbilidad baja (2 puntos) y comorbilidad alta ( $\geq 3$  puntos) (Charlson et al., 1987).

## **Evaluación De La Funcionalidad Física**

Se empleó el Índice de Barthel, un instrumento utilizado para valorar el nivel de independencia de las personas participantes comparándolo con la capacidad de realizar

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... algunas de las actividades comunes de la vida cotidiana (Secher et al., 2007; Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). La aplicación del índice de Barthel se realizó directamente con la persona participante o a su acompañante.

### **Evaluación Antropométrica**

Se obtuvo el peso con una báscula digital marca SECA, que tiene una precisión de 0.1 kg (Seca, Modelo Clara803, Alemania). Para tomar el peso, primero se calibró la báscula, se solicitó a las personas participantes mantener la menor cantidad de ropa posible. Además, se obtuvo la talla, utilizando un tallímetro portátil de pie marca SECA con una precisión de 0.1 cm (Seca, modelo 213, Alemania). Para una correcta medición de la talla, se solicitó retirar zapatos y a las mujeres mantener el cabello suelto. Para ambas medidas, se colocó a la persona en el plano de Frankfurt. Con el peso y la talla de las personas participantes, se obtuvo el índice de masa corporal (IMC). Una vez obtenidos estos datos, se categorizó el estado nutricional, según IMC para personas adultas mayores, siendo clasificado como bajo peso cuando el IMC fue  $<23$ ; normo peso de 23-27.9; sobrepeso  $\geq 28$  a 31.9 y obesidad  $\geq 32$ , puntos de corte empleados en la evaluación nutricional institucional del programa de salud de la persona adulta mayor del MINSA en Panamá (MINSA, 2018).

Se obtuvieron también medidas de circunferencias de la cintura, del brazo y la pantorrilla. Se usó una cinta métrica de material no distensible marca SECA con una precisión de 0.1 cm (Seca, Modelo 201, Alemania). La circunferencia de cintura (CC) se midió a la altura del ombligo con el abdomen relajado. La circunferencia de brazo (CB) se realizó en un punto medio del brazo tomando como referencia la punta del hombro (acromion) y la cabeza del radio (olécranon) del brazo flexionado en un ángulo de 90°, justo después de localizar el punto medio del brazo se le notificó a la persona que relajara el brazo y se procedió a tomar la medición. Para la circunferencia de pantorrilla (CP), la persona participante se encontraba sentada y sin zapatos. Se colocó

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...  
la cinta métrica en forma horizontal alrededor de la pantorrilla, tratando de encontrar el punto más prominente de la pierna.

Además, se obtuvieron las medidas de pliegues cutáneos del tríceps y pantorrilla. Para la medición de los pliegues, se utilizó un plicómetro con una precisión de 1 mm (SLIM GUIDE, Modelo 50681, Estados Unidos de América). Para el pliegue de tríceps (PT), se solicitó a la persona participante colocar el codo flexionado a 90° y se ubicó un punto medio entre el acromion y el olécranon en la región posterior del brazo. El pliegue de pantorrilla (PP) se ubicó en la parte interna (medial) de mayor circunferencia de la pierna, la persona se encontraba sentada con la rodilla flexionada en 90° y el pie apoyado sobre el suelo.

Por último, se realizó la medición en triplicado de la fuerza de prensión con un dinamómetro digital con una precisión de 0.1 kg (CAMRY, Estados Unidos de América), con una prensión máxima durante 3 segundos y reposo de 1 minuto entre cada repetición, donde el valor más alto de la mano dominante fue el que se utilizó para el estudio. La persona participante se encontraba de pie con los hombros aducidos y sin rotación, el codo flexionado en 90° y el antebrazo en posición neutral.

### **Tamizaje Nutricional**

Se realizó la encuesta de tamizaje nutricional denominada mini evaluación nutricional (MNA, por sus siglas en inglés), la cual ayudó a valorar e identificar a las personas adultas mayores con malnutrición o en riesgo de malnutrición (Secher et al., 2007). La MNA consta de 18 preguntas y categoriza el grado de malnutrición dependiendo del puntaje en sus cuatro componentes. Los componentes son i) mediciones antropométricas; ii) la evaluación global del estilo de vida de la persona participante; iii) la encuesta sobre hábitos dietéticos y alimentarios, y iv) la evaluación de la autopercepción de la salud y el estado nutricional. El instrumento consta de un total de 30 puntos, las personas en mayor desgaste nutricional presentan puntajes bajos.

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... El estado nutricional se categoriza como normal, cuando el puntaje es de 24 a 30 puntos; riesgo de malnutrición, cuando totaliza de 17 a 23.5 puntos; y malnutrición, cuando totaliza menos de 17 puntos (Secher et al., 2007). La aplicación de la MNA se realizó directamente a la persona participante con la ayuda de su acompañante.

**Velocidad de Marcha.** Es la relación de la distancia recorrida entre el tiempo utilizado (metros/segundos). Se realizó la prueba cronometrada de lázaro o levantarse y andar en una distancia previamente marcada de 3 metros, en personas adultas mayores esta relación debería ser mayor a uno (Requena Calleja et al., 2019).

**Determinación de la Sarcopenia.** La sarcopenia se evaluó utilizando los criterios del grupo de trabajo europeo en sarcopenia para personas adultas mayores, empleando los siguientes criterios: velocidad < 0.8 m/s, fuerza de prensión débil cuando fue <30 kg en hombres o <20 kg en mujeres, y circunferencia de pantorrilla <31 cm. La presarcopenia cuando solo la circunferencia de pantorrilla fue <31 cm; para sarcopenia, cuando la circunferencia de pantorrilla fue <31 cm y una de las siguientes dos condiciones, fuerza de prensión débil o una velocidad de marcha <0.8 m/s) y, por último, para sarcopenia severa cuando se cumplieron los tres parámetros simultáneamente (Cruz-Jentoft et al., 2019).

## **Consideraciones Éticas**

Tras informar a todas las personas participantes o a sus familiares sobre el estudio, su objetivo, beneficios y riesgos, se solicitó la firma de una forma de consentimiento informado. El protocolo de la investigación fue registrado en el MINSA de Panamá. Además, fue revisado críticamente y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, con referencia N.º CBUP/171/2019.

## **Análisis Estadístico**

Una vez que se aplicaron las encuestas y se obtuvo los datos antropométricos y categóricos, se creó una base de datos tabulada en Excel. Para el análisis estadístico de los datos, elaboración de gráficas y tablas necesarias, se empleó el software Stata 16.1 (StataCorp, College Station, Texas, USA). El nivel de significancia estadística se estableció en un valor de  $p < 0.05$ . Para presentar los datos, se empleó media y desviación estándar en variables continuas y frecuencia y proporción en variables categóricas. Se empleó regresión logística multivariada para determinar la asociación entre la sarcopenia y variables independientes (factores sociodemográficos, comorbilidad y funcionalidad), ajustada por sexo, edad, efectos fijos de la ubicación geográfica y por errores estándares robustos. El modelo final fue obtenido a través del procedimiento conocido como Stepwise, incluyendo en el modelo aquellas variables con una probabilidad de 0.2. Para presentar la magnitud de la asociación, se emplea el OR e intervalo de confianza 95 %.

## **Resultados**

Se evaluaron 160 personas, con una edad media y desviación estándar (DE) de  $75.5 \pm 7.0$  años (52.5 % mujeres). El 23.1 % tiene una edad menor a 70 años, el 55.6 % se ubica en una edad de 70 a 80 años y el 21.3 % es mayor de 80 años. En cuanto a las localidades, el 45 % es de La Palma, el 26.3 % es de Pocrí, el 17.5 % es de Monagrillo y el 11.3 % es de Santa María (**Tabla 1**).

La media y DE para peso y talla es  $66.6 \pm 15.1$  kg y  $1.58 \pm 0.88$  m. La media y DE para IMC es  $26.7 \pm 5.5$  kg/m<sup>2</sup>, siendo  $27.6 \pm 6.1$  en hombres y  $25.7 \pm 4.6$  en mujeres (prueba t;  $p = 0.0254$ ). La media y DE CC y CP es de  $94.4 \pm 12.5$  cm y  $34.4 \pm 4.7$  cm, para ambas mediciones no se observaron diferencias significativas por sexo (prueba t;  $p = 0.7999$  y  $p = 0.7807$ , respectivamente). La media y DE en la medida del PT es de

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...  
 18.0±7.5 mm, siendo 14.2±5.8 mm en hombres y 21.4±7.2 mm en mujeres (prueba t;  
 p=0.0000) (**tabla 1**).

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de las personas participantes*

Variable <sup>1</sup>	Unidad / categoría	Promedio/ frecuencia
Edad	Años	75.5±7.0
Grupo de edad	<70 años	37 (23.1 %)
	70-80 años	89 (55.6 %)
	≥81 años	34 (21.3 %)
Sexo	Femenino	84 (52.5 %)
Localidad	La Palma	72 (45.0 %)
	Monagrillo	28 (17.5 %)
	Pocrí	42 (26.3 %)
	Santa María	18 (11.3 %)

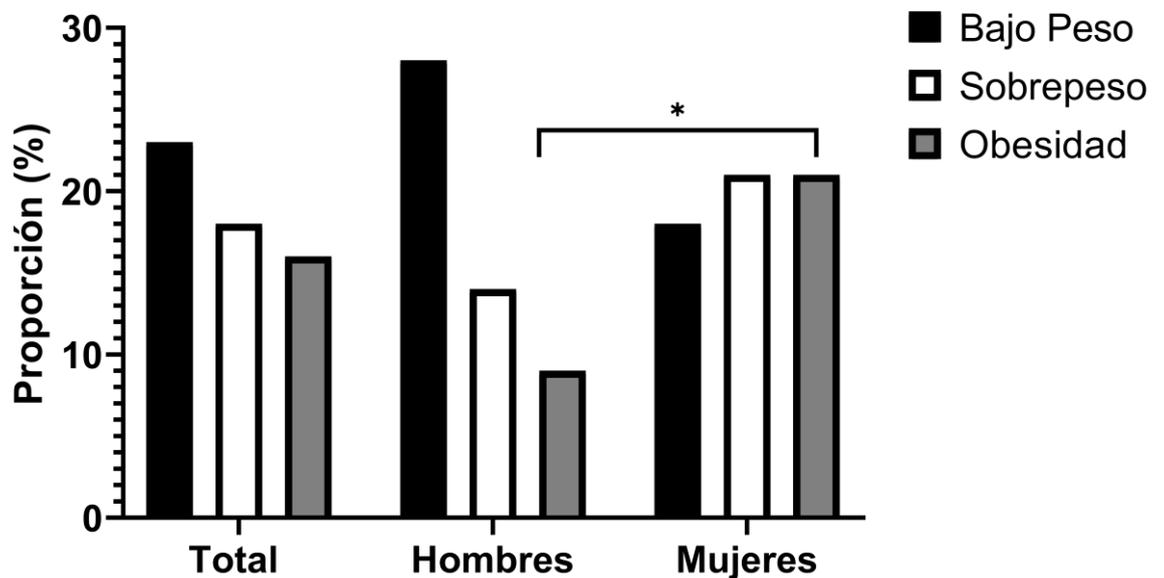
*Nota.* <sup>1</sup>Datos presentados como promedio, desviación estándar y como frecuencia y porcentaje (%).

El 23 % se clasifica como bajo peso, el 44 % presenta un peso normal, el 18 % tiene sobrepeso y el 16 % está con obesidad. No se observa diferencia significativa de estado nutricional, según IMC por sexo (Chi<sup>2</sup>, p=0.061) (**figura 1**).



**Figura 1.**

*Evaluación nutricional, según IMC*



*Nota.* Datos presentados como proporción (%). \*Valor p corresponde a la prueba Chi<sup>2</sup>.

Con relación a la fuerza prensil, la media y desviación estándar fue de  $22.0 \pm 8.1$  kg, siendo significativamente mayor en hombres ( $27.0 \pm 7.8$  kg) que en mujeres ( $17.2 \pm 5.1$  kg), prueba T de Student, valor  $p=0.0000$ . Asimismo, con relación a la velocidad de la marcha, la media y desviación estándar fue de  $16.1 \pm 15.3$  segundos, sin diferencias significativas por sexo; la velocidad de la marcha fue de  $0.5 \pm 0.2$  m/s, sin diferencias por sexo (**tabla 2**).

**Tabla 2.***Características antropométricas*

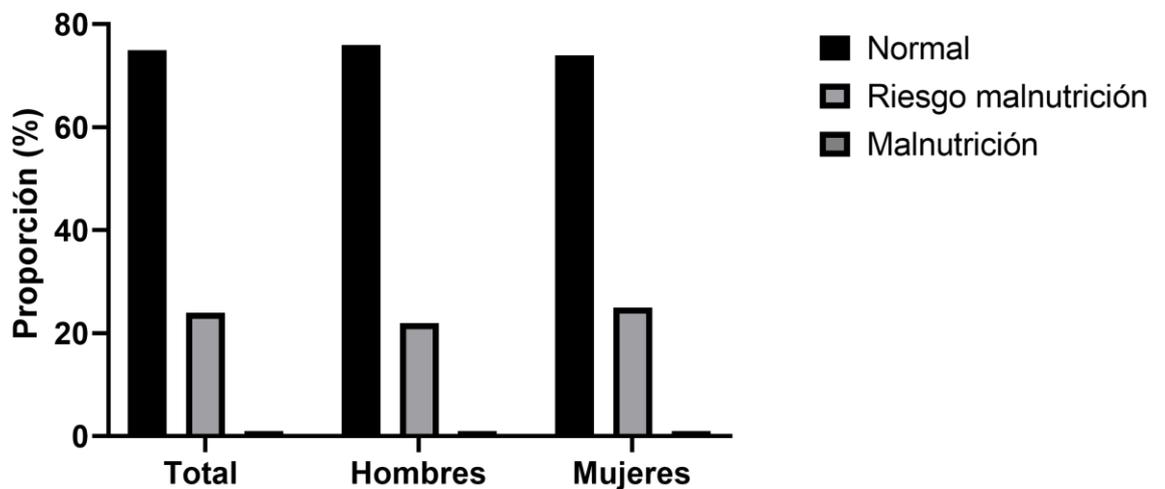
Variable	Unidad	Total	Masculino	Femenino	<sup>1</sup> P
Peso	Kg	66.6 ± 15.1	69.7 ± 15.2	63.9 ± 14.6	0.0154
Talla	M	1.58 ± 0.88	1.64 ± 0.06	1.52 ± 0.06	0.0000
<sup>2</sup> IMC	Kg/m <sup>2</sup>	26.7 ± 5.5	25.7 ± 4.6	27.6 ± 6.1	0.0254
<sup>3</sup> CC	Cm	94.4 ± 12.5	95.0 ± 12.6	94.2 ± 12.5	0.7999
<sup>4</sup> CP	Cm	34.4 ± 4.7	35.0 ± 4.4	34.3 ± 4.9	0.7807
<sup>5</sup> PT	mm	18.0 ± 7.5	14.2 ± 5.8	21.4 ± 7.2	0.0000
PP	mm	13.9±7.9	10.7 ±5.9	16.8±8.4	0.0000
<sup>6</sup> FP	Kg	22.0 ± 8.1	27.0 ± 7.8	17.2 ± 5.1	0.0000
<sup>7</sup> VMS	S	16.1 ± 15.3	15.8 ± 16.5	16.3 ± 14.3	0.8188
<sup>8</sup> VM	m/s	0.5 ± 0.2	0.5 ± 0.2	0.5 ± 0.2	0.1808

*Nota.* Datos presentados como promedio y desviación estándar. <sup>1</sup>Prueba t de Student para comparación de media en dos poblaciones; <sup>2</sup>índice de masa corporal; <sup>3</sup>circunferencia de la cintura; <sup>4</sup>circunferencia de la pantorrilla; <sup>5</sup>pliegue del tríceps; <sup>6</sup>fuerza de prensión; <sup>7</sup>velocidad de marcha en segundos; <sup>8</sup>velocidad de marcha en metros/segundos.

Según la MNA, el estado nutricional normal, en riesgo de malnutrición y con malnutrición es de 75%, 23,8% y 1,2% respectivamente. No se encontraron diferencias significativas por sexo (prueba chi<sup>2</sup>; pr=0.926) (**figura 2**). Según el nivel de sarcopenia, la proporción de ausencia de sarcopenia, presarcopenia, sarcopenia y sarcopenia severa es de 5.0 %, 59.4 %, 25.0 % y 10.6 %, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas por sexo (prueba chi<sup>2</sup>; pr=0.407).

**Figura 2.**

*Evaluación nutricional según la MNA*



*Nota.* Datos presentados como proporción (%). MNA = mini evaluación nutricional

La **tabla 3** presenta la evaluación del índice de comorbilidad de Charlson, el índice de funcionalidad de Barthel y el nivel de sarcopenia en la muestra estudiada. El 77.5 % de las personas participantes estuvo ausente de comorbilidades y solo el 5 % presentó comorbilidad alta. Asimismo, el 93.1 % se reportó independiente y solo el 1.3 % presentó disfuncionalidad grave. No se observaron diferencias significativas por sexo para las variables evaluadas, prueba  $\chi^2$ ,  $pr=0.7959$  para el índice de Charlson y  $pr= 0.698$  para el índice de Barthel.

**Tabla 3.**

*Evaluación del índice de comorbilidad de Charlson, índice de funcionalidad de Barthel y de la sarcopenia.*

<b>Variables</b>	<b>Categoría</b>	<b>Total</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>p</b>
ICC	Sin comorbilidad	124 (77.5 %)	57 (75.0 %)	67 (79.8 %)	0.7959
	Comorbilidad baja	28 (17.5 %)	15 (19.7 %)	13 (15.5 %)	
	Comorbilidad alta	8 (5.0 %)	4 (5.3 %)	4 (4.8 %)	
IB	Independiente	149 (93.1 %)	71 (93.4 %)	78 (92.9 %)	0.698
	Dependiente leve	8 (5 %)	3 (4.0 %)	5 (6 %)	
	Dependiente moderado	1 (1.0 %)	1 (1.3 %)	0 (0.0 %)	
	Dependiente grave	2 (1.3 %)	1 (1.3 %)	1 (1.2 %)	
Sarcopenia	Ausencia de sarcopenia	8 (5.0 %)	4 (5.3 %)	4 (4.8 %)	0.407
	Presarcopenia	95 (59.4 %)	50 (65.8 %)	45 (53.6 %)	
	Sarcopenia	40 (25.0 %)	15 (19.7 %)	25 (29.8 %)	
	Sarcopenia severa	17 (10.6 %)	7 (9.2 %)	10 (11.9 %)	

*Nota.* ICC = índice de comorbilidad de Charlson; IB = índice de Barthel. Valor p corresponde a la prueba de Chi<sup>2</sup>

El modelo final de regresión entre sarcopenia y factores asociados incluye el lugar, el sexo, la edad y la CC. El OR (IC95 %) para lugar, comparando Monagrillo versus La Palma fue de 0.20 (0.06 a 0.70). Es decir, las personas participantes de Monagrillo tienen 80 % menos riesgo de presentar sarcopenia moderada o grave en comparación con los de La Palma. El OR (IC95 %) para sexo femenino en comparación con masculino fue de 2.59 (1.20 a 5.61), es decir, las mujeres tienen 2.6 veces más

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... riesgo de sarcopenia moderada y severa en comparación con los hombres. El OR (IC95 %) de edad fue 1.12 (1.05 a 1.16), es decir que por cada incremento en un año se aumenta el riesgo de sarcopenia moderada y severa en 12 %. El OR (IC95 %) para CC es 0.96 (0.93 a 0.99), es decir, que, a cada incremento de un centímetro de cintura, se reduce el riesgo de sarcopenia moderada y severa en 4 % (**tabla 4**).

**Tabla 4.**

*Asociación entre sarcopenia en Azuero y variables independientes*

Variable	Interpretación	OR	IC95%
Lugar	Monagrillo vs. La Palma	0.20	0.06 a 0.70
	Pocrí vs. La Palma	0.47	0.19 a 1.16
	Santa María vs. La Palma	0.84	0.26 a 2.70
Sexo	Femenino vs masculino	2.59	1.20 a 5.61
Edad	$\Delta$ años	1.12	1.05 a 1.16
Circunferencia Cintura	$\Delta$ cm	0.96	0.93 a 0.99

*Nota.* Datos presentados como OR e IC95 %.

## Discusión y Conclusiones

Pese a que la mayoría de las personas participantes del estudio no presentaba comorbilidades y que el nivel de independencia es alto, la malnutrición en personas adultas mayores de 65 años, que asisten a instalaciones de atención primaria de salud de la península de Azuero en Panamá, es un problema de salud pública, tanto por deficiencia como por exceso. Al asociar la sarcopenia moderada o grave y variables independientes, se encontró que las personas participantes de Monagrillo tienen menos riesgo en comparación con los de La Palma; las mujeres tienen más riesgo en

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... comparación con los hombres; con una edad mayor se aumenta el riesgo y a cada incremento de un centímetro de cintura se reduce el riesgo.

A pesar de que en los últimos años se ha incrementado el promedio de vida de las personas, este aumento es directamente proporcional con las enfermedades crónicas, siendo las personas adultas mayores uno de los grupos más vulnerables en cuanto a enfermedades relacionadas a la malnutrición. En este estudio, casi una cuarta parte se ubicó en riesgo de malnutrición, según la MNA. Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en Almería, España, cuyo objetivo era evaluar el estado nutricional en personas adultas mayores no institucionalizadas, en donde alrededor de un 22.8 % tenía riesgo de malnutrición y el 3.5 % presentó malnutrición, según la MNA (Hernández Galiot et al., 2015).

En el presente trabajo de base comunitaria, la proporción de malnutrición, según la MNA, fue baja, debido a que se incluyeron personas participantes no institucionalizadas. Por el contrario, en una tesis de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Panamá, realizada en la residencia de personas mayores, llamada Fundación Nueva Vida, con 49 personas mayores de 65 años, la malnutrición fue de 38 % (Pérez y Carballo, 2018). Asimismo, en otro estudio realizado en Panamá, en la sala de geriatría del Hospital Irma De Lourdes de Tzanetatos de la Caja de Seguro Social, con 94 personas mayores de 65 años, se encontró que más del 50 % presentó malnutrición (Núñez-Vásquez et al., 2018). Por lo que, el grado de malnutrición de las personas adultas mayores varía de acuerdo con si están o no institucionalizadas en casa de personas adultas mayores u hospitales. De manera que, preservar el estado nutricional de esta población, a nivel de la comunidad, pudiera ser integrado como parte de una política de prevención de la malnutrición en este grupo de edad junto con otras intervenciones de salud, alimentarias y nutricionales.

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...

El estado nutricional, la edad, el sexo, el nivel de autonomía son factores que predisponen la sarcopenia en personas adultas mayores. Esta patología se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular, que se manifiesta por lo general en la etapa de vejez y representa un alto riesgo de mortalidad y morbilidad. En el presente estudio, las personas adultas mayores de 81 años presentaron mayor tendencia a presentar sarcopenia o sarcopenia severa. Estos resultados también se evidenciaron en una investigación realizada en Brasil, donde se estudiaron a 150 personas adultas mayores ambulatorias, que asistían a geriatría en un hospital universitario, la mayor prevalencia de sarcopenia fue encontrada en los adultos de 80 años en adelante (Almeida dos Santos et al., 2016).

Con respecto al nivel de sarcopenia, los resultados afirman que más de la mitad presentó presarcopenia y uno de cada cuatro presentó sarcopenia. Además, se evidencia que el riesgo de padecer sarcopenia aumenta en las mujeres en comparación con los hombres. En el trabajo realizado en la Fundación Nueva Vida de la Ciudad de Panamá, se reportó que el 69 % de las personas adultas mayores presentaron sarcopenia. De estas personas, más de la mitad de la población era femenina (Pérez y Carballo, 2018). Por el contrario, en otro trabajo realizado en Roma, que evaluó la prevalencia de sarcopenia y su asociación con el estado funcional en una población de personas mayores de 70 años que vivían en hogares de ancianos, el 32.8 % de quienes participaron padecía de sarcopenia, siendo 68 % hombres (Landi et al., 2012). Las diferencias que radican en los estudios pueden ser atribuidas a que la sarcopenia tiene menos posibilidades de estar presente en personas adultas mayores más activos físicamente, como las incluidas en nuestro trabajo.

Por otro lado, en México, se realizó un estudio de tipo transversal donde se evaluaron personas adultas mayores de más de 60 años de edad, los resultados evidenciaron que el 63.0 % de las personas con sarcopenia presentaron deterioro

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... cognitivo; sin embargo, la prueba de mayor importancia que se presentó en dicho estudio fue la de dependencia funcional para realizar actividades de la vida cotidiana; subir y bajar los escalones, desplazarse, trasladarse entre sillas y camas, entre otros (Espinel-Bermúdez et al., 2018). Es por esto, que se realizó una asociación, mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>, entre el índice de Barthel y el nivel de sarcopenia de las personas adultas mayores estudiadas en la península de Azuero, los hallazgos evidenciaron que el 99 % de las personas con ausencia de sarcopenia o presarcopenia son independientes. De igual forma, un alto porcentaje (82.5 %) de las personas con sarcopenia o sarcopenia severa también son independientes. Cabe destacar que la muestra de la presente investigación eran personas adultas mayores ambulatorias.

La relación entre sarcopenia y la obesidad abdominal es clave para comprender mejor estos problemas de salud pública en pacientes que asisten a centros de atención primaria. Park et al. (2014) reportaron, en una muestra de 6832 personas de Korea, que la sarcopenia se asoció con el síndrome metabólico, además, pudiendo ser un indicador para el monitoreo de condiciones metabólicas crónicas. Asimismo, Confortin et al. (2017) reportaron que la presencia conjunta del bajo peso y menor circunferencia de cintura son clave para evaluar sarcopenia en población adulta mayor. En el presente trabajo, se observó que las personas con mayor circunferencia de cintura presentaron menor riesgo de sarcopenia. Se ha descrito que el estado inflamatorio de bajo grado ocasionado por la obesidad abdominal pudiera estar relacionado con la pérdida de masa muscular en personas adultas mayores (Kim et al., 2014). Esta relación contradictoria, puede deberse a diferentes causas, por ejemplo, el tamaño reducido de la muestra o que las personas evaluadas eran de contexto rural campesino y con independencia funcional. Por lo anterior, se requiere continuar la investigación sobre la relación entre la sarcopenia, las ENT y la obesidad abdominal en comunidades del interior del país, para

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... comprender mejor estos problemas y cómo abordarlos desde los programas de salud preventivos.

Con relación al nivel de sarcopenia según el lugar de estudio en la península de Azuero, se encontró que hay menos probabilidad de padecer sarcopenia en Monagrillo en comparación con La Palma. Lastimosamente, se carece de otros estudios en el área que sustente la razón de este resultado. Sin embargo, algunos de los factores que se pudieron observar en las personas adultas mayores de Monagrillo en comparación con los otros lugares es mayor nivel de actividad física (caminar y manejar bicicleta).

El presente trabajo se realizó en comunidades ubicadas en el interior del país, muchas de ellas consideradas áreas rurales. Diversas personas autoras han evaluado la relación entre la sarcopenia y las áreas rurales y urbanas (Mazocco et al., 2019; Gao et al., 2015; Wu et al., 2014), reportándose resultados contradictorios. Gao et al., (2015) reportaron, en un estudio con 887 personas, que la sarcopenia es más probable en personas adultas mayores de áreas rurales (13.1 %) en comparación con los de las áreas urbanas (7.0 %) del oeste de la China. Más recientemente, Mazocco et al. (2019) reportaron en un estudio realizado en Brasil, con una muestra de 205 mujeres de 60 años y más, que la sarcopenia fue significativamente mayor en áreas urbanas (5.7 %) que en áreas rurales (0.7 %). Por esto, será importante continuar investigando la relación entre la sarcopenia y el tipo de área, así como la relación con la cobertura de atención de salud y la calidad de la dieta.

Además, otro de los datos interesantes que arrojó la investigación es que se reduce el riesgo de padecer sarcopenia por incremento en la circunferencia de cintura. Dato que no coincide con los resultados de un estudio que se realizó a un grupo de hombres en Hawái, en donde el riesgo de mortalidad aumentó significativamente en la obesidad sarcopénica definida por circunferencia de cintura. Sin embargo, el estudio realizado en Hawái asociaba un mayor aumento de la circunferencia de cintura con un

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores... mayor riesgo de mortalidad y no específicamente a un mayor riesgo de padecer sarcopenia (Sanada et al., 2018).

Para finales de los 90, se empezó a emplearse el término obesidad sarcopénica para establecer y diagnosticar a las personas que de forma concomitante presentan un exceso de tejido adiposo y una importante disminución de la masa muscular. Esto fue evidenciado en un estudio realizado en España, donde se encontró una representativa prevalencia de obesidad sarcopénica en personas adultas mayores ambulatorias, alcanzando valores promedios del 15 % (Gallagher et al., 2000).

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, a pesar de que no era parte de los objetivos de este estudio, hubiera sido muy interesante conocer de manera más directa la ingesta dietética y nivel de actividad de la población estudiada, según lugar de residencia. No se pudo determinar el porcentaje de masa grasa total. Entre las fortalezas, se encuentra que es uno de los primeros estudios realizados a nivel comunitario que evalúa la sarcopenia y la malnutrición en personas adultas mayores del país, arrojando importantes insumos para el diseño de políticas y programas de prevención de la malnutrición en este grupo de edad.

En conclusión, una alta prevalencia de malnutrición y sarcopenia entre personas adultas mayores de 65 años en centros de atención primaria de salud de la península de Azuero en Panamá. La sarcopenia se asoció con el sexo femenino, mayor edad, menor circunferencia de la cintura y la ubicación geográfica. Un dato interesante que se observó en los resultados es que la localidad de Monagrillo y tener una circunferencia de cintura elevada parecen ser factores protectores para el desarrollo de sarcopenia moderada y severa; faltarían más estudios para corroborar este dato.

### **Agradecimientos**

Las personas autoras agradecen a las autoridades y personal de los Centros de Salud de la península de Azuero en Panamá, Región de Salud de Herrera. Se agradece a las personas adultas mayores y sus familiares por participar del estudio. Además, se agradece a la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Panamá y de la Universidad de San Sebastián de Santiago de Chile por la colaboración en la presente investigación.

## Referencias

- Almeida dos Santos, A., Sabino Pinho, C., Santos do Nascimento, A. & Oliveira Costa, A. (2016). Sarcopenia in elderly outpatients: prevalence and associated factors. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 255-262. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.100>
- Berrut, G. & de Decker, L. (2015). Comprehensive assessment of comorbidity in the elderly. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 13(1), 7-12. <http://dx.doi.org/10.1684/pnv.2015.0543>
- Requena Calleja, M.A., Arenas Miquélez, A., Díez-Manglano, J., Gullón, A., Pose, A., Formiga, F., Mostaza, J.M., Cepeda, J.M., Suárez, C., en nombre de los investigadores NONAVASC. & Grupo de Riesgo Vascular de la Sociedad Española de Medicina Interna. (2019). Sarcopenia, frailty, cognitive impairment and mortality in elderly patients with non-valvular atrial fibrillation. *Revista Clínica Española*, 219(8), 424-432. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2019.04.002>
- Casals, C., Suárez-Cadenas, E., Estébanez Carvajal, F.M., Aguilar Trujillo, M.P., Jiménez Arcos, M. y Vázquez Sánchez, M. (2017). Relación entre calidad de vida, actividad física, alimentación y control glucémico con la sarcopenia de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1198-1204. <https://doi.org/10.20960/nh.1070>
- Charlson, M., Pompei, P., Ales, K. & MacKenzie, C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383, [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
- Cid-Ruzafa, J. & Damián-Moreno, J. (1997). Evaluating physical incapacity: the Barthel Index. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Confortin, S., Meneghini, V., Ono, L., Schneider, I., Barbosa, A. & D'Orsi, E. (2017). Anthropometric indicators as a screening tool for sarcopenia in older adults from Florianópolis, Santa Catarina: EpiFloripa Ageing study. *Revista de Nutricao*, 30(3), 287-296. <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000300002>
- Cruz-Jentoft, A., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landin, F., Rolland, Y., Sayer, A.A., Schneider, S.M, Sieber, C., Topinkova E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People. & The Extended group for EWGSOP2. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- Espinel-Bermúdez, M., Sánchez-García, S., García-Peña, C., Trujillo, X., Huerta-Viera, M., Granados-García, V., ... & Arias-Merino, E. (2018). Associated factors with sarcopenia among Mexican elderly: 2012 National Health and Nutrition Survey. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(S1), S46-S53.

- Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...
- Hernández Galiot, A., Pontes Torrado, Y. & Goñi Cambrodón, I. (2015). Risk of malnutrition in a population over 75 years non-institutionalized with functional autonomy. *Nutrición Hospitalaria*, 32(3), 1184-1192. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9176>
- Gallagher, D., Ruts, E., Visser, M., Heshka, S., Baumgartner, R. N., Wang, J., Pierson, R.N., Pi-Sunyer, F.X. & Heymsfield, S. B. (2000). Weight stability masks sarcopenia in elderly men and women. *Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 279(2), E366-E375. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.2000.279.2.E366>
- Gao, L., Jiang, J., Yang, M., Hao, Q., Luo, L. & Dong, B. (2015). Prevalence of Sarcopenia and Associated Factors in Chinese Community-Dwelling Elderly: Comparison Between Rural and Urban Areas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 1003.e1-1003.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.020>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2010). *Volume I: Ciudades en la República de Panamá*.
- Kim, T., Park, M.S., Ryu, J.Y., Choi, H.Y., Hong, H.C., Yoo, H.J., Kang, H.J., Song, W., Park, S.W., Baik, S.H., Newman, A.B. & Choi, K.M. (2014). Impact of visceral fat on skeletal muscle mass and vice versa in a prospective cohort study: The Korean Sarcopenic Obesity Study (KSOS). *PLoS ONE*, 9(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115407>
- Landi, F., Liperoti, R., Fusco, D., Mastropaolo, S., Quattrocioni, D., Proia, A., Russo, A., Bernabei, R. & Onder, G. (2012). Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 67(1), 48-55. <https://doi.org/10.1093/gerona/glr035>
- Marzetti, E., Calvani, R., Tosato, M., Cesari, M., Di Bari, M., Cherubini, A., Collamati, A., D'Angelo, E., Pahor, M., Bernabei, R. & Landi, F. (2017). Sarcopenia: an overview. *Aging clinical and experimental research*, 29(1), 11-17. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0704-5>
- Mazocco, L., Gonzalez, M.C., Barbosa-Silva, T.G. & Chagas, P. (2019). Sarcopenia in Brazilian rural and urban elderly women: Is there any difference? *Nutrition*, 58, 120-124. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.06.017>
- Ministerio de Salud de Panamá (MINSa). (2015). *Análisis de la situación de salud de Panamá*.
- Ministerio de Salud de Panamá (MINSa). (2018). *Programas de salud de adulto y adulto mayor. Normas técnico-administrativas del programa de salud de adulto y adulto mayor*.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Meeting the dietary needs of older adults: Exploring the impact of the physical, social, and cultural environment: Workshop summary*. <http://dx.doi.org/10.17226/23496>

- Núñez-Vásquez, I., Gómez-Castrejo, M., Ríos-Castillo, I. y Cornejo, L. (2018). Evaluación del riesgo de malnutrición y del estado nutricional de adultos mayores hospitalizados de Panamá. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 32(2), 37-46.
- Padilla Colón, C.J., Sánchez Collado, P. y Cuevas, M.J. (2014). Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia. *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), 979-988. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7313>
- Park, S.H., Park, J.H., Park, H.Y., Jang, H.J., Kim, H.K., Park, J., Shin, K.J., Lee, J.G., y Moon, Y.S. (2014). Additional role of sarcopenia to waist circumference in predicting the odds of metabolic syndrome. *Clinical Nutrition*, 33(4), 668–672. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.08.008>
- Pérez, L. y Carballo, M. (2018). *Relación de los factores dietéticos y el ejercicio con la sarcopenia en adultos mayores institucionalizados en la Residencia de la tercera edad de la Fundación Nueva Vida en Panamá*. Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.
- Sanada, K., Chen, R., Willcox, B., Ohara, T., Wen, A., Takenaka, C. & Masaki, K. (2018). Association of sarcopenic obesity predicted by anthropometric measurements and 24-y all-cause mortality in elderly men: The Kuakini Honolulu Heart Program. *Nutrition*, 46, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.09.003>
- Secher, M., Soto, M., Villars, H., Van Kan, G., & Vellas, B. (2007). The Mini Nutritional Assessment (MNA) after 20 years of research and clinical practice. *Reviews in Clinical Gerontology*, 17(4), 293. <https://doi.org/10.1017/S095925980800258X>
- Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología de Panamá (SENACYT). (2018). *Estrategia para el Desarrollo Sostenible: Visión 2050, Península de Azuero. Panamá, Panamá*.
- Tucker, K. (2016). Nutrient intake, nutritional status, and cognitive function with aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1367(1), 38-49. <https://doi.org/10.1111/nyas.13062>
- United Nations. (2011). *World Population Prospects The 2010 Revision*.
- United Nations. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (ST/ESA/SER.A/430)*.
- Vergara Ruiz, J., Muñoz Triviño, M., Candelario Alcalá, I. y Sanz Sánchez, M. (2017). Sarcopenia y dinapenia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un área rural de Castilla-La Mancha. *Revista Clínica Médica Familiar*, 10(2), 86-95.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on aging and health*. Geneva.

Barrios, T. et al. Evaluación del estado nutricional de personas adultas mayores...

Wu, C-H., Chen, K-T., Hou, M-T., Chang, Y-F., Chang, C-S., Liu, P-Y., Wu, S-J., Chiu, C-J., Jou, I-M., & Chen, C-Y. (2014). Prevalence and associated factors of sarcopenia and severe sarcopenia in older Taiwanese living in rural community: The Tianliao Old People study 04. *Geriatrics and Gerontology International*, 14(SUPPL.1), 69–75. <https://doi.org/10.1111/ggi.12233>



## **PERFIL DEL PACIENTE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA GERIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE GERIATRÍA COSTARRICENSE**

### **PROFILE OF PATIENTS OF THE GERIATRIC HOME CARE PROGRAM OF A COSTA RICAN GERIATRIC HOSPITAL**

José E. Picado-Ovares<sup>1</sup>, Alejandro Sandí-Jirón<sup>2</sup>

Recibido:25-08-2020 Corregido:07-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### **RESUMEN**

La Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica (ACG) del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, por medio un equipo interdisciplinario, realiza visitas a personas adultas mayores con enfermedades terminales. Cada paciente recibe una valoración por parte de un equipo multidisciplinario en una “sesión de ingresos”. El presente es un estudio descriptivo que define el perfil de las personas usuarias que han ingresado al programa de ACG, desde enero del 2012 a junio del 2020. Se realiza un análisis exploratorio con los datos de 3361 personas valoradas en la sesión. La mayoría de los pacientes provienen del cantón de Desamparados. El rango de edad promedio es de 83,7. La mayoría son personas dependientes severas, mujeres y viudos. Los síndromes demenciales representan la causa más prevalente de ingreso, seguido de la patología neoplásica. Las personas usuarias presentaban polifarmacia, trastornos neuroconductuales, disfagia y alteraciones nutricionales, predominando el riesgo nutricional. Además, pocas personas ingresan con sonda vesical, con sonda enteral y con úlceras por presión grado 3 y 4. Se documenta una red comprometida, principalmente liderada por hijos e hijas. La mayoría de personas analizadas en el periodo de estudio en el servicio de Atención Comunitaria Geriátrica son dependientes severas, mujeres y viudos. Los síndromes demenciales representan la causa más prevalente de ingreso al programa.

**PALABRAS CLAVE:** Geriatria; demencia; servicios de atención domiciliaria; servicios de salud.

#### **ABSTRACT**

Profile of patients of the Geriatric Home Care program of a Costa Rican Geriatric Hospital. The Geriatric Community Care Unit of the Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología visits older adults with terminal illnesses by an interdisciplinary team. In Each patient is assessed by a multidisciplinary team. This is a descriptive study that describe the profile of the patients who have entered the ACG program, from January 2012 to June 2020. An exploratory analysis is performed of 3361 patients evaluated by the Unit. Most patients come from the city of Desamparados. The average age was 83,7. They are severe dependents; Most are women widowers. Dementia syndromes represent the most prevalent cause of admission, followed by neoplastic pathology. Patients have polypharmacy, neurobehavioral disorders, dysphagia and nutritional disturbances predominating “nutritional risk” category. Few have bladder catheter, nasogastric tube and had grade 3 and 4 pressure ulcers. A compromised network is identified in most of the cases. Most of the caregivers are their children. Most of the patients analyzed in the study period in the Geriatric Community Care service are severe dependents, women and widowers. Dementia syndromes represent the most prevalent cause of admission to the program.

**KEY WORDS:** Geriatrics; dementia; home care services; health services.

---

<sup>1</sup>Médico Paliativista, Universidad de Valladolid, España. Coordinador del Programa de Visita Domiciliar y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. San José. Costa Rica. E-mail: [neto79es@yahoo.es](mailto:neto79es@yahoo.es)

<sup>2</sup>Bachiller en Estadística, Universidad de Costa Rica. Analista de Riesgo, BAC-Credomatic. San José, Costa Rica. E-mail: [masj29@yahoo.es](mailto:masj29@yahoo.es)



## Introducción

Entre el año 2000 y el 2050, la cantidad de personas adultas mayores de 60 años en el mundo se duplicará. También, se ha demostrado un aumento a nivel mundial en la carga de las enfermedades no transmisibles (Murray et al., 2012). Esto ha generado que se modifiquen las modalidades de prestación de la salud para poder atender esta creciente necesidad (Van Oostrom et al., 2016).

Este tipo de pacientes presenta particularidades sanitarias complejas que terminan por desbordar la atención recibida (Van Oostrom et al., 2016). Lo anterior, resulta en deterioro de la calidad de vida, peor salud física y mental, aumento en el riesgo de hospitalización, polifarmacia (Harrison et al., 2014) y un aumento en la mortalidad (Sambamoorthi y Tan X, 2015).

Esta demanda genera la necesidad de retomar modelos de atención que se alejen del esquema clásico, de los escenarios de hospitalización-consulta externa-emergencias y promuevan la atención en el domicilio.

La “atención centrada en el paciente en el escenario domiciliar” (ACPD) fue introducida inicialmente por la Academia Americana de Pediatría, en 1967, y es considerada la mejor alternativa para ofrecer cuidados de calidad a este tipo de pacientes (Bodenheimer et al., 2014). Si bien las definiciones varían en la literatura y no existe un consenso al respecto (Australian Medical Association Limited [AMA], 2020), estos modelos generalmente incluyen la atención de un profesional médico junto a un equipo multidisciplinario, para trabajar de forma coordinada en la atención de las necesidades específicas, a través del tiempo (RACGP, 2020).

Diferentes publicaciones han demostrado que la ACPD es efectiva en mejorar la calidad de vida, reducir hospitalizaciones y mejorar el manejo de diferentes comorbilidades al compararla con el tratamiento estándar (Maeng et al., 2011).

Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria...

Otras publicaciones han demostrado, también, que este tipo atención en el escenario domiciliar presenta una reducción en los costos, al disminuir las consultas a urgencias y las hospitalizaciones de esta población (Reid et al., 2010).

Se evidencia en la literatura la escasez de información en relación con el perfil de las personas usuarias que se beneficiarían de estos programas y la dificultad para poder dirimir, con base en criterios técnicos, el ámbito y la mejor alternativa de atención para ellas. Generalmente, esta población no recibe el apoyo necesario, lo que genera atenciones poco satisfactorias, con una peor calidad de muerte y a una relación costo/beneficio desfavorable (Lee et al., 2018).

Por esto, resulta vital para nuestra especialidad generar investigación de calidad relacionada con modelos de atención que se ajusten a la realidad nacional. Este pretende ser un estudio que colabore en esa línea, al ofrecer información valiosa para elaborar alternativas de atención para este tipo de personas usuarias.

La Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica (ACG) del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Doctor Raúl Blanco Cervantes de Costa Rica (HNGGDRC) se fundó en 1996. Desde entonces realiza visitas por un equipo interdisciplinario a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas terminales, para así ofrecer la atención hospitalaria a nivel del domicilio. En el cuadro 1, se resume el equipo actual del servicio de la ACG y los servicios ofrecidos (Picado-Ovares et al., 2016).

El programa de ACG presenta diferentes modalidades de atención y ofrece diversos servicios, que se resumen en el cuadro 2. Se realiza un promedio de 4498 visitas al año a cerca de 1200 pacientes anualmente. Actualmente, se cuenta con 700 pacientes del programa de geriátrico y 100 del programa de paliativos.

Al ingresar al programa, cada paciente recibe una valoración por parte de un equipo multidisciplinario, compuesto por personas profesionales en geriatría, enfermería

Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria... y trabajo social, en la “sesión de ingresos”. Esta información se recolecta en una base de datos utilizada para categorizar al tipo de paciente que se incluye en el programa.

El presente es un estudio descriptivo que busca mostrar el perfil de las personas usuarias que han sido beneficiadas con el programa de ACG, tomando en cuenta los datos recolectados de la sesión de ingresos de los últimos 8 años.

## **Metodología y Resultados**

Para los análisis de esta investigación, se emplea la totalidad de los casos que han formado parte del programa de visita domiciliar del HNNG. El método de entrada de la información se realiza mediante registros de datos, asegurándose de la eliminación de inconsistencias o datos ambiguos. La investigación se centra en un análisis exploratorio, en el cual el principal objetivo de estudio es lograr describir e interpretar mediante técnicas sencillas de resumen de datos y métodos gráficos el conjunto mediciones de interés realizadas a las personas usuarias. Dentro de las variables contenidas en la base de datos, se encuentran el estado nutricional, diagnósticos de ingresos, polifarmacia, disfagia e información sociodemográfica.

La información obtenida contempla un total de 3361 pacientes que se valoraron en la sesión de ingresos del programa de ACG del HNGGDR, desde enero del 2012 a junio del 2020. De estas personas analizadas en la sesión de ingreso, un 75.3 % pertenecen al Programa de Visita Domiciliar Geriátrica y el resto al Programa de Visita Domiciliar Paliativa.

Geográficamente, la mayoría provienen del sur de San José, con Desamparados como el cantón que más aportó pacientes al programa. El 21 % de los ingresos al programa vinieron de esa zona.

El rango de edad va desde los 60 hasta los 105 años, con una edad promedio de 83.7. El índice de Barthel promedio es de 20.3. La mayoría de personas usuarias son

Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria... mujeres (65.2 %). La viudez es el estado civil más frecuentemente encontrado, seguido de aquellas personas que han contraído matrimonio.

Las características de importancia de la población estudiada se resumen en la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas y de salud de las personas adultas mayores ingresados al Programa de ACG del HNNG*

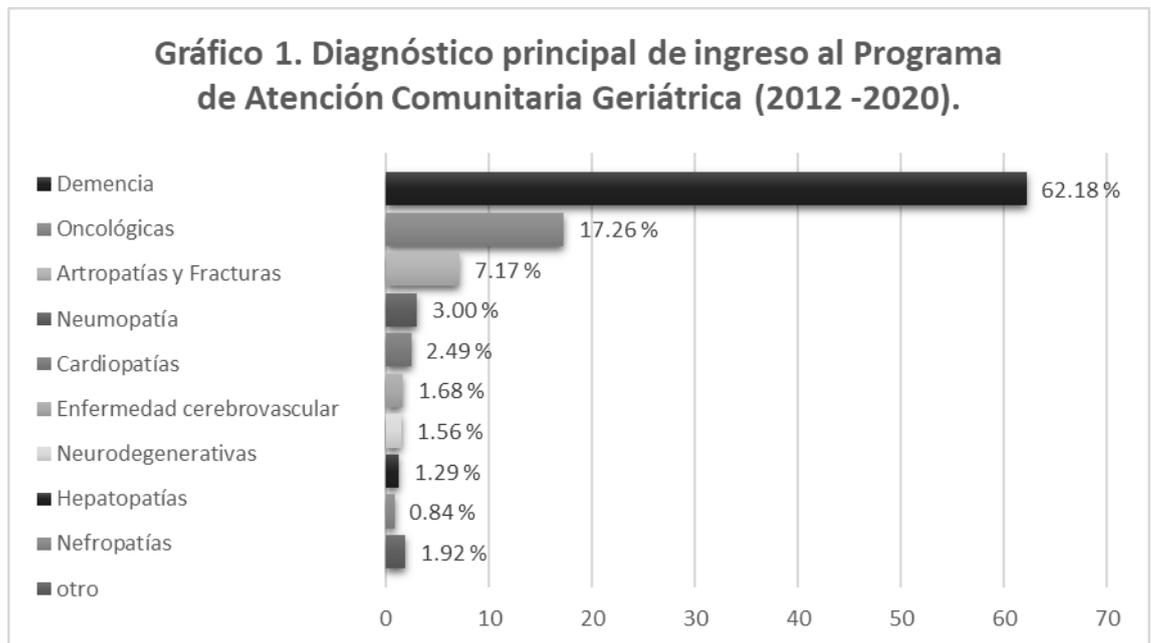
Variable	Porcentaje (%)
Estado civil	
Persona viuda	45.9
Persona casada	33.8
Persona soltera	12.9
Otro	7.4
Persona cuidadora principal	
Familiar	86.9
Persona contratada	12.2
Otro	0.9
Estado nutricional	
Buen estado nutricional	11.9
Desnutrición	35.8
Obesidad	4.5
Riesgo nutricional	47.8
Ulceras por presión grado 3 o 4	
Sí	9.8
Presencia de polifarmacia	
Sí	67.2
Presencia de disfagia	
Sí	41.2
Presencia de trastorno neuroconductual	
Sí	37.9
Sonda nasogástrica o PEG	
Sí	13.1
Sonda Foley	
Sí	5.7

*Nota. Elaboración propia.*

Con relación al diagnóstico de ingreso (ver gráfico 1), se evidencia que los síndromes demenciales son los más prevalentes como causa de ingreso. Las demencias de tipo vascular representaron la etiología más frecuente dentro de los síndromes demenciales, con un 47.9 %. En segundo lugar, se ubican las demencias mixtas, (19.5 %). Solamente un 14 % de personas ingresadas por demencia al programa presentaba enfermedad de Alzheimer.

**Gráfico 1.**

*Diagnóstico principal de ingreso al Programa de Atención Comunitaria Geriátrica (2012-2020)*



La patología neoplásica se ubica en un segundo lugar como motivo de ingreso al programa, principalmente cáncer de colon y gástrico. En un tercer lugar, se ubican las artropatías. Se evidencia que el 82.74 % de los ingresos al programa son pacientes con patologías avanzadas no oncológicas.

Un porcentaje alto de pacientes presentaban polifarmacia (definido como 4 o más medicamentos crónicos), trastornos neuroconductuales, disfagia y alteraciones nutricionales, predominando el riesgo nutricional. Contrariamente, un número bajo de pacientes ingresó al programa con catéter vesical, con sonda nasogástrica o PEG o con úlceras por presión (UPP), grado 3 y 4 (569 UPP en total).

En relación con las personas cuidadoras, se documenta una red comprometida en el 77.6 % de los ingresos. Las edades de este grupo van desde los 19 a los 88 años, con un promedio de edad de 53 años. Se agrupa principalmente entre los 40 a los 70 años, destacando el grupo de 50 a 60 años. La mayoría de cuidadores son sus hijas e hijos (el

Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria... 59.3 %). En un lejano segundo y tercer lugar, se encuentra las personas contratadas y sus cónyuges. El 25.4 % de los casos se evidencia un riesgo social.

## **Discusión y Conclusiones**

Las personas usuarias del presente estudio son principalmente del género femenino, en estado de viudez, mayores de 80 años y con dependencia severa. Además, presentan alteraciones nutricionales y polifarmacia y son cuidados principalmente por sus hijos e hijas, los cuales en su mayoría tienen compromiso con el cuidado. Estos resultados son muy similares a los presentados en series anteriores (S. Garcia et al., 2000; Bilbao et al., 1994) y van en concordancia con los cambios poblacionales del país (Universidad de Costa Rica, CCP, PIAM, CONAPAM, 2020) y con el tipo de paciente que se atiende en el HNGGDRC (Picado-Ovares et al. 2016). Además, se explican por los cambios demográficos relacionados al envejecimiento tanto a nivel mundial como nacional.

El diagnóstico principal de ingreso fue el síndrome demencial. Destaca la presencia de complicaciones del síndrome demencia, como la disfagia y los trastornos neuroconductuales. Se evidencia la necesidad de crear programas orientados a atender las necesidades específicas de esta población pues generalmente no son bien atendidas (Mitchell et al., 2009).

Las personas usuarias visitadas por el servicio de la ACG del HNNGGDRBC son pacientes con características que les colocan en un grado de vulnerabilidad importante, por su grado de dependencia y su comorbilidad. El abordaje requerido es complejo y es urgente generar modelos de atención que puedan solventar estas necesidades y que puedan atender las características locales de la población atendida.

Ante los cambios poblacionales mencionados anteriormente, es necesario tener información clara del tipo de paciente que se beneficiaría de este tipo de atención a

Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria... nivel nacional. Dado que no existen publicaciones a nivel nacional que exploren las características demográficas de las personas adultas mayores tributarias a atención en el ámbito domiciliar, entre las fortalezas de este estudio está que la casuística abarca ocho años de recolección de datos y un número importante de personas.

Entre las limitaciones, se encuentra que en la investigación se omiten efectos de causalidad entre variables, por lo que se enfoca únicamente en características representativas de las mediciones efectuadas.

La mayoría de las personas atendidas en el periodo de estudio en el servicio de Atención Comunitaria Geriátrica tienen un grado de dependencia severo, mujeres y en estado de viudez. Los síndromes demenciales representan la causa más prevalente de ingreso.

## Referencias

- Australian Medical Association Limited (30 November 2015). *AMA Position Statement on the Medical Home – 2015*. AMA. <https://ama.com.au/position-statement/ama-position-statement-medical-home>
- Bilbao, I., Gastaminza, A. M., García, J. A., Quindimil, J. A., López, J. L., y Huidobro, L. (1994). Los enfermos domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria*, 13(4), 188-190.
- Bodenheimer, T., Ghorob A., Willard-Grace, R. y Grumbach, K. (2014). The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*, 12(2), 166-171. <https://doi.org/10.1370/afm.1616>
- García Bermejo, S., Lekube Angulo, K., Andikoetxea Agorria, A., Solar Barruetabeña, M. y Olaskoaga Arrate A. (1997). Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes en programa de atención a domicilio. *Atención Primaria*, 20(5) 230-236. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-socioeconomicas-problemas-necesidades-salud-14628>
- Harrison, C., Britt, H., Miller, G. y Henderson, J. (2014). Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*, 4(7), e004694–e004694. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004694>
- Lee, E. E., Chang, B., Huege, S., & Hirst, J. (2018). Complex Clinical Intersection: Palliative Care in Patients with Dementia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(2), 224–234. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.015>.
- Maeng, D., Graf, T., Davis, D., Tomcavage, J. & Bloom, F. (2011). Can a Patient-Centered Medical Home Lead to Better Patient Outcomes? The Quality Implications of Geisinger's ProvenHealth Navigator. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 27, 210-216. <https://doi.org/10.1177/1062860611417421>
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L., Jones, R. N., Prigerson, H. G., Volicer, L., Givens, J. L., & Hamel, M. B. (2009). The clinical course of advanced dementia. *The New England journal of medicine*, 361(16), 1529-1538. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234>
- Murray, C.J, Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman A.D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J.A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S.Y., Ali, M.K., Almazroa, M.A., Alvarado, M., Aderson, H.R., .... López, A. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Stud 2010. *Lancet*, 380(9859), 2197-2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.

- Picado-Ovares, J.E, et al. Perfil del paciente del Programa de Atención Domiciliaria...
- Picado-Ovares, J., Escobar-Salas, A., y Hernández-Zamora, P. (Eds.). (2016). *Tratado de Geriatria*. EDNASS.
- Reid, R.J., Coleman, K., Johnson, E.A., Fishman, P.A., Hsu, C., Soman. M.P., Trescott, C.E., Erikson, M. & Larson. E.B. (2010). The Group Health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. *Health Affairs (Millwood)*,29(5),835-843. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0158>
- Royal Australian College of General Practitioners. Standards for Patient-Centred Medical Homes: Patient-centred, comprehensive, coordinated, accessible and quality care Standards for Patient-Centred Medical Homes. (2020). Retrieved 1 October 2020, from <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Running%20a%20practice/Practice%20standards/Patient-centered-medical-homes.pdf>.
- Sambamoorthi U., Tan, X., Deb, A. (2015). Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*,15(5),823-832. doi: 10.1586/14737167.2015.1091730
- Universidad de Costa Rica, CCP,PIAM, CONAPAM. (2020). *II Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. 19-28.
- Van Oostrom, S.H., Gijzen, R., Stirbu, I., Korevaar, J.C., Schellevis, F.G., Picavet H.S.J., Hoeymans N. (2016). Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *PLoS One*,11(8) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160264>

**ANEXOS**

*Cuadro 1*

Modalidades de atención proporcionadas por el servicio de ACG del HNGGDRBC			
Modalidad de atención	Personas visitadas	Descripción del programa y servicios ofrecidos	Frecuencia de visitas y atenciones telefónicas
ACG 1 (Geriátrico)	Visita de personas usuarias geriátricas/apoyo a la red	-Visita de personas usuarias: geriátricas (zonas lejanas) y crónicas del HNGG y la red.  -Capacitación (comunidades y clínicas) en manejo de la persona adulta mayor y envejecimiento exitoso.	Cada tres meses Atención telefónica en horario de oficina
ACG 2 (Geriátrico)	Visita de personas usuarias geriátricas/complejos	-Visita de pacientes del HNGG y de la Red; casos complejos (personas geriátricas o crónicas)  -Capacitación (comunidades y clínicas) en manejo de la persona adulta mayor y envejecimiento exitoso.	
ACG 3 (Equipos de apoyo)	Visita de equipos de apoyo y enfermería	-Visitas: Enfermería, Terapia del Lenguaje, Psiquiatría, Salud Mental, Psicología, Trabajo Social, Odontología.  -Toma de muestras de laboratorio.	
Hospital a domicilio	Hospital a domicilio	-Subprogramas: aplicación de antibióticos, curación de heridas complejas, manejo poscolocación de PEG, traslape de anticoagulación y de rehabilitación domiciliar y odontología.	Diarias / cada dos o tres días Atención telefónica en horario de oficina
Cuidado paliativo	Cuidados paliativos en el domicilio	-Cuidados paliativos a nivel domiciliar, grupo de duelo y de cuidados paliativos en demencia.	En caso necesario (generalmente mensual o semanal) Posibilidad de atención telefónica 24/7



## **INTOXICACIONES MÁS COMUNES EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE COSTA RICA DEL 2015 AL 2020: CAUSAS, AGENTES Y RUTAS DE INTOXICACIÓN**

### **MOST COMMON INTOXICATIONS IN THE GERIATRIC POPULATION OF COSTA RICA FROM 2015 TO 2020: CAUSES, AGENTS AND ROUTES OF INTOXICATION**

Thomas Guth Brunner<sup>1</sup>, Diego Ernesto López Águila<sup>2</sup>, Sebastián Chaves Vargas<sup>3</sup>

Recibido:16-11-2020 Corregido:15-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el perfil epidemiológico de las intoxicaciones en personas adultas mayores en Costa Rica durante el periodo 2015-octubre 2020.

**Metodología:** Se realiza un estudio observacional, analizando los datos proporcionados por el CNCI, con respecto a las intoxicaciones reportadas en las personas adultas mayores en Costa Rica de 2015 a octubre de 2020. Los datos fueron solicitados por parte de estudiantes de la Universidad de Costa Rica con propósitos educacionales, siguiendo el debido proceso de confidencialidad, no se proporcionaron datos personales, solamente los analizados en el presente artículo. Como criterio de selección, se utilizó la edad de las personas (personas mayores a 65 años) También, se realiza un análisis estadístico mediante el Chi cuadrado y la prueba exacta de Fischer para comparar el promedio de intoxicaciones relacionadas con hipoclorito de sodio en el 2020, con respecto a los años anteriores.

**Resultados:** En todos los años analizados, la causa más común de intoxicaciones en personas adultas mayores fueron medicamentos de uso crónico, como el clonazepam, el tramadol y la insulina. En promedio, 57.08 % de las intoxicaciones en las personas adultas mayores sucedieron en mujeres y 42.37 % en hombres. Hubo un aumento de casos de intoxicación por hipoclorito de sodio en el año 2020, en comparación con años anteriores, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Entre las personas adultas mayores, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir intoxicaciones agudas, tanto por su mayor esperanza de vida como por su mayor tendencia a padecer de polifarmacia. Las intoxicaciones más comunes en las personas adultas mayores fueron por medicamentos de uso crónico y, comúnmente, vía oral como clonazepam, tramadol e insulina. Hubo un aumento de casos de intoxicaciones por hipoclorito de sodio en las personas adultas mayores, en el año 2020, en comparación con años anteriores, relacionado directamente con el inicio de la pandemia por COVID-19 en Costa Rica.

**PALABRAS CLAVE:** Persona adulta mayor, intoxicación, medicamentos, polifarmacia, análisis estadístico.

---

<sup>1</sup>Estudiante Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. Investigador Independiente. San José Costa Rica. E-mail: [tguthb@gmail.com](mailto:tguthb@gmail.com)

<sup>2</sup>Estudiante Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. Investigador Independiente. San José, Costa Rica. E-mail: [dlopezaguila12@hotmail.com](mailto:dlopezaguila12@hotmail.com)

<sup>3</sup>Estudiante Licenciatura en Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. Investigador Independiente. San José, Costa Rica. E-mail: [sebaschaves98@hotmail.com](mailto:sebaschaves98@hotmail.com)



## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the epidemiologic profile of intoxications of elderly patients in Costa Rica, during the 2015-October 2020 period.

**Methodology:** Data given by the CNCI about the reported intoxications in elderly patients in Costa Rica during the 2015-October 2020 period was analyzed as an observational study for this investigation. The data was acquired following a request for educational purposes from the University of Costa Rica and information was collected maintaining patient confidentiality, no personal information other than the listed in this article was provided or analyzed. As selection criterium, the patients' age was considered (65 years of age or older). A statistical analysis was then made, with the use of the chi-squared test and the Fisher exact test to analyze the average of intoxications attributed to sodium hypochlorite during the 2020 year period, in comparison to the previous years.

**Results:** The most common cause of intoxications in elderly patients during all the years analyzed was chronic use medications, such as clonazepam, tramadol and insulin. On average, 57.08% of all intoxications in elderly patients happened in women and 42.37% in men. There was an increase in the amount of intoxications reported attributed to sodium hypochlorite in 2020, in comparison to previous years. That difference was statistically significant.

**Conclusions:** Elderly women are at a higher risk than men of suffering an acute intoxication. This can be explained by their higher life expectancy in comparison to men, and also by their increased risk of developing polypharmacy. The most reported intoxications in elderly patients were because of chronic use medications, like clonazepam, tramadol, irbesartan and insulin; commonly via oral ingestion. There was a statistically significant increase in the intoxication cases reported attributed to sodium hypochlorite during 2020 in comparison to previous years, which correlates with the start of the COVID-19 pandemic in Costa Rica.

**KEY WORDS:** Elderly adult, intoxication, medication, polypharmacy, statistical analysis

## Introducción

La persona adulta mayor, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquella con una edad igual o mayor a 60 años (Varela Pinedo, 2016). Este grupo poblacional acapara un porcentaje alto en muchos países del mundo, desde tener un índice de vejez de 161 personas mayores de 65 años por cada 100 jóvenes en países como Italia y 204 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes en Japón, hasta contabilizar cerca de 830 000 personas dentro de la población costarricense de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2019 (Istituto Nazionale di Statistica, 2016; INEC, 2019). El envejecimiento fisiológico es una realidad ineludible que afecta a todas las personas. Asimismo, el envejecimiento poblacional es un tema que ha captado la atención de jerarcas de instituciones multinacionales, como menciona la doctora Margaret Chan en el “Informe mundial del envejecimiento y la salud” publicado por la OMS en 2015, cuando habla de las dificultades de la población para mantener la capacidad funcional de las personas adultas mayores en el futuro próximo (OMS, 2015). Lo anterior, combinado con el hecho de que la generación de personas nacidas entre los años 1946-1964 se considera una de las más numerosas con registro en tiempos modernos hacen que la probabilidad de atender a personas adultas mayores en servicios de salud sea más elevada (O'Blenis, 2020).

Un factor que deteriora en diferentes medidas la capacidad funcional de las personas adultas mayores y que permanece en la periferia de la atención de la población general son las intoxicaciones en las personas adultas mayores. Al ser una población que tiene tendencia general a la polifarmacia (descrita como el consumo de 5 o más medicamentos) y polipatogenia, así como diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas frente a las sustancias que son expuestas, no es inusual observar estadísticas con números crecientes año con año de personas adultas mayores que son

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... diagnosticados con intoxicaciones por una gama heterogénea de tóxicos (Saleh et al., 2016). Por esto, con el siguiente estudio se busca describir las causas de intoxicación más comunes en las personas adultas mayores en el período 2015-octubre 2020. A su vez, es crucial describir tanto la vía de exposición como el agente causante de la intoxicación en las personas adultas mayores. De acuerdo con los datos del Centro Nacional de Control de Intoxicaciones de Costa Rica (CNCI), el total de personas adultas mayores de 65 años con el diagnóstico de intoxicación ascendió alarmantemente hasta llegar casi al doble de la cifra documentada en 2015. La importancia que se le atribuye a la educación de las personas adultas mayores sobre las sustancias que pueden ser dañinas para su organismo, así como el uso correcto de los materiales y fármacos a los que son expuestas frecuentemente no se puede subestimar. Esto contribuye a la pertinencia de la presente revisión, con la que se busca evaluar la prevalencia de las intoxicaciones en la población adulta mayor en Costa Rica durante los años 2015 hasta el mes de octubre de 2020, así como analizar la distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores de 65 años, según el sexo, en el período 2015-octubre 2020 (CNCI, 2020).

El análisis estadístico que se presenta a continuación busca plantear una perspectiva acerca de la realidad nacional sobre la intoxicación en la población adulta mayor y los datos que se mantienen en un estado de cambio constante durante los períodos analizados. Se contemplan datos sobre el tóxico causante del cuadro clínico, la ruta de exposición al tóxico, la causa de intoxicación, diferencias por sexo, los tóxicos más comunes de acuerdo con los datos del CNCI, así como una ruta de evolución de la intoxicación por hipoclorito de sodio a lo largo de los años, tomando en cuenta la situación global durante el 2020. Esto con la finalidad de analizar de forma integral la estadística de intoxicación en las personas adultas mayores durante el período 2015-octubre 2020.

## Metodología

Como criterios de selección, se utilizó en primer lugar la edad de personas usuarias intoxicadas reportadas al Centro Nacional de Control de Intoxicaciones de Costa Rica (CNCI), incluyendo exclusivamente los datos de las personas adultas mayores, específicamente de edades iguales o mayores a los 65 años. Además, se seleccionaron aquellos datos provenientes de los últimos 6 años, desde el 2015 hasta el 2020 inclusive, aunque de este último se tomaron solo los primeros 9 meses por ser el año en curso durante la investigación.

Los datos fueron proporcionados por el CNCI, a quienes se les solicitó la distribución de los casos de intoxicaciones en personas adultas mayores de 65 años durante los meses de enero del 2015 hasta el primero de octubre del 2020 según la edad en años de la persona usuaria, el sexo, la causa, la ruta de absorción, el código de clasificación del tóxico y el agente tóxico específico. Los datos fueron solicitados por parte de estudiantes de la Universidad de Costa Rica con propósitos educacionales directamente al CNCI, siguiendo el debido proceso acorde con el deber de confidencialidad y secreto profesional y respetando el Código de Ética Médica publicado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, no se proporcionaron datos personales de las personas usuarias, solamente los analizados en el presente artículo. Las diferentes categorías y sus subdivisiones, como sexo, causa de intoxicación, ruta de intoxicación, etcétera, fueron determinadas por la CNCI y sus propios criterios de clasificación.

Los datos fueron analizados con estadísticas descriptivas y con el Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher, específicamente para comparar el promedio de intoxicaciones relacionadas con hipoclorito de sodio en el periodo 2015-2019 con el promedio de intoxicaciones relacionadas con hipoclorito de sodio ocurridas en los

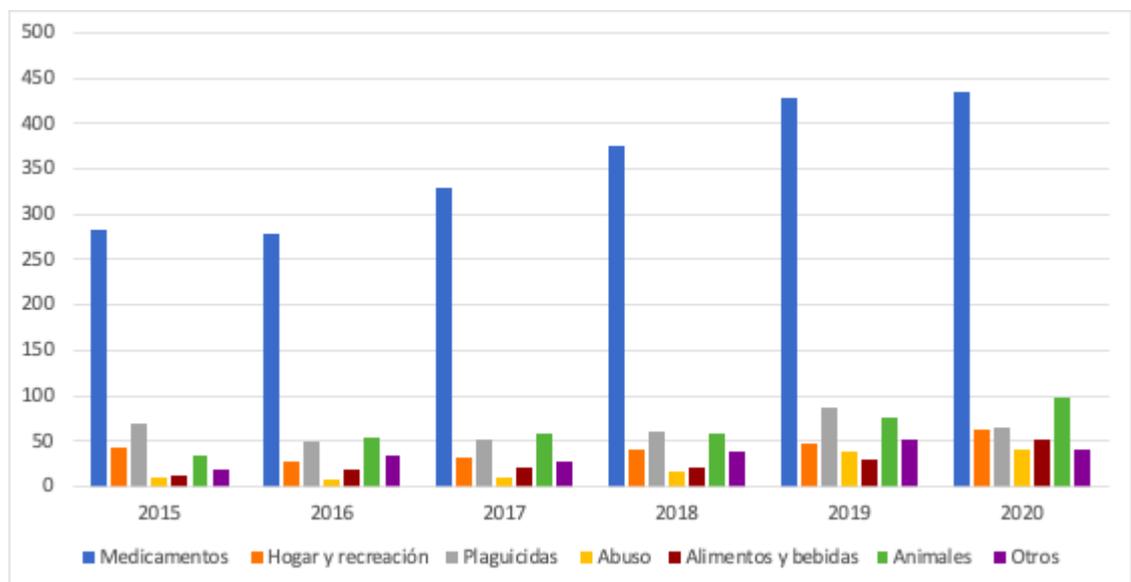
Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... primeros nueve meses del 2020 y el promedio de intoxicaciones ocurridas en pacientes masculinos con el promedio de aquellas ocurridas en pacientes femeninas.

## Resultados y Discusión

Distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores de 65 años, según código de clasificación y sustancias más comunes.

### Figura 1.

*Distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores, según código de clasificación, basado en información del CNCI.*



Nota: elaboración propia

**Tabla 1.**

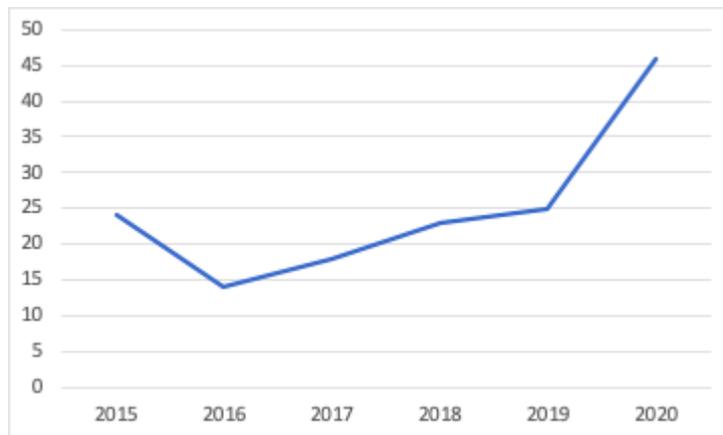
*Agentes tóxicos más frecuentemente involucrados en intoxicaciones de personas adultas mayores durante el periodo del año 2015 hasta octubre del 2020, según los datos del CNCI.*

Agente tóxico	Número de Casos
Hipoclorito de sodio	150
Clonazepam	149
Tramadol	117
Insulina	97
Irbesartán	88
Otros alimentos	87
Licor	83
Cipermetrina	71
Medicamentos desconocidos	51
Trimetropin Sulfametoxazol	51
Plaguicidas desconocidos	51
Diclofenaco	46
Alergia a alimentos	45
Carbamazepina	44
Clorpromazina	41
Desinfectantes	39
Glifosato	39
Lorazepam	37

Nota. Elaboración propia

**Figura 2.**

*Cantidad de casos de intoxicaciones por hipoclorito de sodio en personas adultas mayores por año, durante el período 2015-octubre 2020, según los datos del CNCI.*



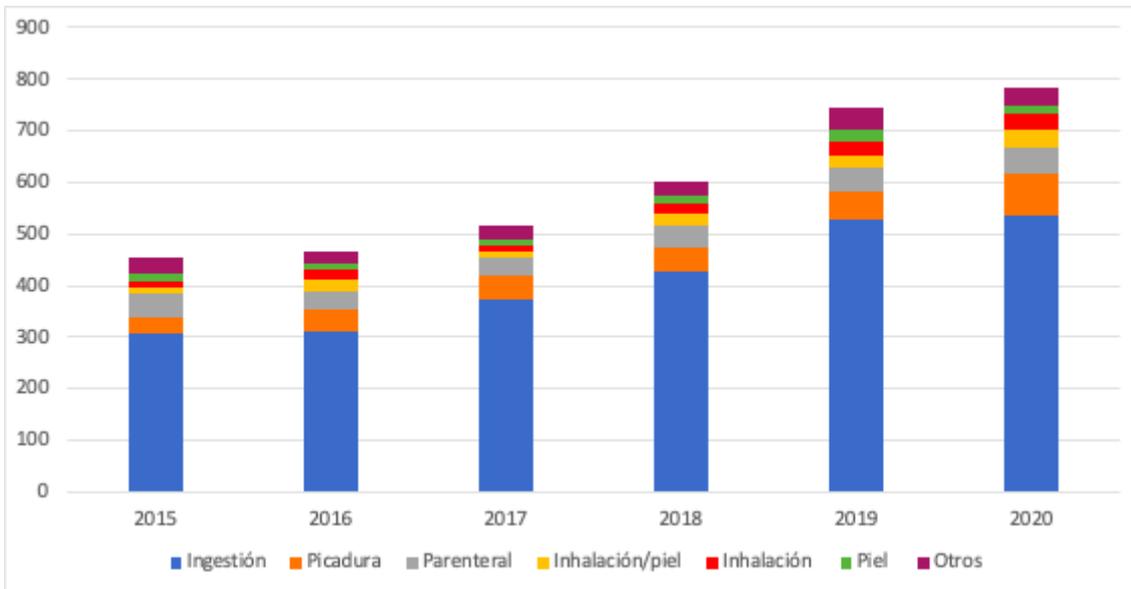
*Nota.* Elaboración propia

En la figura 2, se puede observar el gran aumento de casos de intoxicaciones con hipoclorito de sodio que ocurrió en el 2020, comparado con los datos de los cinco años anteriores. Durante los primeros 9 meses del 2020, un 5.82 % del total de las intoxicaciones, equivalente a 46 casos, ocurrió por la exposición a hipoclorito de sodio, mientras que, el promedio durante los 5 años anteriores fue de un 3.71 % o alrededor de 21 casos por año. Esta diferencia es estadísticamente significativa, con un valor de  $p$  menor a 0.005 (0.00462).

Distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores de 65 años, según la ruta de intoxicación.

**Figura 3.**

*Distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores, según la ruta de intoxicación, con base en los datos del CNCI.*

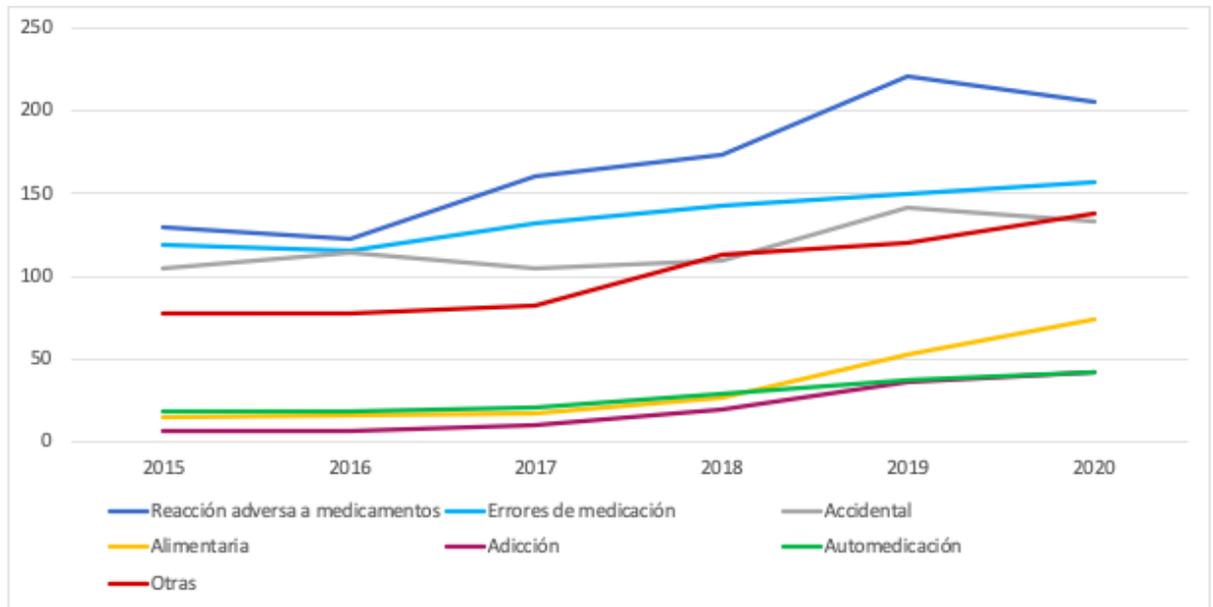


Nota. Elaboración propia

En la figura 3, se puede observar que la ruta de intoxicación más común, por amplio margen, durante el período analizado, es la ingestión. En el año 2015, se consultó por 307 casos de intoxicación por ingesta. Esta cifra aumentó en tendencia constante, en 2016 se vieron 311 casos, 373 en 2017, 426 en 2018, 529 en 2019 hasta llegar a 536 personas tomando en cuenta los primeros 9 meses del año 2020, lo que corresponde a un crecimiento de 74.59 % desde el 2015 en los casos reportados (CNCI, 2020).

**Figura 4.**

*Distribución de casos de intoxicación en personas adultas mayores, según la causa de intoxicación, en el período 2015-octubre 2020, elaborado con los datos del CNCI.*



Nota. Elaboración propia

De acuerdo con la figura 4, la causa más común de intoxicación es la accidental, con más de 100 casos descritos en cada año analizado, llegando a 142 casos en 2019 y 133 al 1 de octubre de 2020. Otra causa corresponde a los errores de medicación con 150 casos en 2019 y la cifra más alta de 157 casos en el período analizado de 2020. La reacción adversa a medicamentos toma el primer lugar, con 221 casos en 2019 y 205 a lo largo de los primeros 9 meses del 2020 (Centro Nacional de Control de Intoxicaciones [CNCI] 2020).

En promedio, un 42.37 % de las intoxicaciones de cada año ocurrió en pacientes masculinos, mientras que un 57.08 % ocurrió en pacientes femeninos. El porcentaje restante ( $\approx 0.55$  %) pertenece a aquellos casos en los que el sexo del paciente no fue anotado. Esta diferencia entre ambos sexos es estadísticamente significativa, con un valor de p menor a 0.005 (0.000000016), por lo que se procederá a analizar las posibles causas responsables de esta tendencia de las adultas mayores a un mayor riesgo de intoxicaciones.

En la figura 1, se puede observar que el tipo de intoxicación más frecuente en pacientes mayores de 65 años es la de tipo farmacológica. Esto es muy diferente en

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... comparación con el resto de la población, debido a que, en pacientes más jóvenes, las intoxicaciones de tipo etílica y por drogas de abuso toman roles mucho más predominantes. La alta prevalencia de intoxicaciones farmacológicas en este grupo poblacional se puede explicar por varias razones. Primero que todo, las personas adultas mayores regularmente son polimedizadas. En estudios estadounidenses, se ha observado que 65 % de las personas adultas mayores toman crónicamente más de 3 medicamentos prescritos. Esta alta tasa de uso de medicamentos se ha relacionado directamente con un mayor riesgo de presentar reacciones adversas a medicamentos (Salech et al., 2016).

Sin embargo, no solo la polifarmacia influye en el mayor riesgo de reacciones adversas. El envejecimiento en sí genera una serie de cambios fisiológicos que predisponen a la persona adulta mayor a padecer de estas reacciones. Disminución en el agua corporal total, deterioro hepático y renal y alteraciones en el pH gástrico son unos de los muchos cambios que ocurren en la persona adulta mayor, que alteran la farmacocinética de los medicamentos y la predisponen a reacciones adversas (Salech et al., 2016).

Otra problemática que se genera en este grupo etario es la prescripción crónica de medicamentos potencialmente inapropiados. En las personas adultas mayores, se prefiere evitar la prescripción crónica de fármacos como los antiinflamatorios no esteroides (AINES), benzodiacepinas y antipsicóticos (Salech et al., 2016).

En relación con lo mencionado anteriormente, cabe resaltar que el principal fármaco responsable de intoxicaciones en las personas adultas mayores en el periodo de tiempo analizado fue el clonazepam, representando un 8.7 % de las intoxicaciones por medicamentos reportadas al CNCI. Esto concuerda con revisiones de España (Miranda et al., 2014) y Chile (Mena, 2019), donde las benzodiacepinas son de los principales fármacos que generan intoxicaciones en las personas adultas mayores, llegando a

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... representar el 22 % de las intoxicaciones por medicamentos en algunos casos (Supervía et al., 2017).

Se han determinado múltiples factores como causantes de esta alta incidencia de intoxicaciones con benzodiazepinas como el clonazepam. En primer lugar, estos fármacos son prescritos con mucha frecuencia en la población geriátrica, gracias a sus efectos ansiolíticos e hipnóticos. Son muy utilizados para tratar padecimientos psiquiátricos de alta prevalencia como el insomnio y los trastornos de ansiedad. Esto a pesar de que no son recomendados para personas adultas mayores, debido a su mayor riesgo de padecer de dependencia y efectos adversos, por factores relacionados con la edad tanto farmacocinéticos, por un metabolismo más lento de las benzodiazepinas y menor volumen de distribución, como farmacodinámicos, por una mayor sensibilidad neuronal a estos medicamentos (Sarkar y Singh, 2016).

Por estas razones, se recomienda utilizar benzodiazepinas por periodos cortos de tiempo y a la menor dosis efectiva posible en la población adulta mayor, aunque en una gran cantidad de casos esto no sucede. Se ha observado que el uso crónico o a mayores dosis ocurre tanto por parte de la persona profesional en medicina, por errores de prescripción o por dificultad para tratar la enfermedad de base por otros métodos, y por parte del paciente, por errores en la administración del fármaco o el abuso de este. Los fuertes efectos eufóricos alterantes del ánimo, la alta frecuencia de la tolerancia, sus efectos de rápido inicio y corta duración y la generación de síntomas por abstinencia se han determinado como los responsables de la alta incidencia de abuso de benzodiazepinas, por parte de los pacientes (Sarkar y Singh, 2016).

El tramadol se sitúa como el segundo mayor fármaco causante de intoxicaciones en personas adultas mayores, responsable de un 0.4 % de las intoxicaciones por cualquier causa y un 6.8 % de las intoxicaciones por medicamentos. Esto se puede correlacionar con el trabajo de Miranda et. al (2014), donde los opiáceos representaron

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... un 0.4 % de las intoxicaciones por cualquier causa. El tramadol es un fármaco opioide utilizado para el tratamiento del dolor crónico y es abundantemente prescrito en la población adulta mayor. Tiene un bajo nivel de dependencia en comparación a otros fármacos opioides, sin embargo, puede generar cierta tolerancia cuando se utiliza de forma crónica. Por esta razón, a veces se debe aumentar la dosis, aumentando la probabilidad de que se presenten eventos adversos, principalmente estreñimiento, la alteración del estado de consciencia y la depresión respiratoria (Miotto et al., 2017).

También, se puede ver en la tabla 1 que el irbesartán y la insulina generan una gran cantidad de intoxicaciones en las personas adultas mayores. El irbesartán representa un 5.1 % de todas las intoxicaciones reportadas entre el 2015 y el 2020, mientras que la insulina representa un 5.6 %. Esto difiere con revisiones realizadas en otros países, donde estos medicamentos no presentaban una prevalencia tan elevada como en Costa Rica. Esto se puede explicar por la prevalencia tan alta de hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus que hay en nuestro país, en especial en la población adulta mayor. Según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2020), un 65.3 % de los hombres y un 74.8 % de las mujeres mayores de 65 años padecen de hipertensión arterial esencial. Esto pone en evidencia la gran cantidad de las personas adultas mayores que actualmente están recibiendo terapia antihipertensiva, de la cual el irbesartán forma parte.

La insulina, al ser un medicamento que se administra de forma subcutánea, puede dificultar su administración en las personas adultas mayores, cuyas comorbilidades, como defectos visuales o enfermedad de Parkinson, pueden causar que se administre con una técnica inapropiada, resultando con frecuencia en intoxicaciones (Saleh et al., 2016). Además, otros factores como deterioro cognitivo, demencia, un inadecuado control glicémico, repetición del sitio de aplicación o inclusive no agitar el frasco de insulina NPH pueden asociarse a la utilización de dosis inapropiadas, que

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... también pueden resultar en reacciones adversas o medicación insuficiente. Todas estas posibles causas evidencian la complejidad que representa la autoaplicación de insulina en las personas adultas mayores y la importancia de un control glicémico adecuado por parte de la persona profesional en medicina para prevenir este tipo de intoxicaciones. (Vianna et al., 2017).

El licor también aparece como una de las sustancias más frecuentemente asociadas a intoxicaciones, aunque en menor medida que en poblaciones más jóvenes. Se ha estimado que un 3-4 % de las personas adultas mayores padecen de dependencia o abuso del alcohol, un porcentaje que, aunque parece no ser tan grande, representa a muchas de las personas adultas mayores con un alto riesgo de desarrollar intoxicaciones con licor y sus graves consecuencias, tanto agudas (caídas, trauma y delirium) como crónicas (desnutrición, empeoramiento de comorbilidades crónicas como la diabetes y la hipertensión y lesiones vasculares y hepáticas). Sin embargo, se cree que la intoxicación alcohólica y hasta el mismo alcoholismo en las personas adultas mayores suelen ser subdiagnosticadas debido a que suelen presentarse con síntomas menos floridos, muy similares a síndromes geriátricos, y por la tendencia errónea de creer que los pacientes geriátricos no consumen licor del todo o solo en pequeñas cantidades (Sidani et al., 2017).

El incremento de casos de intoxicaciones observado en la figura 2 también se ha visto en otros países, como Estados Unidos (Chang et al., 2020) y Croacia (Babić et al., 2020), donde los casos de intoxicaciones con sustancias desinfectantes, tanto de manos como de superficies, ha ido en aumento, siendo el hipoclorito de sodio la sustancia causal más frecuente en estos dos países; al igual que en Costa Rica como se puede ver en los datos del CNCI (CNCI, 2020). En estos estudios, se puede observar, además, que el aumento de casos sucedió principalmente a partir del mes de marzo del 2020, por lo que se ve una clara asociación con la pandemia de COVID-19, cuyos primeros casos en

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... nuestro país, según la dirección de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica (Ugarte, 2020), fueron detectados en el mes de marzo y han ido en aumento variable desde entonces.

La principal razón para esta tendencia toxicológica se les ha atribuido a las medidas de prevención de infecciones ante la pandemia, que ha adoptado una gran parte de la población mundial. Según Dindarloo et al. (2020), una de las principales acciones tomadas por el público en general, además del lavado y desinfección de manos, es la desinfección de superficies y objetos de uso común utilizando distintas sustancias, entre las más comunes el alcohol etílico y el hipoclorito de sodio. Este último es tan popular, debido a su eficacia comprobada para la destrucción o inactivación de microorganismos infecciosos y su bajo costo económico; sin embargo, al ser un químico cáustico y relativamente inestable, su uso y almacenamiento incorrecto puede causar graves consecuencias a la salud (Fink et al., 2020).

Aunque el mayor aumento de casos de intoxicaciones con desinfectantes se ha reportado en niños (Babić et al., 2020), todos los grupos etarios se han visto afectados, especialmente las personas adultas mayores, debido a diferentes circunstancias. En primer lugar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), una de las poblaciones con mayor riesgo de morbilidad son las personas adultas mayores. Esto ha causado un gran incremento en las medidas para protegerles tanto de sí como de las personas que se encargan de su cuidado por ejemplo, con el uso de hipoclorito de sodio para la desinfección. Esta mayor frecuencia de uso de hipoclorito de sodio por parte de las personas adultas mayores o sus cuidadores, asociado al hecho de que en muchos casos se utiliza de manera incorrecta o con bajas medidas de seguridad, como se ve demostrado en el estudio de Dindarloo et al. (2020), es probablemente la principal causa del aumento de las intoxicaciones, las cuales, aunque en su mayoría son leves con

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... afectación principalmente irritativa de la piel, pueden llegar a causar complicaciones serias a nivel oftalmológico, respiratorio o hasta sistémico (Dindarloo et al., 2020).

Además, el alto riesgo que corren las personas adultas mayores en esta pandemia ha causado un gran miedo o ansiedad en esta población, lo cual, sumado a la alta circulación de noticias falsas, rumores e información errónea en la actualidad, se ha visto asociado al aumento de reportes de personas intoxicadas por aplicar el desinfectante directamente sobre la piel y los alimentos o hasta la ingestión de químicos cáusticos como el hipoclorito de sodio (Rai et al., 2020). Las situaciones anteriores se ven afectadas además por el mayor riesgo de intoxicación en general que tienen las personas adultas mayores asociado a la mayor prevalencia de comorbilidades sistémicas, neurológicas y psiquiátricas y a los cambios toxicodinámicos que presenta esta población (Miranda et al., 2014).

El análisis de los datos obtenidos en la figura 3 sobre la ruta de intoxicación más común (la ingestión) apoya los resultados obtenidos por otras personas investigadoras, en los que se ejemplifica la alta prevalencia de personas adultas mayores ingresadas a servicios de emergencia con el diagnóstico de intoxicación por ingesta de medicamentos (OMS, 2015). La alta prevalencia de prescripción en la población adulta mayor apoya este hallazgo. Datos estadounidenses mencionan que hasta 30 % de las prescripciones de medicamentos se realizan en la población adulta mayor, no solamente en los Estados Unidos, sino en países como Canadá y el Reino Unido. Esto sumado a los datos alarmantes de que hasta 40 % de la población adulta mayor consume fármacos de venta libre, contribuyen a los resultados obtenidos por el CNCI (Salech et al., 2016).

La persona adulta mayor promedio en países como Estados Unidos tiene como mínimo una droga de prescripción; este dato está respaldado por la evidencia estadística que demuestra que la población mayor de 65 años sufre muy frecuentemente de patologías en diferentes esferas de tratamiento, de acuerdo con el modelo integral de

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... tratamiento de las personas adultas mayores. Aquí se incluyen la esfera mental con la desvalorización social que repercute inevitablemente en la salud mental, causando depresión y ansiedad, así como la física con el empeoramiento de patologías y el deterioro de las funciones fisiológicas propias del envejecimiento. No se debe dejar de lado el ámbito espiritual para aquellos pertenecientes a alguna fe, ya que puede contribuir al deterioro de la esfera mental. Con el fin de mejorar su calidad de vida, muchas personas recurren a medicación que alivie el dolor que les genera su patología crónica (O'Blenis, 2020). De aquí, se puede tomar un simple paso concluyente al observar los datos estadísticos presentados, el abuso de sustancias en la persona adulta mayor está apoyado por la estadística de casos de intoxicación por ingesta, reportados en el período analizado.

El error de prescripción se define como el conocimiento o falta de este de que una droga de prescripción afecta a las personas adultas mayores en las categorías de asequibilidad, prescripción o consumo del medicamento. Este abuso de drogas inicia desde el momento de prescripción del personal médico tratante, por lo que es imperioso erradicar las malas prácticas en este aspecto, reduciendo así la incidencia del primer paso de esta cadena que lleva a la intoxicación (Centeno et al., 2017).

La razón por la cual ocurren estas intoxicaciones puede probar ser una incógnita difícil de dilucidar, ya que diferentes estudios comentan sobre una gama amplia de causas que contribuyen a los resultados obtenidos tan altos de intoxicación por ingesta. Entre las causas comúnmente estudiadas se pueden nombrar los intentos de autoeliminación. Sobre este apartado, se han analizado poblaciones en países latinoamericanos como Brasil, donde el Centro de Asistencia Toxicológica del Instituto Dr. José Frota en Fortaleza obtuvo 1362 reportes de intoxicación por drogas en personas adultas mayores, en un período de 5 años (2010-2014) De estos, 692 casos reportados fueron causados por drogas psicoactivas y motivados por intentos de autoeliminación.

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ...

En este análisis, se observó que la vía más común de intoxicación era la ruta oral con un fármaco en forma sólida. Se observó, a su vez, que la incidencia era mayor en pacientes entre 60-69 años que ha recibido la jubilación y en condiciones socioeconómicas bajas (Carvalho et al., 2017).

Otra rama que se debe explorar es la ruta de las picaduras, uno de los agentes reportados con mayor frecuencia son los alacranes, con 157 casos descritos y ocupando el segundo lugar en la clasificación de ruta de intoxicación de acuerdo con los datos del CNCI. Adrover (2020) describe en su texto que *Centruroides edwardsii* es la especie más común de escorpiones en Costa Rica y las provincias con más picaduras reportadas son Guanacaste y Puntarenas. La mayoría de picaduras reportadas ocurre en casas y alrededores. El veneno de *C. edwardsii* tiene actividad hemolítica y fosfolipasa, sus neurotoxinas pueden actuar sobre los canales de sodio y potasio, aumentando así la severidad de la intoxicación. Se ha comparado con la toxina de *Centruroides margaritatus*, en cuanto a su composición y presencia de hialuronidasa, peptidilglicina  $\alpha$ -hidroxiladora monooxigenasa y metaloproteasas dependientes de zinc. El veneno ha demostrado producir dolor, sialorreas, movimientos involuntarios, defecación, entre otros. Hasta 75 % de los casos reportados corresponden a envenenamiento leve, mientras que solamente 5 % se clasificó como envenenamiento grave (Adrover, 2020).

Una vía de exposición a tóxicos cuya importancia no puede debatirse es la parenteral, en especial en personas adultas mayores quienes requieren frecuentemente de estancias intrahospitalarias prolongadas con vías parenterales asociadas. Por ejemplo, en los servicios de emergencias frecuentemente se utilizan medicamentos para calmar a los pacientes. Estudios recientes, por Yap et al. (2019), han demostrado que 3 % de todas las personas que acuden al servicio de emergencias presentan agitación aguda, requiriendo administración de fármacos. De acuerdo con la tabla 1, el clonazepam es el tercer tóxico más común a lo largo del período analizado. Este fármaco pertenece al

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... grupo de las benzodiazepinas, conjunto de drogas ha sido probado y se ha confirmado su seguridad en los servicios de emergencia. Sin embargo, lo anterior, depende de la dosis utilizada, usualmente recomendada una dosis inicial de 5 mg, de acuerdo con Liu (2020), y de la ausencia de antagonistas como inhibidores del citocromo P450.

Los datos obtenidos en la figura 4 demuestran que la causa más común de intoxicación es la accidental, lo cual enfatiza que las personas adultas mayores están predispuestas a las reacciones adversas a medicamentos debido a su fisiología particular de esta etapa de la vida. La disminución en la agudeza visual, deterioro de la filtración glomerular, la polifarmacia y los cambios en la capacidad de metabolismo hepáticos generan que el umbral de predisposición para efectos adversos sea mucho más bajo que en la población adulta joven (Salech et al., 2016). Se utilizan diferentes métodos para analizar la medicación de las personas adultas mayores, entre estos se encuentran los criterios de Beer y los criterios de START y STOPP. Basándose en el análisis realizado por Tachi et al. (2019), entre el 43.6-56.1 % de las prescripciones pueden ser inapropiadas para las personas adultas mayores y debería reevaluarse su indicación.

La alta prevalencia de depresión en la población adulta mayor, acompañada de la prescripción excesiva de antidepresivos (muchos de los cuales se han asociado con un riesgo aumentado de intoxicación, entre ellos el litio y la fluvoxamina), pueden asociarse a estas estadísticas (Carvalho et al., 2017). Un estudio de caso ejemplifica la facilidad con la que las personas pueden intoxicarse utilizando uno de los medicamentos considerados como primera línea para el tratamiento del trastorno bipolar como lo es el litio. Este tiene un rango terapéutico muy limitado que puede verse afectado entre otras cosas por la polifarmacia o por el deterioro fisiológico del paciente. En el caso, se presenta un paciente masculino de 82 años en tratamiento para su trastorno bipolar, mantenía concentraciones de litio en sangre estables durante años de medición, también utilizaba Azilsartán como antihipertensivo y, recientemente, había iniciado fluvoxamina

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... como tratamiento para un diagnóstico de depresión. Los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) tienen reportes de interacción con litio por medio de un mecanismo no conocido, asociado a la natriuresis inducida por los ARAII que puede facilitar la retención de litio. A su vez, el paciente había iniciado un tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina como lo es la fluvoxamina. La interacción entre estos dos medicamentos es menos documentada, ya que existen estudios farmacocinéticos donde se mantienen las concentraciones normales de litio en pacientes con tratamiento concomitante de fluvoxamina. Sin embargo, la inhibición por parte de la fluvoxamina de diferentes citocromos, que contribuyen a reacciones fisiológicas esenciales como el CYP1A2, CYP3A4 y CYP2D6, sumado a la disminución de la función de estos entre 30-50 % en la población adulta mayor comparada con la población adulta joven, pueden generar una reacción farmacocinética importante debido a que muchos fármacos se metabolizan por estas vías, generando así un aumento en la concentración sérica de estos (Nagamine, 2020). En el medio costarricense, esto toma relevancia cuando se consideran los datos de la tabla 1, en esta se puede observar que se han descrito 88 casos de intoxicación por irbesartán (un medicamento de la familia de los ARA II) (CNCI, 2020).

Otro aspecto importante por considerar con la población adulta mayor son las hospitalizaciones. Como ya se ha mencionado ampliamente, la prevalencia de polifarmacia en esta población ha aumentado, de acuerdo con Oscanoa et al. (2017), se ha visto que hasta el 60.4 % de las personas mayores de 65 años sufren de esta condición. Las reacciones adversas a medicamentos están intrínsecamente ligadas a esta situación, llegando a causar de 10-20 % de las hospitalizaciones en unidades geriátricas. Los medicamentos más asociados en este metaanálisis fueron antiinflamatorios no esteroideos (AINES), beta-bloqueadores, antibióticos, opioides, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, entre otros (Oscanoa et al. 2017). Todos estos

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... medicamentos se pueden encontrar representados en la tabla 1, lo que ejemplifica que las tendencias en Costa Rica tienen muchas semejanzas a las del resto del mundo en este aspecto (CNCI, 2020). De este estudio, se puede extrapolar que el riesgo de que una persona adulta mayor sufra una reacción adversa a medicamentos con respecto al de la población general es de 16.6 % vs. 4.1 %, justificando la representación tan marcada en la figura 4 (Oscanoa et al. 2017).

Los errores en medicación han sido estudiados por una multitud de personas autoras, corresponden a la segunda causa de intoxicación en frecuencia durante el período analizado, de acuerdo con los datos del CNCI (CNCI, 2020). Estos errores pueden ser duplicaciones, omisiones, inicio de medicación equivocada o errores de dosis por parte tanto del personal médico, en casos de hospitalizaciones, como de la misma persona en caso de tratamiento ambulatorio. Algunas patologías, como la disminución de la agudeza visual en la persona adulta mayor, predisponen a una condición de riesgo en este aspecto. En especial, cuando pacientes no cuentan con una persona cuidadora y tienen que autoadministrarse los medicamentos. En el caso de las hospitalizaciones, Rodríguez Vargas et al. (2016) han sugerido la reconciliación de la medicación, la cual consiste en la comparación de las órdenes de medicación de las personas, a lo largo de su transición por diferentes cuidadores y personas del equipo de salud. Con esta práctica, se evidenció que los errores por omisión fueron los más frecuentes con hasta 61 % de pacientes en hospitalización, reportando por lo menos una omisión en su tratamiento durante la estancia hospitalaria. Entre los factores de riesgo relacionados con errores de medicación, se encuentran el número de medicamentos, donde cada medicamento adicional añade un 20 % de riesgo para error en la medicación (Rodríguez Vargas et al., 2016).

Para las personas que toman su medicación en casa, existe también riesgo de error de medicación. De acuerdo con Pérez-Jover et al. (2018), en España, 38.7 % de las

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... personas cometieron un error con su medicación en el año previo al análisis. El error más común fue la omisión de una dosis, no recordar lo descrito por la persona médica tratante sobre el medicamento, confundir medicamentos y tomar dosis más altas de lo prescrito. Otros estudios demuestran que la duplicación terapéutica es frecuente y puede representar 27 % de los casos. Existe una relación inversamente proporcional entre la cantidad de medicamentos prescritos y el conocimiento de la dosis adecuada para cada medicamento por parte de la persona usuaria. El análisis demostró que 52 % de las personas adultas mayores tenían conocimiento sobre para qué se utiliza el medicamento, mientras que solamente el 3.9 % recordaban las precauciones a la hora de tomar el medicamento (Pérez-Jover et al., 2018). Esto coincide con el aumento constante de los casos de intoxicación por error de medicación en la población analizada (CNCI, 2020).

Diferentes factores se pueden relacionar con el mayor número de casos de intoxicaciones en mujeres que en hombres. En primer lugar, la mayor esperanza de vida y, por lo tanto, la mayor cantidad de mujeres mayores de 65 años en comparación con los hombres (INEC, 2016) explica parcialmente que más casos de intoxicaciones ocurren en adultas mayores. Sin embargo, se deben analizar otros factores que también tienen un impacto en estas estadísticas.

Se ha comprobado en diferentes estudios que la población femenina tiene un riesgo aumentado de presentar efectos adversos a medicamentos por diferentes aspectos, tanto farmacocinéticos, como farmacodinámicos. Por ejemplo, el metabolismo de los medicamentos se ve alterado debido a diferencias en los volúmenes de distribución, la masa corporal, la actividad enzimática y el impacto de las hormonas sexuales (Legato et al., 2016). Además, por diferencias en la electrofisiología cardíaca, las mujeres presentan un mayor riesgo a la Torsades de Pointes, asociada a medicamentos (Legato et al., 2016). Estos aspectos se ven potencializados por el hecho de que las personas adultas mayores suelen tener más comorbilidades y, por lo tanto, necesitar



Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... medicamentos con mayor frecuencia, así como que muchos padecen de polifarmacia (Beauchamp et al., 2018).

Otro aspecto a considerar es que las pacientes femeninas, especialmente las adultas mayores, se les suele recetar con mayor frecuencia medicamentos analgésicos. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que esta parte de la población suele padecer y consultar más frecuentemente por dolor y enfermedades asociadas a este, debido a factores tanto patofisiológicos como psicosociales, en comparación con los hombres (Koons et al., 2018).

Finalmente, se debe tomar en consideración que los intentos de suicidio por medio de sobredosis medicamentosa son más frecuentes en pacientes femeninas, mientras que los masculinos acuden más a métodos violentos o traumáticos (Beauchamp et al., 2018). A pesar de que las intoxicaciones por etanol o por envenenamiento sean más frecuentes en los hombres (Beauchamp et al., 2018), se puede observar que todos los factores antes mencionados contribuyen en diferentes medidas junto con otros para que un mayor porcentaje de las intoxicaciones afecten a las adultas mayores.

## Conclusiones

La causa más frecuente de intoxicaciones en la persona adulta mayor es la accidental, en la cual destaca el error en la toma adecuada de medicamentos. Como grupo, las intoxicaciones por medicamentos son por mucho el tipo de intoxicación predominante en las personas adultas mayores de Costa Rica durante el periodo 2015-2020. Entre los medicamentos más frecuentemente asociados a intoxicaciones se encuentran el clonazepam, el tramadol, el irbesartán y la insulina. La mayoría de las intoxicaciones se dan por medicamentos de uso crónico y la vía de exposición más común es la vía oral. Las mujeres adultas mayores presentan significativamente más

Guth Brunner, T., et al. Intoxicaciones más comunes en la población geriátrica ... casos de intoxicaciones que los hombres adultos mayores en el periodo 2015-octubre 2020. Esto se puede explicar debido a la mayor esperanza de vida que presentan las mujeres en comparación con los hombres y al hecho de que las mujeres tienden a presentar más patologías crónicas, por lo que es más probable que ellas padezcan de polifarmacia. Finalmente, se vio un aumento estadísticamente significativo en la cantidad de casos de intoxicaciones por hipoclorito de sodio reportados en el año 2020 en comparación con años anteriores. Esto se relaciona directamente con el inicio de la pandemia por COVID-19 en Costa Rica y el uso de este agente como supuesto tratamiento de la enfermedad.



## Referencias

- Adrover, A. (2020). *Accidentes con escorpiones en Costa Rica: caracterización de las intoxicaciones causadas por Centruroides edwardsii (Scorpiones: Buthidae) a nivel nacional en 2018 y percepción de los escorpiones en una comunidad rural de Alajuela* (Tesis de Magister en Manejo de Recursos Naturales con énfasis en Gestión Ambiental, Universidad Estatal a Distancia).
- Babić, Ž., Turk, R., & Macan, J. (2020). Toxicological aspects of increased use of surface and hand disinfectants in Croatia during the COVID-19 pandemic: a preliminary report. *Archives Of Industrial Hygiene And Toxicology*, 71(3), 261-264. doi: 10.2478/aiht-2020-71-3470
- Beauchamp, G., Carey, J., Adams, T., Wier, A., Colón, M., & Cook, M. et al. (2018). Sex Differences in Poisonings Among Older Adults: An Analysis of the Toxicology Investigators Consortium (Toxic) Registry, 2010 to 2016. *Clinical Therapeutics*, 40(8), 1366-1374.e8. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.06.012
- Carvalho, I., Lôbo, A., Aguiar, C., & Campos, A. (2017). Suicidally motivated intoxication by psychoactive drugs: characterization among the elderly. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 20(1), 129-137. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>
- Centeno, M., Pérez, G. y Beatriz, W. (2017). *Aduldez mayor, aspectos y retos en el abordaje integral: la experiencia del programa de atención integral para el adulto mayor* (Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Dr. José Matías Delgado).
- Centro Nacional de Control de Intoxicaciones de Costa Rica [CNCI]. (2020). *Datos epidemiológicos de intoxicaciones en adultos mayores del 2015 al 01 de octubre 2020* [Excel]. Centro Nacional de Control de Intoxicaciones.
- Chang, A., Schnall, A., Law, R., Bronstein, A., Marraffa, J., & Spiller, H. et al. (2020). Cleaning and Disinfectant Chemical Exposures and Temporal Associations with COVID-19 — National Poison Data System, United States, January 1, 2020–March 31, 2020. *MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report*, 69(16), 496-498. doi: 10.15585/mmwr.mm6916e1
- Dindarloo, K., Aghamolaei, T., Ghanbarnejad, A., Turki, H., Hoseinvandtabar, S., Pasalari, H., & Ghaffari, H. (2020). Pattern of disinfectants use and their adverse effects on the consumers after COVID-19 outbreak. *Journal Of Environmental Health Science And Engineering*. doi: 10.1007/s40201-020-00548-y
- Fink, R., Wang, Z., Oder, M., & Brooks, B. (2020). Balancing chemical function with reduced environmental health hazards: A joint probability approach to examine antimicrobial product efficacy and mammalian toxicity. *Journal Of Cleaner Production*, 262, 121323. doi: 10.1016/j.jclepro.2020.121323
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2016). *Estadísticas demográficas. 2011-2016. Esperanza de vida al nacer por sexo*. INEC.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020). *Población de 60 años y más por grupos de edad según sexo y tamaño del hogar y otros* [Excel]. INEC.
- Istituto Nazionale di Statistica. (2016). *Le trasformazioni demografiche e sociali: una lettura per generazione* (pp. 41-100)..
- Koons, A., Rayl Greenberg, M., Cannon, R., & Beauchamp, G. (2018). Women and the Experience of Pain and Opioid Use Disorder: A Literature-based Commentary. *Clinical Therapeutics*, 40(2), 190-196. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.12.016
- Legato, M., Johnson, P., & Manson, J. (2016). Consideration of Sex Differences in Medicine to Improve Health Care and Patient Outcomes. *JAMA*, 316(18), 1865. doi: 10.1001/jama.2016.13995
- Liu, J. (2020). Conscious IV Sedation Utilizing Midazolam. *Practical Advanced Periodontal Surgery*, 3-9. <https://doi.org/10.1002/9781119196358.ch1>
- Mena, D. (2019). Estadística de intoxicaciones agudas notificadas al Programa Nacional de Farmacovigilancia, periodo 2012-2018. *Boletín De Farmacovigilancia*, 15.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2020). *Análisis de la Situación de Salud 2018*, 22-28.
- Miranda, P., Ferrer, A., Ruiz, F., Menao, S., & Civeira, E. (2014). Intoxicaciones agudas en pacientes mayores de 65 años. *Anales Sis San Navarra*, 37(1), 99-108. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100011>
- Miotto, K., Cho, A., Khalil, M., Blanco, K., Sasaki, J., & Rawson, R. (2017). Trends in Tramadol. *Anesthesia & Analgesia*, 124(1), 44-51. doi: 10.1213/ane.0000000000001683
- Nagamine, T. (2020). Lithium Intoxication in the Elderly: A Possible Interaction between Azilsartan, Fluvoxamine, and Lithium. *Innovations In Clinical Neuroscience*, 17(4-6), 45-46.
- O'Blenis, M. (2020). *Prescription Drug Abuse Amongst The Elderly* (Tesis de Maestría de Ciencias en Justicia Crimina, Universidad de Florida Central).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, 3-39.
- Oscanoa, T. J., Lizaraso, F., & Carvajal, A. (2017). Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(6), 759-770. doi:10.1007/s00228-017-2225-3
- Pérez-Jover, V., Mira, J., Carratala-Munuera, C., Gil-Guillen, V., Basora, J., López-Pineda, A., & Orozco-Beltrán, D. (2018). Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(2), 310. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020310>

- Rai, N., Ashok, A., & Akondi, B. (2020). Consequences of chemical impact of disinfectants: safe preventive measures against COVID-19. *Critical Reviews In Toxicology*, 50(6), 513-520. doi: 10.1080/10408444.2020.1790499
- Rodríguez Vargas, B., Delgado Silveira, E., Iglesias Peinado, I., & Bermejo Vicedo, T. (2016). Prevalence and risk factors for medication reconciliation errors during hospital admission in elderly patients. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(5), 1164-1171. doi:10.1007/s11096-016-0348-8
- Salech, F., Daniel Palma, Q. y Pablo Garrido, Q. (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(5), 660-670. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.011>
- Sarkar, S., & Singh, S. (2016). Benzodiazepine abuse among the elderly. *Journal Of Geriatric Mental Health*, 3(2), 123. doi: 10.4103/2348-9995.195605
- Sidani, M., Reed, B., & Steinbauer, J. (2017). Geriatric Care Issues: An American and International Perspective. *Primary Care: Clinics In Office Practice*, 44(1), 217-238. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2018.08.009>
- Supervía, A., Pallás, O., Clemente, C.t, Aranda, M., Figueras, M., & Cirera, I. (2017). Características diferenciales de las intoxicaciones en los pacientes ancianos atendidos en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista De La Sociedad Española De Urgencias Y Emergencias*, 29(5), 335-338.
- Tachi, T., Kanematsu, Y., Aoyama, S., Katsuno, H., Otsubo, M., Ueno, A., Sugita, I., Yoshida, A., Noguchi, Y., Yasuda, M., Mizui, T., Goto, C., & Teramachi, H. (2019). Analysis of Adverse Reactions Caused by Potentially Inappropriate Prescriptions and Related Medical Costs That Are Avoidable Using the Beers Criteria: The Japanese Version and Guidelines for Medical Treatment and Its Safety in the Elderly 2015. *Biological And Pharmaceutical Bulletin*, 42(5), 712-720. <https://doi.org/10.1248/bpb.b18-00820>
- Ugarte, K. (2020). Situación Nacional COVID-19. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>
- Varela Pinedo, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(2), 199. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vianna, M., Silva, P., Nascimento, C., & Soares, S. (2017). Self-care competence in the administration of insulin in older people aged 70 or over. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25(0). [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100389&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100389&script=sci_arttext)
- Yap, C., Taylor, D., Kong, D., Knott, J., & Taylor, S. (2019). Risk Factors for Sedation-related Events During Acute Agitation Management in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 26(10), 1135-1143. <https://doi.org/10.1111/acem.13826>

## **SOLEDAD EN PERSONAS MAYORES: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO EN SANTIAGO DE CHILE**

### **LONELINESS IN ELDERLY PEOPLE: AN INTERVENTION PROPOSAL THROUGH THE TELEPHONE ACCOMPANIMENT IN SANTIAGO DE CHILE**

Diana León Aguilera<sup>1</sup>, Esteban Gómez Maldonado<sup>2</sup>, Beatriz Urrutia Quiroz<sup>3</sup>,  
Natalia Rojas G<sup>4</sup>.

Recibido:11-01-2021 Corregido:24-10-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### **RESUMEN**

La pandemia de la COVID-19 visibilizó la soledad y el aislamiento de las personas adultas mayores, por lo cual surgió el programa Acompañamiento Telefónico Mayor (ATM), como dispositivo de intervención para paliar la soledad y contribuir a generar afectos positivos. En este, un grupo de personas voluntarias entregó compañía telefónica semanalmente a personas adultas mayores que estaban o se sentían solas, durante abril y julio de 2020. Este estudio pretende medir los resultados de esta intervención realizada con 72 personas adultas mayores derivadas de dispositivos municipales y estatales de Santiago de Chile, en la cual se aplicaron cuestionarios vía telefónica (ESTE II y SPANE). La evidencia ha permitido reflexionar y entender los resultados, a la luz de la multicausalidad y complejidad de la soledad donde se requiere actuar desde distintos ámbitos para una mayor eficacia. Los resultados indican que no existe una variación estadísticamente significativa de la soledad social y los afectos positivos/negativos y balanza afectiva tras el acompañamiento, sin embargo, se evidencia en un grupo la mejoría o mantención de la soledad percibida.

Se concluye que el acompañamiento telefónico puede ser una herramienta beneficiosa para las personas adultas mayores, posible incluso de usarse en periodo no pandémico, ya que, como dispositivo de intervención, puede favorecer afectos positivos y mejorar la percepción de soledad; pero debe ser utilizada en conjunto con otras intervenciones, de manera que se logre un abordaje integral de los casos.

**PALABRAS CLAVE:** Soledad, personas mayores, acompañamiento telefónico, atención telefónica, pandemia en personas mayores, voluntariado telefónico, intervención gerontológica.

---

<sup>1</sup>Doctora en Psicología de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, España. Psicóloga, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile E-mail: [diana.leon@ugm.cl](mailto:diana.leon@ugm.cl)

<sup>2</sup>Magíster en Psicología Organizacional, Universidad Mayor, Chile. Psicólogo, Universidad de la República de Uruguay. Santiago, Chile. E-mail: [egseven@gmail.com](mailto:egseven@gmail.com)

<sup>3</sup>Máster en Valoración e Intervención en Gerontología y Geriatría, Universidad de la Coruña, España. Trabajadora Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile E-mail: [burrutia@uc.cl](mailto:burrutia@uc.cl)

<sup>4</sup>Administradora Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile. E-mail: [nrojasga@gmail.com](mailto:nrojasga@gmail.com)



## **ABSTRACT**

The Covid-19 pandemic made the loneliness and isolation of the elderly visible, where the ATM (emotional support phone for the elderly) arises as an intervention device, to decrease loneliness and contribute to generate positive emotions. In it, a group of volunteers delivered company through the telephone to elderly who were lonely or feeling lonely during april and july 2020. This study aims to measure the results of this intervention carried out on a group of 72 elderly people who were delivered from municipal and state devices from Santiago de Chile in which questionnaires were applied via telephone (ESTE II and SPANE). The evidence has allowed us to reflect on and understand the results we obtained, in light of the multi-causality and complexity of loneliness where action is required from different areas for greater efficiency. Results indicate the inexistence of significant statistical variation in social loneliness and positive/negative emotions and affective balance after ATM, however, there is evidence of improvement or maintenance of perceived loneliness in one group.

As a conclusión, this device of emotional support (ATM) can be a beneficial tool for the elderly, possible even to be used in non-pandemic period, since it can promote positive emotions and improve the perception of loneliness, but it has to be used with other interventions in order to achieve an integral approach of the cases.

**KEY WORDS:** elderly, loneliness, phone accompaniment, phone assistance, pandemic and the elderly, phone volunteering, gerontological intervention.

## **Introducción**

El presente estudio ha sido elaborado por la Fundación Juan Carlos Kantor: AMANOZ, para analizar los resultados de la intervención realizada a un grupo de personas adultas mayores, a través de un acompañamiento telefónico ejecutado por personas voluntarias capacitadas para este fin. Dicho acompañamiento buscaba ser paliativo ante el aislamiento social forzado al que se enfrentaron las personas adultas mayores, durante el periodo de pandemia el año 2020, y contribuir a generar afectos positivos en esta población, considerando que fue el grupo etario mayormente afectado por las medidas de distanciamiento social. Aunado a lo anterior, se debe resaltar que las personas adultas mayores en Chile, desde antes de la pandemia, venían manifestando soledad. Esto se refleja en el aumento de los hogares unipersonales, que llegan a un 13.4 % (Ministerio de Desarrollo Social, 2017), y en los resultados arrojados por la Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 (Pontificia Universidad Católica de Chile -Caja Los Andes, 2020) que señala que un 49.8 % de las personas

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... adultas mayores tienen temor a quedarse sin compañía y un 43.5 % percibe algún grado de soledad. Dicha cifra ha aumentado en la nueva encuesta sobre “Calidad de vida en las personas adultas mayores durante la pandemia” (Herrera et al., 2021), donde se tomó la misma muestra de la Encuesta de Calidad de vida de 2019. La comparación arrojó como resultado que, debido a la pandemia, existe un aumento del sentimiento de soledad sostenido pasando de un 42 % en 2019 hasta un 53 % en otoño del año 2021. Esto no es de extrañar si se considera que, a nivel país, como medida sanitaria de protección, a las cuarentenas obligadas por cada comuna de residencia se le sumó el confinamiento obligatorio de todas las personas mayores de 75 años, independiente de su condición de salud; encierro en sus domicilios que se extendió por casi 5 meses. En este contexto, justamente para responder a él, la Fundación Amanoz realiza el programa de Acompañamiento Telefónico Mayor (ATM).

La soledad puede ser definida de diversas formas; pero, en principio, es la carencia voluntaria o involuntaria de compañía. Además, se considera el pesar y melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo (Real Academia Española [RAE], 2021). De esta definición, se desprende que dicha condición puede acarrear malestar emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, insatisfacción, angustia, etc. En otras palabras, surge a partir de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de esta, de añorar personas o situaciones (Rubio, 2007). Cuando analizamos la soledad encontramos en ella dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva. No es lo mismo estar sin compañía que sentirse sin compañía. Estar sin compañía no es necesariamente un problema, dado que puede ser vivido positiva o negativamente (Rubio, 2004). Como ya se puede apreciar, el fenómeno de la soledad es una entidad compleja, sobre todo en personas adultas mayores, quienes por razones

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... ligadas a su edad, van experimentando como sus contactos y redes de apoyo merman con el tiempo.

Desde el punto de vista preventivo de la salud, la soledad es un importante factor para padecer o agravar determinadas enfermedades y sufrir aislamiento social (Rubio, 2009). El aislamiento social expone a las personas a la falta de apoyo social y a padecer trastornos del ánimo. El fenómeno de la soledad se ha visibilizado más en la población mayor, lo que hace parecer en el imaginario colectivo que la gente mayor es solitaria, se aísla, es huraña o rehúye los contactos. Lo anterior, exagera los mitos asociados a la vejez, que son del todo erróneos. Sin embargo, hoy se sabe que la soledad se asocia a variables como los estilos de vida, la personalidad, las capacidades cognitivas, la salud física y la red social (Barros y Sosa, 2011).

A nivel biológico, las personas sufren cambios muy acelerados durante su infancia y adolescencia; sin embargo, posteriormente, los cambios en la vida son menos importantes o notorios. Aunado a esto, los cambios a nivel social están siendo cada vez más acelerados, por ejemplo, el cambio en la composición de las familias del mundo de hoy, los estilos de crianza y tipos de trabajo, junto a otros cambios propiciados por la entrada de las nuevas tecnologías en la sociedad. Ante este escenario de vertiginosos cambios, no resulta fácil la adaptación para las personas adultas mayores. De hecho, esta realidad cambiante, que se está viviendo en la actualidad, puede generar aislamiento social entre las personas adultas mayores ante la imposibilidad de adaptarse, con lo cual puede derivarse también un sentimiento de soledad (Rubio et al., 2010).

## **Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para evaluar si tanto la soledad como los afectos mejoran con el acompañamiento telefónico.

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención...

El acompañamiento telefónico mayor (ATM) representa la estrategia de intervención pensada por la Fundación Amanoz, basada en un modelo psicosocial de intervención. Lo anterior, quiere decir que está encuadrada dentro de la Psicología Social, la cual trata de comprender y modificar la conducta social de las personas, así como aquellos aspectos perjudiciales de su entorno, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas. El propósito de la estrategia es colaborar en el enfrentamiento de la soledad experimentada por las personas adultas mayores con sus concomitantes afectos negativos, ante las medidas sanitarias impuestas (en pandemia), que suponen un mayor aislamiento y falta de socialización, lo cual se comprende como un elemento nocivo especialmente para este grupo etario. Este dispositivo es totalmente virtual y se reclutaron personas voluntarias de diversas edades, quienes completaron su ficha de postulación *online* y, tras una entrevista telefónica, recibieron una capacitación básica. Luego de este proceso, cada persona voluntaria fue asignada a una persona adulta mayor para llamar telefónicamente, constituyéndose una dupla. Las llamadas debían realizarse al menos 1 vez a la semana, durante el periodo del estudio. El estudio se realizó entre abril y junio de 2020.

## **Muestra**

Se utilizó un muestreo no probabilístico y por conveniencia. La muestra fue conformada inicialmente por 124 personas adultas mayores (más de 60 años), que participaron voluntariamente en el estudio. Como se descartaron los casos de personas que no continuaron el acompañamiento o desistieron de contestar el postest, la muestra final fue de 72 personas adultas mayores. Las personas eran chilenas y fueron derivadas de municipios de la Región Metropolitana y del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), durante el primer semestre del año 2020. Se incluyeron aleatoriamente como posibles participantes del estudio. Una vez contactadas, las personas participantes fueron informadas de las condiciones del estudio, debiendo aceptar la participación y

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... ser acompañadas telefónicamente por personas voluntarias de la Fundación Amanoz. Se excluyeron a personas mayores con hipoacusia y con diagnósticos psiquiátricos que fueran conocidos por las personas usuarias. También, se excluyó a aquellos que no habían cumplido los 60 años.

### **Variables Sociodemográficas**

El promedio de edad del grupo fue de 73.8 años, 72.2 % de sexo femenino y 27.8 % de sexo masculino.

El estrato socioeconómico predominante para todas las personas participantes fue bajo (40 % de vulnerabilidad de acuerdo al registro social de hogares), pues estas personas adolecieron de una mayor vulnerabilidad psicosocial, especialmente aguzada en periodo pandémico.

Un 54.2 % de las personas participantes viven solas, un 6.9 % vive con un hijo o una hija, un 6.9 % vive con su pareja, un 6.9 % vive con otra persona de la familia, un 1.4 % vive en un establecimiento de larga estadía o residencia para mayores (ELEAM) y un 23.61 % no contestó (N/C).

### **Llamados Telefónicos**

Las personas recibían un mínimo de cuatro llamadas al mes, es decir una a la semana. El promedio de llamadas durante el acompañamiento fue de 5.1 mensuales.

### **Cuestionarios**

Para medir los resultados de este acompañamiento, se aplicó a las personas usuarias dos test al inicio y, luego de tres meses, se aplicaron los postest. Los instrumentos utilizados fueron ESTE II (Rubio et al., 2010) y SPANE (Diener et al., 2010) traducido al español. Ninguno de estos instrumentos está validado en Chile, sin embargo, se eligen por su pertinencia para este tipo de estudio. La escala ESTE es la única en su tipo y fue diseñada en español para medir la soledad en personas adultas mayores.

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención...

-ESTE II mide soledad social por medio de tres factores: la percepción de apoyo social, el uso de nuevas tecnologías y el índice de participación social subjetiva. Está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: siempre, a veces y nunca. Esta escala se divide en tres factores:

-Factor 1: Percepción del apoyo social.

-Factor 2: Uso que la persona mayor hace de las nuevas tecnologías.

-Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

-Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE, por sus siglas en inglés):  
asume como sustento teórico el concepto de bienestar subjetivo, que comprende el análisis de cómo las personas evalúan sus vidas (Diener et al., 2003) e incluye reacciones emocionales a los eventos de esta (Diener et al., 1999). Así, define que un nivel alto de bienestar subjetivo se caracteriza por una alta frecuencia de afectos positivos, una baja frecuencia de afectos negativos y un alto nivel de satisfacción vital (Pavot y Diener, 2013). Este instrumento se compone de dos subescalas: SPANE-P y SPANE-N. La primera contiene tres ítems generales (buenos, positivos, agradables) y tres ítems específicos (felices, alegres, de satisfacción), que miden experiencias emocionales positivas. La segunda contiene tres ítems generales (malos, negativos, desagradables) y tres ítems específicos (tristes, de miedo, de enfado), que miden experiencias emocionales negativas (Diener et al., 2010). La información acerca del razonamiento utilizado para seleccionar los 12 adjetivos (ítems) que componen la SPANE puede ser revisada en el artículo original de Diener et al. (2010).

Aprobación y revisión de la prueba: Se realizó un contacto vía correo electrónico con las personas autoras de la prueba ESTE II (Rubio et al., 2010) para autorizar su

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... aplicación, la cual se aprobó. Respecto a la escala SPANE, esta es de libre uso en tanto se cite a las personas autoras.

### **Consideraciones Éticas**

A todas las personas participantes del estudio, se les explicó los objetivos del estudio por teléfono y se les informó del carácter de voluntariedad de su eventual participación. Finalmente, se les indicó la confidencialidad de sus datos personales, respetando en todo momento la privacidad de las personas adultas mayores.

El objetivo de este estudio fue verificar si el acompañamiento genera una disminución en la percepción de soledad social y si los afectos positivos y la balanza afectiva aumentan, disminuyendo los afectos negativos.

### **Análisis y Procesamiento de la Información**

Se realizaron tres tipos de análisis estadísticos al conjunto de datos recolectados durante el estudio: en primer lugar, se presenta un análisis descriptivo de los resultados de las mediciones antes y después. Luego, se realizó un análisis de correlación entre los niveles de soledad social y los afectos positivos, negativos y la balanza emocional, tanto para las mediciones antes como después. Finalmente, se presenta un análisis de medidas repetidas para identificar si existe una variación significativa entre ambas mediciones.

En el análisis se utilizó el programa estadístico IBM-SPSS versión 25 para el procesamiento de la información.

### **Análisis Descriptivo**

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de los datos.

Como se menciona en el apartado anterior, se trabajó con 72 personas adultas mayores que conformaron la muestra, a quienes se les aplicó los test ESTE II y SPANE en evaluación pre y post.

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención...

Del primer test se desglosan 4 variables: la percepción de apoyo social, el uso de nuevas tecnologías, el índice de participación social subjetiva y la soledad social, la cual corresponde a la medición global del instrumento, donde un valor alto es indicador de una mayor soledad social. Para el caso de los tres primeros factores, mayores valores indican menor presencia del factor.

Con respecto al SPANE, se desglosan 3 variables: los afectos positivos, afectos negativos y la balanza afectiva, donde a mayor valor de la variable, mayor es la frecuencia en que las personas usuarias experimentan sentimientos positivos y negativos. La balanza emocional es la resta entre ambos, por tanto, a mayor valor de esta variable, indica mayor presencia de afectos positivos, mientras que los valores negativos indican mayor presencia de afectos negativos.

## ESTE II

Al observar los descriptivos de la variable soledad social (TABLA 1), se aprecia que, si bien la media se mantiene igual tras la intervención, sí hay evidencia de una disminución en la percepción de soledad social. Una moda igual a 10 indica que el nivel de soledad social más común entre las personas usuarias es más bajo luego de la intervención. También el valor máximo disminuyó en dos puntos y el valor mínimo bajó en 4 puntos. Por su parte, el intervalo de confianza para la media poblacional disminuyó en un punto para su límite superior tras la intervención.

**Tabla 1.**

*Descriptivos Soledad Social*

	PRE TEST Soledad Social	POST TEST Soledad Social
Media	13	13
Mediana	13	13
Moda	15	10
Máximo	27	25
Mínimo	4	0
Desviación estándar	5	6
95,0 % CL inferior para media	12	12
95,0 % CL superior para media	15	14
Error estándar de la media	1	1

SPANE

Con respecto a los descriptivos de este, cabe recordar que los valores más altos indican mayor presencia de los afectos positivos o negativos.

Al ver los descriptivos de los afectos positivos (SPANE-P) en Tabla 2, se aprecia un leve aumento en los valores posintervención. Si bien la media se mantiene constante, el valor mínimo aumentó un punto y disminuyó la desviación estándar, lo que indica que los afectos positivos entre las personas usuarias son más similares unos de otros que antes de la intervención. Por su parte, el intervalo de confianza también se elevó ligeramente a niveles superiores, con el aumento de un punto en su límite inferior.

**Tabla 2.**

*Descriptivos Afectos positivos o SPANE-P*

	PRETEST SPANE- P	POSTEST SPANE- P
Media	21	21
Mediana	22	21
Moda	24	22
Máximo	30	30
Mínimo	8	9
Desviación estándar	6	4
95,0 % CL inferior para media	19	20
95,0 % CL superior para media	22	22
Error estándar de la media	1	0

En cuanto a los afectos negativos (SPANE-N), en la Tabla 3 destaca un leve aumento en la segunda medición, pasando de 14 a 15 puntos. Por otro lado, la moda, el valor más frecuente entre las personas usuarias, aumentó de 10 a 16, así como también el valor máximo entre las personas usuarias, que pasó de 27 a 44 puntos. Por su parte, el intervalo de confianza también muestra un aumento en sus límites, subiendo a 14 y 17 los límites del intervalo que contiene al verdadero parámetro poblacional.

**Tabla 3.**

*Descriptivos Afectos negativos o SPANE -N*

	PRETEST SPANE- N	POSTEST SPANE- N
Media	14	15
Mediana	14	15
Moda	10	16
Máximo	27	44
Mínimo	6	6
Desviación estándar	5	6
95,0 % CL inferior para media	13	14
95,0 % CL superior para media	15	17
Error estándar de la media	1	1

Ahora bien, al observar la balanza afectiva, se aprecia un aumento tras la intervención, subiendo la media de 6 a 8 puntos. También, aumenta la moda de 2 a 6 puntos, que corresponde al valor más común entre las personas usuarias. Destaca también el aumento del valor mínimo, donde antes de la intervención había una persona usuaria con balanza negativa en -17 y, tras esta, la persona usuaria con menor valor de balanza afectiva es 0 puntos. Además, destaca una disminución de la desviación estándar, que indica que, tras la intervención, la balanza afectiva entre las personas usuarias es más homogénea que antes, es decir sus afectos son más similares entre sí. Por su parte, el intervalo de confianza también muestra un aumento en su límite inferior, pasando de 4 a 6 puntos (ver tabla 4).

**Tabla 4.**

*Descriptivos Balanza afectiva o SPANE -B*

	PRETEST SPANE- B	POSTEST SPANE- B
Media	6	8
Mediana	8	7
Moda	2	6
Máximo	24	24
Mínimo	-17	0
Desviación estándar	10	5
95,0 % CL inferior para media	4	6
95,0 % CL superior para media	9	9
Error estándar de la media	1	1

## **Análisis de Correlación**

Se realizan análisis de correlación entre las variables soledad social y los afectos positivos, negativos y la balanza afectiva, con la intención de corroborar si existe algún tipo de relación estadísticamente significativa entre las variables, además, medir la fortaleza de dicha relación.

Para corroborar la presencia de correlación significativa entre las variables, se aplicó el Rho de Spearman, prueba indicada para variables de tipo cuantitativas discretas.

Entre las variables soledad social y afecto negativo, se aplicó la prueba para la significancia unilateral, que busca conocer si existe una correlación positiva; es decir, mayor soledad social se corresponde con mayores afectos negativos.

Por otra parte, entre las variables soledad social y afectos positivos y la balanza afectiva, se aplicó la prueba para la significancia unilateral, que busca conocer si existe

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... una correlación inversa; es decir, mayor soledad social se corresponde con menores afectos positivos y balanza afectiva.

Con respecto a la correlación entre soledad social y los afectos negativos, se puede observar que antes de la intervención existía una correlación significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de 0.4 y una significancia de 0.001 o 0.1 %. Con un nivel de confianza del 95 %, podemos afirmar que la relación entre las variables es significativa.

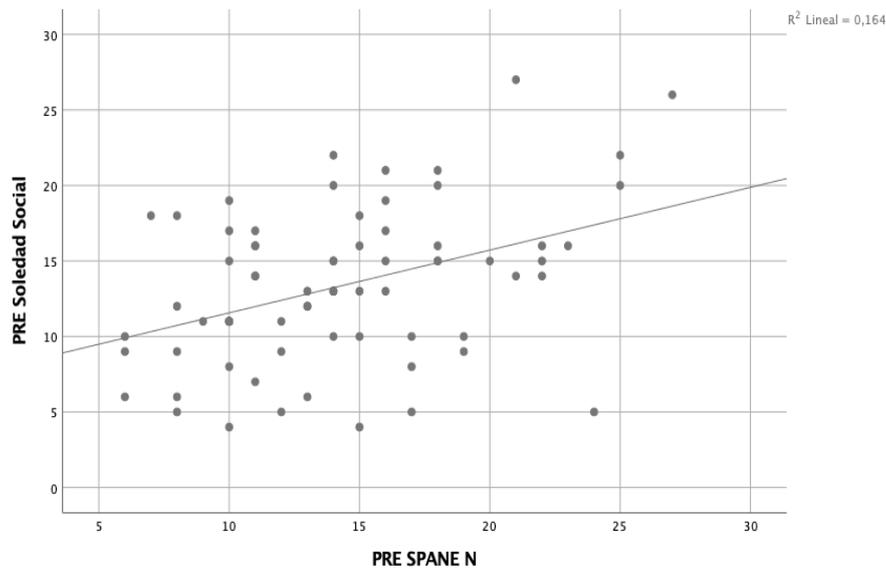
Por otro lado, con un coeficiente de correlación de 0.4 se puede señalar que, si bien la fortaleza de la correlación es media, la interacción de estas variables es positiva, es decir que a medida que aumenta el valor de una variable, se espera que también aumente el valor de la otra. Al observar la correlación entre ambas variables luego de la intervención se aprecia que se pierde dicha correlación. El nivel de correlación disminuye a 0.1 y una significancia del 11.1 % indica que se debe rechazar la hipótesis alternativa de que ambas variables están correlacionadas de forma directa y se debe aceptar que hipótesis nula que niega dicha relación.

Para observar el cambio generado, se pueden apreciar los siguientes gráficos de dispersión entre ambas variables, antes y después de la intervención.

En el primer gráfico, se puede ver que las personas usuarias, representadas con puntos, se distribuyen a lo largo de todo el eje horizontal. Quienes aparecían con menores afectos negativos tenían menores valores en soledad social, mientras que aquellos con mayores afectos negativos, se encuentran también en mayores niveles de soledad social. La línea recta con pendiente positiva retrata el comportamiento general de los datos, donde la correlación es evidente. Ver gráfico 1 a continuación.

**Gráfico 1.**

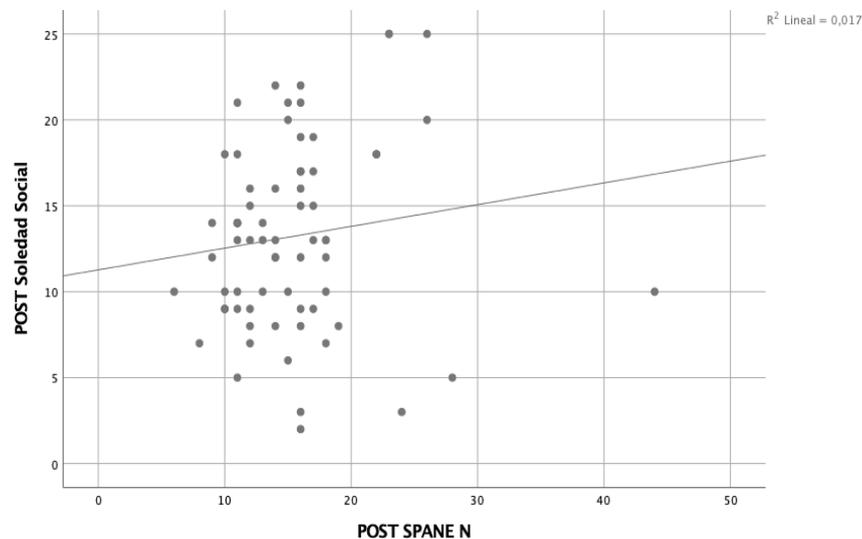
*Dispersión Soledad Social y Afecto negativo o SPANE-N (Pretest)*



Sin embargo, tras la intervención, los niveles de afectos negativos se concentraron entre los valores 10 y 20, con algunos pocos casos con mayores afectos negativos, lo cual puede explicar el aumento en los valores de los estadísticos descriptivos. Por otro lado, los casos concentrados en el rango señalado presentan diferentes niveles de soledad social, estando algunos en valores mayores a 15 y otros bajo dicha cifra, por tanto, se pierde la correlación observada anteriormente. Ver gráfico 2 a continuación.

**Gráfico 2.**

*Dispersión Soledad Social y Afecto negativo o SPANE-N (Postest)*



Con respecto a la correlación entre soledad social y los afectos positivos y la balanza afectiva, se puede observar que antes de la intervención sí existía una correlación significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de -0.6 entre soledad social y SPANE P. Asimismo, un -0.5 entre soledad social y SPANE B, con una significancia del 0 % para ambos casos.

Por otro lado, con un coeficiente de correlación negativo de -0.6 y -0.5 se puede señalar que, si bien la fortaleza de la correlación es media, la interacción de estas variables es inversa, es decir que a medida que aumenta el valor de los afectos positivos y la balanza emociones, se espera que los valores de soledad social disminuyan.

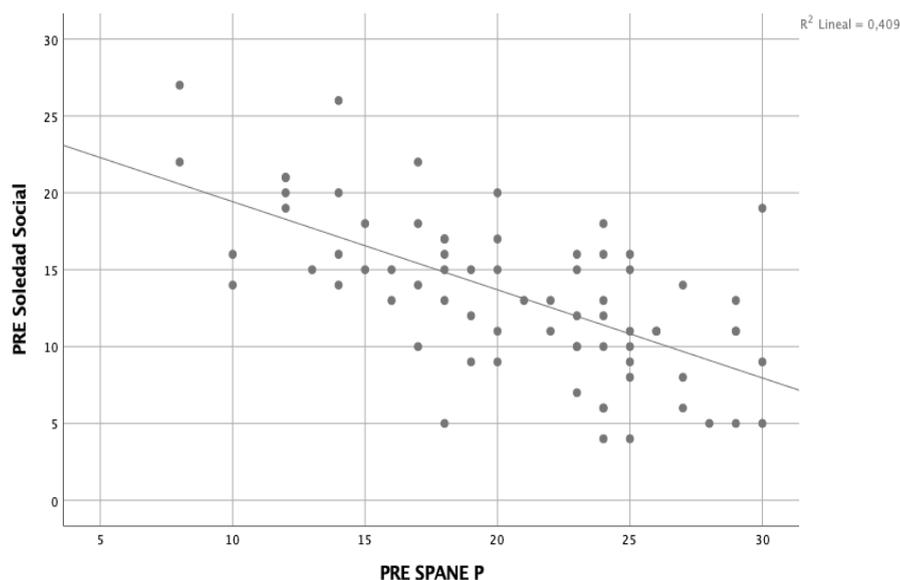
Al observar la correlación entre ambas variables, luego de la intervención, se observa que al igual que con SPANE N, se pierde la correlación señalada anteriormente. El nivel de correlación disminuye a -0.15 entre soledad social y SPANE P, y a -0.19 entre soledad social y SPANE B. Al ser correlaciones cercanas a 0, indican que no existe mayor fortaleza entre las variables. Por su parte, una significancia del 10.8 % y

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... 5.6 %, respectivamente, indica que se debe rechazar la hipótesis alternativa que plantea que ambas variables están correlacionadas de forma inversa.

En el gráfico a continuación se puede ver que las personas usuarias, representadas con puntos, se distribuyen a lo largo de todo el eje horizontal. Aquellas personas con menores afectos positivos tenían mayores valores en soledad social, mientras que aquellas con mayores afectos positivos, se encuentran en la parte inferior del gráfico, con menores niveles de soledad social. La línea recta con pendiente negativa retrata el comportamiento general de los datos donde la correlación inversa es evidente. Ver gráfico 3 a continuación.

### Gráfico 3.

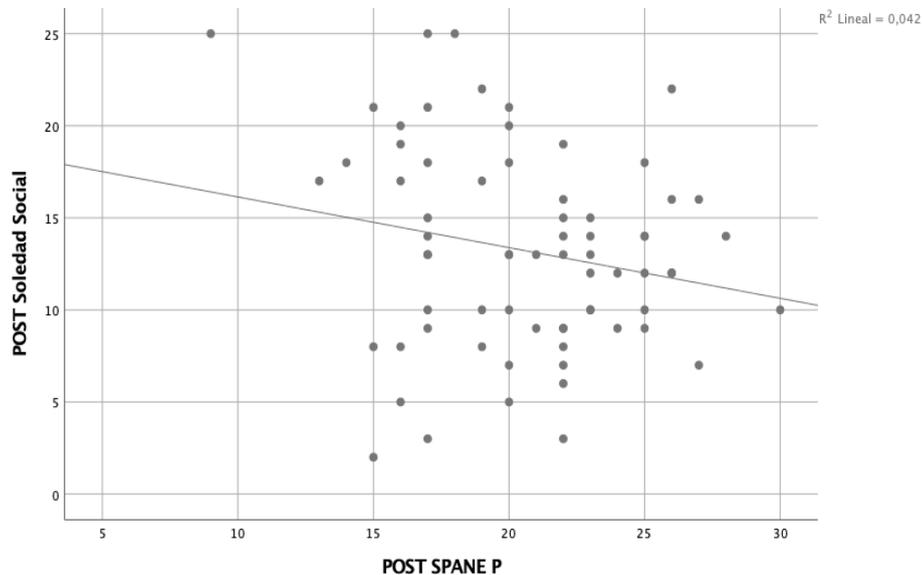
*Dispersión Soledad Social y Afecto positivo o SPANE-P (Pretest)*



Tras la intervención las personas usuarias se concentran en niveles de afecto positivo sobre los 15 puntos, lo cual indica un aumento en esta variable tras la intervención. Sin embargo, no existe una disminución en la soledad social de estos valores, habiendo personas usuarias con afectos positivos entre 15 y 20, que tienen altos y bajos niveles de soledad social. La línea recta del gráfico que tiene una pendiente poco pronunciada muestra esta baja relación entre ambas variables. Ver gráfico 4 a continuación.

**Gráfico 4.**

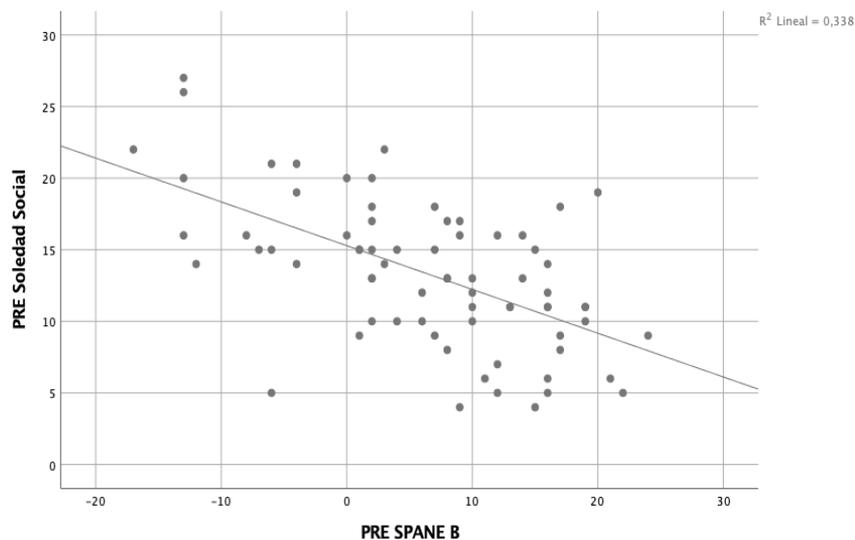
*Dispersión Soledad Social y Afecto positivo o SPANE-P (Postest)*



Con respecto a la balanza afectiva, la tendencia es similar a lo descrito anteriormente. Antes de la intervención, la relación inversa es bastante pronunciada y destaca un número importante de personas usuarias con valores negativos, lo que indica mayor experiencia de afectos negativos en relación con los positivos. Ver gráfico 5 a continuación.

**Gráfico 5.**

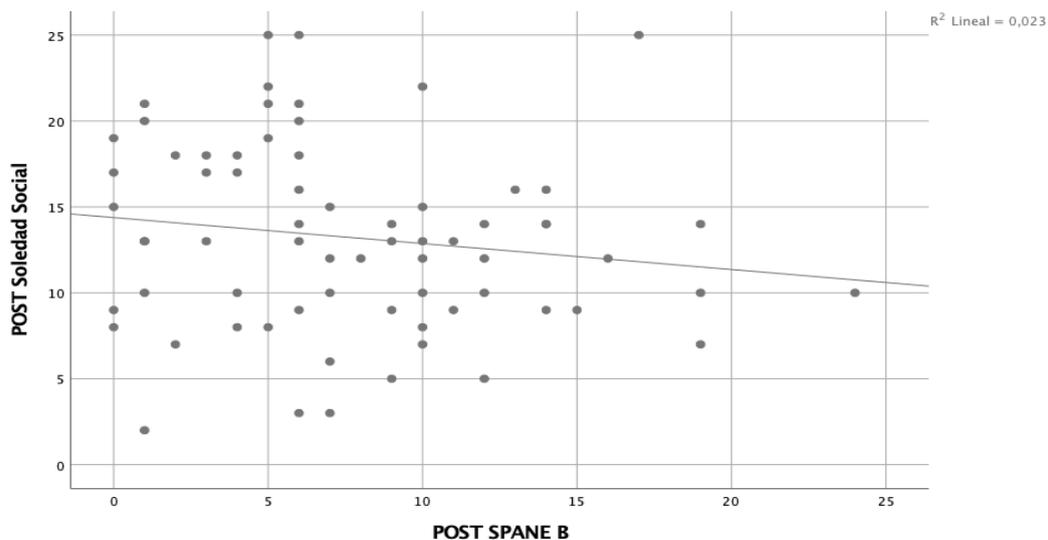
*Dispersión Soledad Social y Balanza afectiva o SPANE-B (Pretest)*



León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... Tras la intervención, no hay personas usuarias con una balanza afectiva menor a cero, lo que es evidencia de un aumento en sus afectos positivos sobre los negativos. Sin embargo, la relación de este aumento con respecto a la soledad social no es significativa. Al igual que lo descrito anteriormente, personas usuarias con una balanza afectiva entre 5 y 10 puntos, por ejemplo, pueden presentar niveles de soledad social tanto altos como bajos. Ver gráfico 6 a continuación.

### Gráfico 6.

*Dispersión Soledad Social y Balanza afectiva o SPANE-B (Postest)*



### Análisis De Medidas Repetidas

Se realizan análisis que buscan identificar si existen diferencias significativas entre los resultados de los test antes y después de la intervención, para corroborar si efectivamente hay una disminución en la soledad social y una mejoría en los afectos positivos.

### Prueba No Paramétrica De Los Rangos Con Signo De Wilcoxon

Se utilizó la prueba paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon para identificar si existe evidencia de un cambio significativo entre las mediciones antes y después de la intervención.

A continuación, se presenta la tabla 5 con el resumen de la prueba aplicado a todas las variables del estudio. En la columna de la significancia bilateral, se aprecia que para todos los pares de variables el p-valor es mayor al 5 %, por lo cual se puede señalar que

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... para todos los casos que no existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis alternativa de diferencias significativas entre ambas mediciones. Por tanto, se concluye con un 95 % de nivel de confianza que no existen diferencias significativas.

**Tabla 5.**

*Estadísticos de prueba*

Pares	Z	Sig. asintótica(bilateral)
POST Factor 1: Percepción de Apoyo Social - PRE Factor 1: Percepción de Apoyo Social	-0.004	0.997
POST Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías - PRE Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías	-1.236	0.217
POST Factor 3: Índice de Participación social subjetiva - PRE Factor 3: Índice de Participación social subjetiva	-0.502	0.616
POST Soledad Social - PRE Soledad Social	-0.549	0.583
POST SPANE P - PRE SPANE P	-0.056	0.956
POST SPANE N - PRE SPANE N	-1.629	0.103
POST SPANE B - PRE SPANE B	-0.697	0.486

A continuación, se presenta un resumen de estadísticos de la prueba de Wilcoxon (tabla 6) para cada par de variables.

**Tabla 6.**

*Estadísticos de prueba*

	Empeoran	Se mantienen	Mejoran	Total	Se mantienen o mejoran
Percepción de apoyo social	29	11	32	72	60 %
Uso de nuevas tecnologías	18	31	23	72	75 %
Índice de participación social subjetiva	30	19	23	72	58 %
<b>Soledad Social</b>	29	9	34	72	60 %
<b>SPANEP</b>	31	4	34	69	55 %
<b>SPANEN</b>	41	3	25	69	41 %
<b>SPANEB</b>	35	3	31	69	49 %

## Resultados

A continuación, se presenta un resumen de los resultados obtenidos en los distintos tipos de análisis estadísticos realizados.

Los estadísticos descriptivos comparados entre las mediciones de los test antes y después indican que, tras la intervención, se observan mejoras: pero estas son leves y pudiesen corresponder a casos concretos y no a un aumento en todo el grupo.

El análisis de correlación muestra que, antes de la intervención, la correlación entre la soledad social y los afectos positivos y la balanza afectiva es inversa, es decir que a mayor soledad social, menores son los afectos positivos/balanza afectiva y viceversa.

Los estadísticos indican que estas correlaciones son significativas. Ahora bien, los estadísticos muestran que, tras la intervención, esta correlación pierde fortaleza, pues hay un aumento entre las personas usuarias con los niveles de afecto positivo y la balanza afectiva, *sin embargo, no se observa una disminución en igual magnitud de la*

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... *variable soledad social*, habiendo personas usuarias con afectos positivos entre 15 y 20 que tienen altos y bajos niveles de soledad social.

En cuanto a la correlación entre soledad social y afectos negativos, también es significativa antes del acompañamiento y es de tipo directa, es decir a mayor soledad social, mayores son los afectos negativos. Tras la intervención, se aprecia una disminución en la correlación entre ambas variables, siendo no significativa. Se observa que, tras el acompañamiento, hay personas usuarias que disminuyen y otros que aumentan sus afectos negativos, concentrándose entre valores 10 y 20, sin embargo, la soledad social se mantiene relativamente constante.

El análisis de comparación de medidas repetidas muestra que no hay cambios estadísticamente significativos entre las 7 variables analizadas tras el acompañamiento. Esto significa que no se puede concluir un cambio significativo entre todas las personas usuarias. Sin embargo, en las pruebas no paramétricas se puede ver que sí existen personas usuarias con mejorías, donde destacan especialmente las mejoras en la percepción de apoyo social, disminución en la soledad social, aumento de los afectos positivos y la balanza afectiva; al menos 30 personas usuarias presentan estas variaciones.

## **Discusión y Conclusiones**

La pandemia de la COVID-19 expuso y visibilizó una realidad preexistente, sobre la soledad de las personas adultas mayores. Una soledad facilitada por las pérdidas de los vínculos de dicha etapa vital, soledad por diferencias intergeneracionales (con familiares) y muchas veces por la dificultad para iniciar nuevos vínculos. Esta pandemia impactó dicha realidad, agudizándola por la implementación del distanciamiento social preventivo.

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... Se debe hacer la distinción que no es lo mismo vivir sin compañía, que estar sin compañía y sentirse sin compañía. Es importante hacer la salvedad de que la condición objetiva de estar socialmente en aislamiento no se relaciona necesariamente con que la persona se sienta realmente sola. Lo anterior, dado que hay personas que se sienten solas, aunque no están socialmente aisladas. De hecho, el estudio realizado durante la pandemia por COVID-19 en Chile (Herrera et al, 2021) señala que el aumento de la soledad en este periodo se da tanto entre las personas adultas mayores que viven solas como quienes viven acompañadas. Asimismo, el aumento del sentimiento de soledad se da, además, por el aumento en el porcentaje de personas adultas mayores que sienten que les falta compañía, que subió de un 36 % a un 42 % desde 2019 a 2021 y no así por quienes perciben algún grado de aislamiento, el cual bajó de 21 % a 20 %), debido a que muchas personas adultas mayores se trasladaron a domicilios de familiares.

En el mismo sentido, se debe considerar que en la literatura se señala que hay quienes, aunque cuentan con una red social reducida, se sienten suficientemente integrados, mientras que otras personas con redes sociales del mismo tamaño pueden sentirse tremendamente solas (Jong Gierveld y Havens, 2004 en Pinazo y Bellegarde, 2018). Todo lo anterior, hace pensar que la soledad es una experiencia individual y subjetiva. No obstante, el estudio citado con anterioridad (Herrera et al, 2021) señala que, en la muestra de personas adultas mayores chilenas encuestada, se observa que el sentimiento de soledad depende fuertemente de la situación residencial: las personas que viven solas se sienten más solas que las que viven acompañadas. La mayoría de las definiciones sobre el concepto de soledad la asocian a una experiencia negativa, sin embargo, algunas personas autoras defienden que la soledad podría ser algo positivo (Luanaigh y Lawlor, 2008 en Pinazo y Bellegarde, 2018), especialmente, cuando se le asocia a un proceso de reflexión o desarrollo personal y se trata de una soledad elegida.

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... Por lo anterior, parece relevante distinguir entre soledad impuesta y soledad elegida. La primera puede venir acompañada de sufrimiento psíquico y a menudo de un aumento de los problemas de salud y de riesgo de mortalidad (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Hawkley & Cacioppo, 2007; Paúl & Ribeiro, 2009; Shiovitz-Ezra y Ayalon, 2010 en Pinares y Bellegarde, 2018). El caso de la pandemia indudablemente expuso a muchas personas adultas mayores a una soledad y aislamiento impuesto, como consecuencia del cuidado y protección de este grupo de riesgo, lo que detonó en la generación de muchas consecuencias indeseadas.

Por otra parte, se sabe que la integración social posibilita que la persona reciba diversos tipos de apoyo, lo que facilita su vida cotidiana. Cuando necesita un consejo u otro tipo de ayuda, la persona socialmente integrada tiene a quién recurrir, pero la que está socialmente aislada, no. Sobre este aspecto, uno de los grupos que más resultó afectado en este periodo de pandemia fueron las personas adultas mayores, ya que perdieron la disponibilidad de estar integradas en sus comunidades y de contar con apoyos sociales diversos (Pinazo y Bellegarde, 2018).

Es en este contexto, donde el acompañamiento telefónico aparece como un dispositivo de intervención que favorece afectos positivos y mejora la percepción de soledad. Además, puede favorecer el intercambio intergeneracional, como plantea Yusta (2019), a través del voluntariado se fomenta el contacto entre generaciones, creando sinergias tanto para las personas voluntarias que ejercen el acompañamiento como para las personas acompañadas. Dicho contacto intergeneracional se fue evidenciando conforme avanzaba la cuarentena, pues a mayor tiempo de encierro, más personas jóvenes se acercaban al ATM. Estas personas se sensibilizaron y empatizaron con la realidad de las personas adultas mayores expuestas al confinamiento preventivo.

La evidencia ha permitido reflexionar y entender los resultados de la investigación sobre el dispositivo ATM a la luz de la multicausalidad de la soledad. Si bien no se logra la

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... significancia estadística, se evidencia en un grupo, que, a pesar de la situación de pandemia, mejora o mantiene la soledad percibida que representa un 69.4% de los casos. La relación entre soledad, aislamiento social, vulnerabilidad y exclusión sociales es una relación dinámica que debe tenerse en consideración a la hora de desarrollar programas de intervención o políticas especializadas en este grupo etario.

Claramente esta pandemia fue inesperada y, como respuesta a esta, se diseña e implementa el ATM, por lo tanto, se desconoce el perfil de las personas usuarias sin los efectos de la pandemia. Por ello, se podría considerar que la poca variabilidad o mantención de aspectos que no agravan la soledad es significativo cualitativamente en medio de un contexto de aislamiento impuesto por la COVID-19.

Estos resultados alientan sobre la posibilidad de investigar e invertir en dispositivos a distancia (virtuales o telefónicos) para personas adultas mayores, con la intención de intervenir en las variables soledad-afectos y contribuir a fomentar emociones positivas. Asimismo, pueden reducir la soledad subjetiva o emocional, contribuyendo al aumento de emociones positivas y la red social, desde el punto de vista de la integración comunitaria según se ha reportado en diversos estudios y metaanálisis (Cattan et al., 2005 en Pinazo y Bellegarde, 2018).

Sin duda, el acompañamiento telefónico es una herramienta de intervención gerontológica beneficiosa para las personas adultas mayores y, al igual que otros dispositivos, debe incluir la posibilidad de fomentar la integración social para lograr una mejor calidad de vida y mejor envejecer. Para lograr la integración social y paliar efectivamente la soledad, se debe utilizar mecanismos que trasciendan al ámbito familiar y den mayor énfasis a los dispositivos grupales y comunitarios. El acompañamiento telefónico es una posibilidad de intervención que puede ser muy útil en personas adultas mayores, incluso utilizable fuera de la pandemia, aunque se debe

León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención... tener presente sus limitaciones, ya que la soledad es una variable multicausada y compleja.

Agradecimientos especiales a Patricia Pupkin, Fundadora y presidenta de Fundación Juan Carlos Cantor (AMANOZ), Alejandra Valdés, miembro del Directorio y ex Directora Ejecutiva, Karina Peralta, Alejandra Poscic, Sonia Venegas y Francisca Donoso, profesionales del equipo de Fundación AMANOZ, y al gran grupo de personas voluntarias.

## Referencias

- Barros, M. y Sosa, B. (2011). *Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores*. *Revista Eureka*, 8(1), 92-99.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.E. (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol. Bull.*, 125, 276-302.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu. Rev. Psychol.*, 54, 403-425.
- Diener, E., Wirtz, D., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc. Indic. Res.*, 97, 143-156.
- Herrera, S., Fernández, M., Elgueta, R., Giacomani, C., Leal, D., Rubio, M., Marshall de la Maza, P. y Bustamente, F. (2021) *Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19*. Centro de Envejecimiento y vejez, Pontificia Universidad Católica de Chile, UC e, Instituto de Estudios Avanzados Universidad de Santiago, USACH. [https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro\\_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf](https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Adultos mayores: CASEN Síntesis de resultados observatorio social*.: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados\\_Adulto\\_Mayores\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf)
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. In S. A. David, I. Boniwell, & A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford handbook of happiness* (pp. 134–151). Oxford University Press.
- Pinazo, S. y Bellegarde, M. (2018). *Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal.. La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/la-soledad-de-las-personas-mayores-conceptualizacion-valoracion-e-intervencion/>
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2020). Chile y sus Mayores: Resultados V Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes. Recuperado de: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA\\_ENCUESTA\\_NACIONAL\\_DE\\_CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_EN\\_LA\\_VEJEZ\\_2019.CHILE\\_Y\\_SUS\\_MAYORES\\_2019.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019.CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf)
- Real Academia Española [RAE]. (2021). Definición de soledad. <https://dle.rae.es/soledad>
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. IMSERSO.

- León Aguilera, D., et al. Soledad en personas mayores: Una propuesta de intervención...
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *Infad. Revista de Psicología*, 19(2), 11-27.
- Rubio, R. (2009). Variables relacionadas con los estilos de vida y su influencia en las actitudes frente al envejecimiento. *Revista Psicológica Herediana*, 2 (1).
- Rubio, R., Pinel, M. y Rubio, L. (2010). *La soledad en los mayores. Una alternativa a la medición a través de la escala ESTE*. IMSERSO. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Yusta, R. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología. *Revista Trabajo Social Hoy del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid*, (88), 25-42. <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/239/la-soledad-no-deseada-en-el-ambito-de-la-gerontologia/>

**DESARROLLO DE LAS HABILIDADES DE CUIDADO PARA  
LA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL CRÓNICO EN  
PERSONAS CUIDADORAS FORMALES DE PERSONAS  
ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN  
ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTANCIA DE  
MONTEVIDEO, URUGUAY**

**DEVELOPMENT OF CARE SKILLS FOR THE  
PREVENTION OF BURNOUT SYNDROME IN FORMAL  
CAREGIVERS OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE IN  
LONG-STAY ESTABLISHMENTS IN MONTEVIDEO, URUGUAY**

Alejandro López Gómez<sup>1</sup>

Recibido:12-03-2021 Corregido:05-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir el perfil sociolaboral, así como la relación entre habilidades de cuidado y el estrés laboral crónico en personas cuidadoras formales remuneradas de personas mayores, que trabajan en establecimientos de larga estancia de Montevideo, Uruguay

**Método:** participaron 213 cuidadores formales pertenecientes a 80 establecimientos. Se aplicó un cuestionario de datos sociolaborales, el Maslach Burnout Inventory, y el Inventario de Habilidades de cuidado de Nkongho.

**Resultados:** 95.3 % son mujeres, con una media de 40 años, 66.2 % no superó secundaria primer ciclo y 55.4 % no accedió a ninguna formación específica en cuidados. El 67.8 % muestra nivel medio o bajo de habilidad de cuidado y el 10.2 % presenta combinación de factores asociados a estrés laboral crónico. Se evidencia relación estadísticamente significativa entre mayor habilidad de cuidado y menor riesgo de estrés laboral crónico.

**Conclusiones:** La importante demanda cotidiana tanto física como psicoafectiva que implica la tarea de cuidado, la baja capacitación tanto técnica como relacional del personal y las condiciones laborales muy exigentes son posibles causas de la alta presencia de estrés laboral crónico en relación con otros estudios. Garantizar la formación y capacitación contemplando aspectos gerontológicos y geriátricos, es un desafío del actual sistema de cuidados que podría oficializar como factor protector para evitar el estrés y humanizar los cuidados, mejorando la salud tanto de las personas mayores como de sus cuidadores, así como las condiciones de empleabilidad.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados, personas adultas mayores, burnout, institucionalización, humanización de la asistencia.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the socio-occupational profile, as well as the relationship between caregiving skills and chronic work stress in paid formal caregivers of older people who work in long-stay establishments in Montevideo, Uruguay.

---

<sup>1</sup>Doctor en Ciencias de la Salud, Instituto Universitario de la Salud Fundación H.A. Barceló, Argentina. Docente Adjunto del Departamento de Neurociencia y Aprendizaje, Universidad Católica del Uruguay. Montevideo. Uruguay. E-mail: [alejandro.lopez@ucu.edu.uy](mailto:alejandro.lopez@ucu.edu.uy)



López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...

Method: 213 formal caregivers from 80 establishments participated. A questionnaire of socio-labor data, the Maslach Burnout Inventory and the Nkongho Care Skills Inventory were applied. Results: 95.3% women, mean age 40, 66.2% did not pass lower secondary school and 55.4% did not access any specific training in care. 67.8% show a medium or low level of care ability and 10.2% show a combination of factors associated with chronic work stress. There is a statistically significant relationship between greater caregiving skills and lower risk of chronic work stress.

Conclusions: The important daily physical and psycho-affective demand that the care task implies, the low technical and relational training of the staff and the very demanding working conditions, are possible causes of the high presence of chronic work stress in relation to other studies. Ensuring education and training considering gerontological and geriatric aspects is a challenge of the current Care System that could act as a protective factor to avoid stress and humanize care, improving the health of both the elderly and caregivers, as well as the conditions of employability.

**KEY WORDS:** Care, elderly, burnout, institutionalization, humanization of assistance.

## Introducción

A nivel mundial y particularmente en Uruguay existe una creciente demanda de personal calificado para el cuidado de personas mayores tanto en domicilio como en establecimientos de larga estadía (ELEPEM). Esta tendencia se consolida por el envejecimiento poblacional, cambios en la estructura, distribución de roles y tiempos en la dinámica familiar y por el aumento de la cronicidad de patologías con potencial para aumentar los niveles de dependencia.

Los ELEPEM actualmente son una alternativa para el cuidado de las personas mayores cuyo uso crece. Blanca-Gutiérrez et al. (2013) y Fernández Garrido (2009) plantean que la población que allí reside, en su mayoría, tiene niveles moderados y severos de dependencia que requieren cuidados sostenidos y especializados, los cuales no pueden ser garantizados por sus núcleos familiares de referencia. Este es uno de los motivos centrales para el ingreso.

Dichas tareas de cuidado son para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) las actividades que otras personas asumen para que las personas cuya capacidad intrínseca ha sufrido pérdidas o tiene riesgo de hacerlo, puedan mantener su capacidad funcional y de decisión. Los cuidados desde esta perspectiva tienen como finalidad la defensa de derechos humanos y promoción de la autonomía, lo que implica, desde

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... quienes prestan el servicio, habilidades para el cuidado humanizado que garanticen la preservación de la dignidad de la persona mayor.

La habilidad del cuidado, concepto desarrollado por Ngozi Nkongho (2003), a partir de los desarrollos sobre cuidados holísticos de Mayeroff, refiere a las destrezas y competencias de quien cuida en su vínculo con quien recibe el cuidado en pos de favorecer su desarrollo, crecer y valorar su propio ser. Señala que se pueden identificar ocho características principales de la relación de cuidado, que requerirían el desarrollo de habilidades específicas en cada caso: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.

Nkongho (2003), con base en estas características, delimita tres dimensiones de análisis de las habilidades de cuidado (HaC). El conocimiento implica una tendencia a buscar entender quién es la persona que se cuida, sus particularidades, fortalezas, debilidades, necesidades y todo aquello que pueda reforzar su bienestar. El valor o coraje frente al cuidado se relaciona con la capacidad de asumir un reto ante lo desconocido, en la medida de que es posible que la tarea se prolongue en el tiempo, así como que el proceso y los resultados son inciertos. La paciencia se vincula con permitir la autoexpresión y exploración, mediante una actitud tolerante frente a la desorganización y problemas que pueden afectar el crecimiento personal y de la otra persona (Eterovic et al., 2015; Berdejo y Parra, 2008).

Las HaC, desde esta perspectiva, pueden ser consideradas competencias blandas intra e interpersonales que permiten interactuar con otras personas de manera efectiva. De la combinación de dichas habilidades, surge la capacidad de entrar en un vínculo asertivo con la otra persona. De acuerdo con Bermejo (2014), se vinculan con la inteligencia emocional, por lo que el peso de la capacidad para el manejo de las emociones es clave en su consolidación. Implican alcanzar una actitud humanizadora,

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... entendida como una predisposición a comprender a la otra persona, su realidad, su trayectoria vital, de forma que promueva el intercambio recíproco.

Si la persona cuidadora no desarrolla un nivel de habilidad mínima para el ejercicio de su rol, contemplando habilidades técnicas y relacionales, se pone en riesgo tanto los derechos como la capacidad funcional de quien recibe el cuidado. La complementariedad entre el conocimiento de técnicas de intervención sanitarias e instrumentales y las habilidades relacionales, como las planteadas por Nkongho (2003), resulta imprescindible para cuidar a la otra persona. Todo esto implica capacitar al personal contratado por las instituciones, con la intención de mejorar la calidad de la atención y minimizar los riesgos tanto para el receptor del cuidado como para quien lo presta.

Lo anterior, considerando que la falta de adaptación y competencias para el desarrollo del rol, de carácter multicausal, puede conducir, de acuerdo con Maslach y Jackson (1981), Gil Monte (2005) y Maslach (2009), a las personas cuidadoras formales al desarrollo del síndrome de estrés laboral crónico (ELC) o *burnout*. Se entiende dicho síndrome como un conjunto de síntomas físicos, psíquicos y reacciones de comportamiento que dan cuenta de un estado de desgaste psicológico y emotivo frente a una actividad laboral, que presenta relaciones interpersonales frecuentes y emotivamente intensas (Sandrín, 2005; Maslach, 2009).

La OMS, desde el año 2000, lo considera un trastorno que aumenta el riesgo laboral, debido a las consecuencias que trae para la persona y las instituciones (Saborio e Hidalgo, 2015).

Tanto Maslach y Jackson (1981), Maslach (2009), Olivares y Gil-Monte (2009) destacan que se da principalmente entre aquellas personas que brindan un servicio de carácter humanitario, donde las relaciones interpersonales son emotivas e intensas y es

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... necesario, además de conocimiento técnico, una dosis alta de flexibilidad y adaptación a circunstancias cambiantes y a estresores asociados al vínculo con otras personas.

Maslach y Jackson (1981;1984) definieron el burnout en principio como un síndrome psicológico, una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo, que combina agotamiento emocional y psicológico con sensación de vacío de recursos; despersonalización, es decir una respuesta fría e impersonal hacia la otra persona, sea paciente o colega; percepción de baja realización personal, entendida como reducción del sentimiento de competencia y eficacia en la labor, que provoca una valoración negativa de sí y, como consecuencia, insatisfacción con sus logros, afectando así aún más la motivación. En los últimos años Maslach (2009), reformula en parte esta definición planteando que las tres dimensiones serían: agotamiento extenuante, sentimientos de cinismo y desapego por el trabajo y sensación de ineficacia y falta de logro.

Integrando todas las dimensiones que determinan el desarrollo del síndrome, para Chacón y Grau (2004), existe una influencia recíproca del entorno social, marco laboral y características individuales. De acuerdo con el modelo transaccional del estrés, puede desarrollarse cuando características situacionales y la carga objetiva de las tareas vinculadas al entorno laboral, interactúan con factores de personalidad y sociales que ofician de moduladores con relación a la intensidad del síndrome (Losada et al., 2006).

Para Maslach (2009) el grado de ajuste sujeto-ambiente organizacional será un predictor más exacto de riesgo de desarrollar el síndrome que la personalidad o la institución de pertenencia por sí solos. Muy diversos perfiles de personalidad lo desarrollan, por lo que las causas también es necesario buscarlas en las relaciones laborales e interpersonales, es decir en las fuentes situacionales del estrés (Sandrín, 2005; Maslach, 2009).

Teniendo en cuenta la diversidad de variables que influyen, es clave para Carlin (2014) entender al ELC no como un estado al que se arriba y se torna estático, ya que eso conduce a etiquetar a la persona, legitimando y naturalizando comportamientos. Por el contrario, ha de considerarse como una serie de mecanismos de afrontamiento al estrés que resultan ineficaces y peligrosos para la salud de la persona, siendo un proceso situacional, dinámico y con posibilidad de cambio.

Algunas señales de desarrollo del síndrome que destacan Carlin (2014), Kovacs (2014), Méndez et al. (2011), Maslach (2009), Hernández y Ehrenzweig (2008), Gil-Monte (2005), Bermejo (2005), Sandrín (2005), son síntomas emocionales como depresión, irritación, apatía; síntomas psicósomáticos como cefaleas, fatiga, insomnio, pérdida de peso; síntomas cognitivos como cinismo, modificación negativa de autoconcepto, tendencia a la crítica; síntomas conductuales-laborales como evitar responsabilidades, ausentismo, consumo problemático, aumento de errores; síntomas sociales como aislamientos, conflictos interpersonales, frialdad en el contacto.

El contexto de este estudio alude a las personas cuidadoras contratadas en ELEPEM de Montevideo, Uruguay. Dichos establecimientos, de los cuales el 90 % son privados, son habilitados y regulados por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social, con base en decreto ley 356 de 2016. Hasta la creación del Sistema Nacional de Cuidados en 2015, no había un criterio definido de contratación en relación con la capacitación para desempeñar tareas de cuidados en los ELEPEM. Actualmente, existe un requisito básico de capacitación que implica la realización de un curso de atención a la dependencia de 150 horas, que se exige en el decreto ley mencionado; pero, al existir dificultades para la implementación masiva de los cursos, no se ha establecido de forma sistemática como criterio para mantener el personal que ya estaba realizando las tareas o para la contratación de nuevas personas cuidadoras. Las personas cuidadoras formales actualmente no se constituyen un grupo gremial

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... específico, sino que dependiendo de la institución se asocian con otros grupos de trabajadores, lo que implica precariedad en las condiciones de contratación laboral (Junta Nacional de Cuidados [JNC], 2015).

En síntesis, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de las Personas Mayores- Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (INMAYORES-DINEM,2015), JNC (2015), Aguirre (2013), Batthyány et al. (2013), el perfil de la persona cuidadora formal en Uruguay, sea en ELEPEM o en cuidados domiciliarios, refleja fuerza laboral altamente feminizada, no profesional, heterogénea en relación con las condiciones laborales, remuneración y organización colectiva. Presentan bajos niveles de formación y capacitación, tanto técnica como psicoafectiva, con el 90 % sin formación específica en cuidados.

Considerando que los antecedentes sobre el tema dan cuenta de escasos estudios que analicen la presencia del síndrome de ELC en cuidadores formales de personas mayores que trabajan en ELEPEM –a diferencia de la amplia evidencia que existe en relación con la sobrecarga de la persona cuidadora informal– y atendiendo a las condiciones del contexto local, el objetivo de este estudio fue evaluar las habilidades de cuidado relacionales y su relación con la presencia de estrés laboral crónico en cuidadores formales que trabajan en ELEPEM de Montevideo. También, estableciendo relaciones con variables sociales y de régimen de contratación laboral.

## **Metodología**

El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue por conveniencia, tomando como criterios que los responsables de los ELEPEM autorizaran las entrevistas a las personas cuidadoras y lograr la representatividad de establecimientos de los ocho municipios en los que está dividido de forma

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... administrativa la ciudad de Montevideo, de forma tal que se contemplarán distintos contextos socioeconómicos y laborales.

Se seleccionaron en total 80 ELEPEM entre noviembre 2017 y mayo 2018, a partir de los cuales se estableció una muestra definitiva de 213 personas cuidadoras formales que accedieron voluntariamente a la entrevista, previa lectura y firma de consentimiento informado. Se aplicó en primer lugar un cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos y laborales para la caracterización de la muestra; a saber, el Inventario de Burnout de Maslach (2001) y el Inventario de habilidades de cuidado de Nkongho (2003). El estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay y fue declarado de interés por la Secretaría Nacional de Cuidados, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.

El inventario de habilidades de cuidado (IHC) es una escala de 37 ítems tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 7 total acuerdo. Se conforma de tres subescalas: conocimiento con 14 ítems, valor con 13 ítems y paciencia con 10 ítems. La puntuación se construye, de acuerdo con Nkongho (2003), calculando 0.5 desvío estándar en ambas direcciones con relación a la media. Los puntajes por encima darían cuenta de alta habilidad de cuidado y por debajo de baja habilidad. En el caso de nuestra muestra de estudio, los intervalos son subfactor conocimiento: 14 a 75 baja, 76 a 87 media, 88 a 98 alta; subfactor paciencia: 10 a 52 puntos: baja, 53 a 61 media y de 62 a 70 alta; subfactor valor: 13 a 70 baja, 71 a 81 media, 82 a 91 alta, y IHC escala completa: 37 a 199 baja, 200 a 226 media, 227 a 259 alta.

El IHC reporta en varios estudios un alfa de Cronbach de entre 0.84 para la versión original y 0.86 para la versión en español (Eterovic, et al., 2015). En el presente estudio, el alfa de Cronbach obtenido para la escala total es de 0.93, lo que indica una muy alta consistencia interna de la escala.

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...

El Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) se trata de una escala creada por Maslach y Jackson en 1981, de gran aceptación internacional. Está conformada por 22 ítems, valorados a través de una escala Likert de 7 grados, que van desde 0 (ninguna vez) a 6 (todos los días). Se divide en tres subescalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems). La puntuación se estima como baja, media y alta para cada subescala, tomando como criterios de corte el percentil 33 y el 66 (Olivares, et al., 2014). La combinación de puntuaciones altas en las dos primeras escalas y bajas en la tercera dan cuenta de la presencia del síndrome. En el presente estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach para el subfactor agotamiento emocional de 0.76, en despersonalización de 0.52 y para realización personal de 0.64. Aplicando los puntos de corte del percentil 33 y 66 cada en cada subescala, se plantean las siguientes categorías de puntaje: para agotamiento emocional bajo  $\geq 6$  puntos, medio entre 7 y 15 puntos y alto  $\leq 16$  puntos; para despersonalización bajo 0 puntos, medio entre 1 y 6 puntos y alto  $\leq 7$  puntos, y para realización personal baja  $\leq 42$  puntos, media entre 43 y 47 puntos y alta 48 puntos.

El análisis estadístico es descriptivo, comparativo y correlacional por medio del paquete informático SPSS Statistics 25. Para todas las pruebas se utilizó un nivel de confianza del 95 % (nivel de significación  $\alpha=0.05$ ).

## Resultados

De la caracterización sociodemográfica (tabla 1), destaca que el perfil de quienes cuidan se caracteriza por 95.3 % de mujeres, con un promedio de 40 años, el 50.3 % viviendo en pareja y el 65.3 % con hijos a cargo. El nivel educativo corresponde, según el sistema educativo formal, a medio-bajo, ya que el 28.2 % tiene solo primaria y el 38 % alcanza primer ciclo de secundaria. Respecto a la formación específica en cuidados el 55.4 % de la población declara no haber accedido a ningún

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... tipo de formación y solo el 16.9 % realizaron cursos de más de 90 horas. En tal sentido, el 26.8 % señala que no necesita capacitarse para la tarea y, dentro de quienes sí muestran interés, los principales son habilidades instrumentales como primeros auxilios y cuidados enfermeros.

**Tabla 1.**

*Perfil sociofamiliar y formativo*

Sexo	n	%	Nivel educativo	%
Femenino	203	95.3 %	Primaria incompleta	1.9
Masculino	10	4.7 %	Primaria completa	28.2
			0	
			Secundaria 1er ciclo	38
Edad promedio	Media		1	
			Secundaria 2° ciclo	11.3
Total	39.77 (12.02)		4	
			Terciaria (3 años)	10.8
Varón	39		3	
Mujer	40		2	
			Universitaria	5.6
			Otro	4.2
Estado Civil	n	%	Formación en cuidados	
Soltero	68	31.9	No tiene	55.4
			18	
Casado	47	22.1	Curso breve (máx.30 hs)	16.4
			5	
Viudo	9	4.2	Curso medio (30-90 hs)	11.3
			4	
Divorciado	28	13.1	Curso extenso (90 o más)	16.9
			6	
Unión libre	60	28.2		
Separado de hecho	1	0.5	Intereses formativos	%
			Ninguno o no sabe	26.8
			7	
Hijos a cargo			Primeros auxilios	8.5
			8	
Si	139	65.3	Técnicas de enfermería	29.6
			3	
No	74	34.7	Técnicas movilización PM	6.6
			4	
			Contención psicológica	9.9
			1	
Núcleo familiar			Form. Geriátr/gerontol	8.9
			9	
Vive solo	11	5.2	Otros	9.9
			1	
En pareja	26	12.2		

Solo con hijo	36	16.9
Con pareja e hijo	70	32.9
Con otro familiar	24	11.3
Con hijo y otro familiar	22	10.3
Otras configuraciones	24	11.3

Nota: n=213. PM: personas mayores

A nivel laboral (tabla 2), el promedio es de 8 años de experiencia en tareas de cuidados, con alta carga horaria de 48 o más horas semanales en el 78.4 % de los casos. Prevalcen las tareas de cuidado sociosanitario, en particular, actividades de higiene, confort y alimentación, todas con más de 85 % de menciones, por sobre las psicosociales, como estimulación cognitiva o motora, que en ningún caso supera el 15 %. El 73.7 % menciona que no existe ningún tipo de dificultad a nivel laboral para ejercer su tarea de forma eficaz. Del 26.3 % que responden que si hay dificultad podían marcar más de una opción de las tres disponibles, destacando que el 15.5 % plantean que las dificultades están en el vínculo con sus compañeros y el clima laboral, mientras que el 7.5 % y el 7 % mencionan la tarea de cuidado de las personas mayores y la gestión de materiales e insumos como principales dificultades.

El 68.5 % responde querer seguir vinculado a tareas de cuidado los próximos cinco años; pero, entre las personas mayores de 40 años, representan el 83.3 %, en cambio, entre menores de 40 años, este porcentaje cae al 55 %.

## Tabla 2.

### *Experiencia en cuidados y régimen laboral*

Trayectoria laboral en cuidados		%	Personas mayores cuidadas		
Menos de un año		12.2	Hasta cinco		
	6			1	9.2
Uno a cinco años		39.9	Hasta ocho		
	5			8	7.2
Cinco a diez años		23	Hasta diez		
	9			8	7.8
Más de diez años		24.9	Más de diez		
	3			6	5.7

Meses promedio	95 (98.8)	Total	13	00
Horas semanales trabajadas		Tipo de tarea (respuestas afirmativas)		
Diez a Veinte	0.5	Higiene y baño	95	1.5
Veinte a Treinta	6.1	Aseo habitación	35	3.4
Treinta a Cuarenta	8	Ayuda para alimentación	91	9.7
Mas de Cuarenta	85	Brindar medicación	50	0.4
Media Horas	47.9 (10.3)	Traslados	83	5.9
		Actividades recreativas	0	4.1
Persp. cuidados a 5 años		Apoyo psicoemocional	9	3.6
Si	68.5	Entrevistas con familiares	3	3.6
No	24.9			
No sabe	6.6	Dificultades para la tarea		
		Ninguna	57	3.7
		Cuidado del otro	6	.5
		Relación con el personal	3	5.5
		Gestión de centro	5	

Nota: n=213

Respecto a las habilidades de cuidado (tabla 3), un 32.2 % muestran altas habilidades globales de cuidado, mientras que un 67.8 % muestran bajo o medio nivel de habilidad.

Por subescala, en conocimiento, un 30.8 % muestran alto nivel de habilidad, en paciencia un 29.3 % y en valor un 31.3 %. En el entorno, el 70 % de la muestra da cuenta de un nivel de habilidad medio o bajo en todos los dominios evaluados.

Existe relación significativa entre tener hijos y un aumento de la habilidad, aunque sin significación estadística. Además, las personas mayores de 40 años, con más de 5 años de experiencia y quienes pretenden seguir trabajando en cuidados también poseen mayor nivel de HaC (tabla 4).

**Tabla 3.***Habilidades de cuidado: Puntos de corte y media por subescala y total*

Ptos de corte	Conocimiento	Paciencia	Valor	IHC total
Alta	≥88	≥ 62	≥82	≥227
%	30.8	29.3	31.3	32.2
N	64	61	65	67
Media	76- 87	53-61	71-81	200-226
%	39.4	40.4	34.1	37
N	82	84	71	77
Baja	≤75	≤52	≤70	≤199
%	29.8	30.3	34.6	30.8
N	62	63	72	64
Media de la escala	80.99	56.54	75.19	212.72
D.E	11.09	8.13	10.67	27.46

Nota: n=208

**Tabla 4.***Habilidad de cuidado y variables sociolaborales*

	HaC medio-baja		HaC alta	
	n	%	n	%
Edad				
Hasta 39 años	78	70.9	32	29.1
40 años o mas	63	64.3	35	35.7
CF con/sin hijos				
Sin hijos	57	78.1	16	21.9
Con hijos	84	62.2	51	37.8
Años de trabajo				
Menos de 5	76	70.4	32	29.6
Más de 5	65	65	35	35
Perspect. futuro a 5 años				
Si	91	64.1	51	35.9
No-no sabe	50	75.8	16	24.2
Totales	141	67.8	67	32.2

Nota: n=208. CF: cuidador/a formal

Respecto al síndrome de estrés laboral crónico, un 10.2 % de la muestra cumple con los criterios establecidos por Maslach et al. (1986) para determinar su presencia, es

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... decir que combinan altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal. Al analizar por subescalas (tabla 5), la media para la subescala agotamiento emocional es de 12.45 (D.E 10.39) puntos, para despersonalización de 4.59 (D.E 5.25) y para realización personal de 42.79 (D.E 6.23). El 29.8 % muestra altos niveles de agotamiento emocional, el 28.3 % niveles altos de despersonalización y un 41 % una percepción baja de realización personal con relación a la tarea.

**Tabla 5.**

*Inventario Burnout: Puntos de corte y porcentaje de CF de acuerdo con el percentil 33 y 66 por subescala*

Ptos de corte	Agot. Emoc.	Desp.	Realiz. pers.
Alto	≥16	≥ 7	48
%	29.8	28.3	30.2
N	61	58	62
Medio	15-7	6-1	43-47
%	35.1	36.1	28.8
N	72	74	59
Bajo	≤6	0	≤42
%	35.1	35.6	41
N	72	73	84
Media	12.45	4.59	42.79
D.E	10.39	5.25	6.23

*Nota:* n=205

Al aplicar el estadístico chi cuadrado, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables sociolaborales evaluadas y el síndrome, pero si se identifican algunas tendencias (tabla 6): las personas cuidadoras mayores de 40 años muestran mayor frecuencia de casos de ELC (12.4 %) en relación con los menores de 40 (8.3 %). Las personas cuidadoras con hijos muestran mayor frecuencia con el 12.7 %, con relación al grupo sin hijos, donde solo el 5.6 % lo tiene. Algo similar ocurre entre quienes tienen pareja de convivencia (11.7 %) y quienes no tienen pareja (9 %).

A nivel laboral, quienes tienen más de 10 personas mayores [PM] a cargo muestran mayor frecuencia del síndrome (12.2 %), con relación quienes tienen hasta 10 PM, 9.2 %. El trabajar más de 40 horas semanales aumenta el riesgo (10.9 %), comparado con quienes trabajan menos (6.7 %).

Quienes señalan que perciben dificultades, ya sea en el cuidado de la otra persona, en el relacionamiento con el personal o en la gestión de materiales, muestran una mayor prevalencia de ELC (14.8 %), comparado con quienes señalan que no hay ningún tipo de dificultad (8.6 %). Dentro de estas posibles dificultades, la relación con el personal es la que porcentualmente muestra mayor porcentaje de cuidadores formales CF con ELC (16.1 %).

Quienes proyectan trabajar en cuidados de aquí a 5 años, muestran menor presencia del síndrome (9.2 %) comparado con quienes no proyectan o no saben (12.5 %).

En la dimensión realización personal, se encontraron diferencias significativas con mejor percepción de realización en quienes llevan más de 5 años de experiencia laboral,  $\chi^2(1, N=213) = 19.854, p < .001$ . También, en el grupo de mayores de 40 años  $\chi^2(1, N=213) = 22.574, p < .001$ .

### Tabla 6.

#### *Variables sociolaborales y presencia de síndrome de estrés laboral crónico (ELC)*

Variables sociolaborales	Sin ELC		Con ELC	
	n	%	n	%
Menor de 40 años	99	91.7	9	8.3
40 o más años	85	87.6	12	12.4
Sin hijos	67	94.4	4	5.6
Con hijos	117	87.3	17	12.7
Con pareja de convivencia	91	88.3	12	11.7

Variables sociolaborales	Sin ELC		Con ELC	
Sin pareja de convivencia	93	91.2	9	8.8
Hasta 5 años en cuidado	96	89.7	11	10.3
Más de 5 años en cuidado	88	89.8	10	10.2
Hasta 10 PM a cargo	119	90.8	12	9.2
Más de 10 PM a cargo	65	87.8	9	12.2
Hasta 40 horas semanales	28	93.3	2	6.7
Más de 40 horas semanales	156	89.1	19	10.9
Percibe dificultad para realizar la tarea	46	85.2	8	14.8
No percibe dificultad para realizar la tarea	138	91.4	13	8.6
Si perspec. de futuro a 5 años	128	90.8	13	9.2
No o no sabe perspec. de futuro a 5 años	56	87.5	8	12.5
Totales	184	89.8	21	10.2

*Nota:* n= 205

Se encontró una relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 (2, N=202) = 8.654$ ,  $p < .05$  entre presencia de ELC y las HaC. Se evidencia mayor presencia de ELC entre quienes tienen nivel de habilidad baja, ya que el 20 % de este grupo muestran signos de burnout, en comparación con el 5.3 % que tienen nivel medio o el 7.6 % que teniendo altas HaC presentan burnout.

Al relacionar cada subescala del IHC con el Inventario de Burnout, se encuentra que hay una relación estadísticamente significativa,  $\chi^2 (2, N=202) = 9.895$ ,  $p < .01$ , entre ELC y bajo puntaje en la subescala de valor. Para las subescalas conocimiento y paciencia, sin tener significación estadística, hay clara tendencia a mayor presencia de ELC en el grupo que obtiene bajos valores en ambas subescalas.

## Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en el estudio reflejan respecto a las habilidades de cuidado un predominio del valor medio-bajo, niveles de estrés laboral crónico, cuyo

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... valor es similar a otros estudios latinoamericanos, y una relación directa entre menor HaC y presencia de ELC.

El nivel de HaC medio-bajo, tanto para el total como para sus tres dimensiones, es coincidente con una parte de la literatura al respecto; pero es importante recordar que se ha visto una gran diversidad de resultados en la literatura, en función de los criterios aplicados para clasificar a la muestra. La tendencia en la mayoría de los estudios revisados, como el de Criado Morales et al. (2014), Eterovic (2014), Eterovic et al. (2015), Ávila et al. (2010), Crespo (2011) o Berdejo y Parra (2008), y en el nuestro es que en donde más se repite un mayor porcentaje de baja habilidad es en la dimensión valor, que implica enfrentar el cuidado y lo nuevo de forma flexible al ejercer el rol. En el análisis por ítem, destaca la inseguridad de las personas cuidadoras para el ejercicio de la labor. Esto se evidencia en el ítem de menor media, que expresa “puedo dar libertad a quienes cuido sin temor de lo que pueda sucederles”, y como contrapartida en el de mayor media, que asume la necesidad de ampliar los aprendizajes.

Estos resultados pueden relacionarse con dos aspectos. Por un lado, la falta de formación evidenciada en este estudio tiene relación con la falta de criterios de contratación por parte de los ELEPEM, que jerarquicen la formación profesional de las personas cuidadoras. Esta falta de sustento técnico impide la resolución eficaz de las tareas, de allí la necesidad de mayores aprendizajes expresada por las personas cuidadoras. Por otro, el miedo a perder el control, vinculado a que los fallos pondrían en riesgo el empleo, conlleva el desarrollo de prácticas sobreprotectoras. Con esta actitud, se pierde la sensibilidad y capacidad de observación de quien recibe el cuidado, desde su integralidad, para poder ajustarse efectivamente a sus necesidades reales sin lesionar su libertad individual. La potencial desvalorización e invisibilización de los recursos del receptor del cuidado, configura así un factor potenciador de la dependencia.

En la dimensión paciencia, el 30.3 % obtuvo nivel bajo de habilidad, lo que es un indicador positivo de mayor habilidad comparado con lo obtenido por Criado Morales et al. (2014), Contreras et al. (2011) y Castro (2009), en cuyas muestras la valoración negativa ascendía a 51.9 %, 50 % y 79 %, respectivamente. En el análisis por ítem, se evidencia que las personas mayores generan en las personas cuidadoras aceptación y deseo de establecer un vínculo afectivo significativo, predominando una percepción de la persona mayor que los sitúa en la categoría de calidez desde lo relacional, pero incompetencia desde lo funcional. Como contrapartida surge que las habilidades para disponerse al aprendizaje y a la autoescucha se encuentran limitadas, lo que podría restringir una lectura crítica de las prácticas cotidianas.

Para la dimensión conocimiento, en nuestro estudio, un 29.8 % obtuvo baja habilidad, lo que también sería un indicador positivo si se lo compara con los estudios de Vega et al. (2008) con un 70 %, Castro (2009) con 76 % o Criado Morales et al. (2014) con 44.2 %. En el caso de Montalvo (2007), Barrera et al. (2006) los porcentajes de baja habilidad en conocimiento fueron similares a nuestro trabajo. Del análisis de los ítems, destaca que las personas cuidadoras se sienten más cómodas escuchando o buscando comprender a la otra persona que autoobservándose, visualizando o expresando su propia trayectoria de vida. Esto considerando que los ítems de la subescala con mayor grado de acuerdo fueron los que indicaban que las personas necesitan tiempo y privacidad para pensar y sentir y que están disponibles para la otra persona; pero, por otro lado, el ítem que indica la posibilidad de expresar sus opiniones o exponerse a la otra persona fue el de menor puntaje. En tal sentido, se hipotetiza que el bajo puntaje en lo que refiere a la expresión de opiniones alude a las limitaciones percibidas para hacerlo en el ámbito laboral, sea en relación con sus pares o sus jefes, asociado al temor por la pérdida del empleo. En cambio, esta situación varía cuando se trata del vínculo concreto con la persona mayor.

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...

Respecto a la presencia de estrés laboral crónico, los resultados obtenidos indican que el 10.2 % presenta la tríada propuesta por Maslach, similar a varios estudios en Latinoamérica, de acuerdo con lo planteado por Olivares y Gil-Monte (2009), quienes señalan que, según la metodología aplicada, los valores oscilan entre 10 y 43.2 %.

El porcentaje obtenido resulta superior al estudio de Olivares et al. (2009) en profesionales chilenos, el cual asciende a 6.9 %. Sin embargo, si se observan los puntajes directos obtenidos, se obtienen medias bajas en agotamiento emocional y despersonalización, así como altos en realización personal con respecto a otros estudios de cuidadores formales realizados. Esto daría cuenta de una baja prevalencia de ELC entre cuidadores, que oscilaría entre el 1 % y 6 %, aplicando los puntos de corte de estudios como el de Vázquez et al. (2013), Olivares et al. (2009) o el original de Maslach y Jackson (1981). De todos modos, el hecho de que a lo interno de nuestra muestra se obtenga que un 10.2 % tiene una combinación de niveles altos de agotamiento y despersonalización y bajos de realización personal, da cuenta de un importante riesgo de padecer o desarrollar el síndrome.

Para la muestra de nuestro estudio, el 64.9 % tendría nivel alto o medio de agotamiento emocional, el 64.4 % de despersonalización y el 69.8 % percepción baja o media de realización personal en relación con la tarea. Otros estudios, como el Alves (2015) en Portugal y Vázquez et al. (2013) obtuvieron menores niveles de agotamiento emocional con 51.9 % y 35 %, respectivamente; pero, también, menores niveles de realización personal con 88.6 % y 95 % para cada estudio. En despersonalización, es mayor el nivel con 82.3 % en Alves (2015) y menor en Vázquez et al. (2013) con 50 %.

A nivel laboral en el estudio de Hernández y Ehrenzweig (2008) y en el nuestro el trabajar más de 40 horas semanales aumenta el riesgo de burnout (10.9 %), comparado con quienes trabajan menos (6.7 %).

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...

El hecho de que quienes perciben dificultades laborales o de relacionamiento para ejercer la labor muestran mayor porcentaje de ELC (14.8 %) que quienes no las perciben (8.6%), en especial cuando el problema es en el relacionamiento con los compañeros, incluyendo mandos medios como supervisores, reafirman lo planteado en España por Méndez et al. (2011). En esta investigación, se señala que las relaciones laborales afectan los niveles de ELC, por lo que quienes no discuten con sus pares tienen niveles más bajos.

Porcentualmente, hay un descenso en los casos entre quienes proyectan seguir en cuidados (9.2 %), en relación con quienes no (12.5 %). Esto se vincula con lo planteado en España por Revuelta (2016) o en Portugal Cruz Barros (2013), quienes señalan que el encontrarle un sentido a la tarea y considerarla fuente de satisfacción personal correlaciona con un descenso de los niveles de sobrecarga y estrés laboral.

Al igual que en nuestro estudio, Carreño et al. (2016) en Colombia encontraron una relación estadísticamente significativa entre baja HaC y ELC y Díaz (2016) en Perú, halló relación significativa entre bajo dominio de la subescala valor y mayor ELC.

Cómo señalan Berdejo y Parra (2008) la alta HaC, que solo alcanzan el 32 % de nuestras personas encuestadas, permitiría lograr desarrollar un sentido de pertenencia en relación con la tarea y una fortaleza vincular en el binomio con la persona cuidada, generadora de mayor resistencia al estrés. Por lo anterior, se considera que la formación, sobre todo de las personas cuidadoras con menos recursos técnicos, trayectoria laboral y menos percepción vocacional de la tarea, es fundamental para mejorar ambas dimensiones.

Un factor que se identificó tiene un efecto positivo en las HaC, pero que resulta un factor de riesgo para el desarrollo de ELC es el tener hijos. La crianza de los hijos permite desarrollar habilidades asociadas a la escucha, una mayor sensibilidad para detectar las fortalezas y necesidades, paciencia, así como flexibilidad ante los cambios y

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... lo nuevo, todos aspectos que se evalúan en el IHC. Sin embargo, a la vez, genera una doble carga de trabajo, tanto objetivo como subjetivo, que aumenta el riesgo de ELC y que da cuenta de la doble carga de cuidados, remunerados y en el hogar, que aún continúan asumiendo las mujeres.

El otro factor común entre las escalas son los años de experiencia, ya que una mayor trayectoria laboral a la vez que aumenta significativamente las HaC, generan un mayor sentimiento de realización personal. Se hipotetiza que el grupo de cuidadores con más tiempo de trabajo visualizan la tarea como vocacional y encuentran una razón de ser en la misma, lo que aumenta la capacidad de gratificación al realizarla. Todo esto minimiza el riesgo de ELC.

Este estudio pretendió describir y analizar variables que influyen en la calidad del cuidado y en la salud psicofísica de personas cuidadoras formales contratadas por los ELEPEM. El acto de cuidar está atravesado por una multiplicidad de factores como son la personalidad, experiencia, las expectativas de logro, las recompensas, la disposición y el estado de ánimo, las creencias, los roles asumidos y las condiciones laborales que influyen en cómo se realiza la tarea.

Respecto a las habilidades de cuidado, centradas en este caso en las vinculares y de afrontamiento de la tarea desde la perspectiva de Nkongho, el bajo nivel general que se observa en un tercio de la población de la muestra da cuenta de un riesgo de desarrollar conductas de deshumanización y cosificación de la persona mayor, o de uno mismo aplicando procedimientos potencialmente perjudiciales para la salud y para la protección de los derechos, en la urgencia por resolver las situaciones cotidianas. El Inventario de Habilidades de Cuidado ha permitido visualizar que una mayoría de las personas cuidadoras muestran un interés genuino por el cuidado de la otra persona y que, de darse cambios en el dominio de competencias relacionales y técnicas, la

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... dinámica laboral y de distribución de tareas, es posible el despliegue de habilidades y mejora de la calidad de la atención.

Se destaca respecto al estrés laboral crónico que el 10.2 % de cuidadores presenta la tríada del síndrome, dentro de este grupo las personas cuidadoras menos calificadas y, en particular, las más jóvenes, quienes muestran mayor riesgo de desarrollarlo. Lo anterior, debido a poseen menos elementos técnicos y menos motivación para el cuidado de la otra persona, por lo que frente a situaciones de urgencia-emergencia o de pérdidas afectivas, que son frecuentes en los ELEPEM, carecen de las herramientas necesarias de resolución. Lo mismo aplica en relación con la falta de formación para enfrentar el desgaste psicológico asociado al contacto cotidiano con el dolor y la pérdida, que puede ir minando la resistencia de quien cuida.

Se considera, a partir de los resultados obtenidos que las personas cuidadoras de mayor edad y experiencia laboral realizan en su mayoría la tarea de forma vocacional y se sienten más competentes, aunque carezcan de capacitación académica, lo que explicaría la alta percepción de realización personal, a diferencia del grupo de menos de 40 años y con poca experiencia, que acceden al empleo frente a la falta de oportunidades en otras áreas o como un medio de vida, pero no como la primera elección laboral.

Combatir el estrés laboral crónico en quienes prestan cuidados de forma remunerada en el contexto de los ELEPEM requiere implementar estrategias que se enfoquen en mejorar la capacitación de la persona, las condiciones del contexto laboral y de las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta que las principales dificultades mencionadas se relacionan con el vínculo entre pares y la gestión, no tanto en relación con el cuidado directo de la persona mayor.

La formación podría oficializar como factor protector para evitar el estrés y humanizar los cuidados, previniendo la negligencia o maltrato institucional de acuerdo

López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ... con la enorme mayoría de los antecedentes revelados. Cuidar hábilmente es una práctica compleja que requiere de la combinación de recursos técnicos y relacionales, desde una perspectiva que priorice la atención centrada en la persona, fortaleciendo el vínculo a nivel del binomio para que este sea significativo. Implica interiorizar que las actividades o procedimientos no sean mecánicos, sino personales, que las decisiones cotidianas sean pertinentes y conforme al respeto de los derechos tanto del receptor como de quien presta los cuidados. Para lograr esto, es necesario aumentar los conocimientos y nivel de competencias blandas y duras en las personas cuidadoras contemplando aspectos gerontológicos y geriátricos, que como se explicitó son significativamente bajos, además, mejorando las condiciones y acceso a la capacitación para realizar la tarea. Este es un desafío del actual Sistema de Cuidados que de concretarse oficiará como factor protector para evitar el estrés laboral y humanizar los cuidados, previniendo la negligencia o maltrato institucional.

Finalmente, resulta clave desde la perspectiva de derechos, establecer mecanismos de detección oportuna de prácticas que puedan poner en riesgo la atención de la persona mayor o la salud física y mental de la persona cuidadora, buscando garantizar la dignidad en los cuidados, el respeto por la diversidad funcional y autonomía de la persona mayor, así como los derechos laborales del colectivo de personas cuidadoras formales contratadas por los ELEPEM; aspectos que será necesario profundizar y evaluar en futuros estudios.

Agradecimientos al Fondo Primitivo Techera de la Universidad Católica del Uruguay, a partir del cual se financió el trabajo de campo del estudio.

## Referencias

- Aguirre, R. (2013). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Editorial Sistema Nacional de Cuidados
- Alves, N. (2015). *Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas institucionalizadas*. [Agotamiento en cuidadores formales de personas institucionalizadas]. (Tesis de Maestría, Universidad de Coimbra). <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/32695>
- Ávila-Toscano, J., García-Cuadrado, J., y Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (1), 71-84. [www.redalyc.org/articulo.oa?id=80415077007](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80415077007)
- Barrera, L., Galvis, L., Moreno, CR., Pinto, N., Pinzón, R., Romero, G. y Sánchez, H. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm.* 24 (1), 36-46. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a04.pdf>
- Batthyány, K., Genta, N. y Perotta, V., (2013). *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género*. Naciones Unidas
- Berdejo, L., y Parra, A. (2008). *Nivel de habilidad del cuidado de los cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica* (Tesis de grado, Universidad Javeriana). <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9688/Tesis03.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Bermejo, J. (2005). *Inteligencia emocional*. 6ta Ed. Sal Terrae
- Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Ed. Desclée de Brouwer
- Blanca-Gutiérrez, J., Grande-Gascón, M.L. & Linares-Abal, M. (2013). Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las “díadas de intercambio”. *Aquichán* 13 (1), pp. 41-56. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2326>
- Carlin, M. (2014). *El síndrome de burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro*. Wanceulen Editorial. [https://www.researchgate.net/profile/Maicon\\_Carlin](https://www.researchgate.net/profile/Maicon_Carlin)
- Carreño, S., Barreto, R., Duran, M., Ortiz, V. y Romero, E. (2016). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista cubana de enfermería*, 32 (3):. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/951/186>

- López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...
- Castro, S. (2009). *Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardíaca clase funcional II y III en una institución de III nivel, Bogotá, 2009*. (Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana). <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9769/TESIS10.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Chacón, M. y Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14 (1), 67-78.  
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/867/1593>
- Contreras, A., Contreras, O., Díaz, M., Hernández, M., Muñoz, N., y Ricardo, M., (2011). Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. *Revista Cultura del cuidado enfermería*, 8 (1), 17-24.  
<http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/publicaciones/rvol812011.pdf>
- Crespo, O. (2011). *Comparación de la habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica discapacitante que cuidan a sus pacientes desde el momento de su diagnóstico y los que no*. (Tesis de Maestría, Universidad de la Sabana). <https://core.ac.uk/download/pdf/47067266.pdf>
- Criado Morales, M., Acosta Pinto, D., Arguello Carreño, F., Calderón Rondán, J., Gómez Rincón, M. y Tamayo Ramírez, M. (2014). Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares del municipio de San Gil. *Pedagógicos*, 7, 35-46.  
<http://ojs.unisangil.edu.co/index.php/revistaspedagogicos/article/view/222/252>
- Cruz Barros, A. (2013). *A síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. [El síndrome de burnout en cuidadores formales (auxiliares de acción directa) de ancianos institucionalizados] (tesis de maestría, Universidade da Beira Interior). <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1649>
- Decreto 356 de 2016. *Reglamentario/a de: Ley N° 19.355 de 19/12/2015 artículo 518 relativo a la regulación, habilitación y fiscalización en materia social, de los establecimientos para cuidados a personas mayores*. Diario oficial de la República Oriental del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>
- Díaz, M. (2016). *Habilidad de cuidado y carga del cuidador primario informal familiar de los pacientes con enfermedad crónica del "Programa familiar acompañante" del hospital Nivel II Vitarte- EsSalud 2015*. (Tesis de Maestría, Universidad Peruana Unión).  
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/843?show=full>
- Eterovic, C. (2014). *Habilidad de cuidado en cuidadoras/es informales, región de Magallanes, Chile*. (Tesis Doctoral, Universidad de Concepción).  
<http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/1692>

- López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...
- Eterovic, C., Mendoza, S., y Sáez, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería global*, 38, 235-248. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/198121/174111>
- Fernández Garrido, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos diferentes, España y Cuba*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). <http://roderic.uv.es/handle/10550/15670>
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una perspectiva histórica. En Varios Autores: *Quemarse en el trabajo, 11 perspectivas del burnout*, pp. 37-71. Egido Editorial
- Hernández, Z. y Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 127-142. [www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Mayores- Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo[INMAYORES-DINEM] (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Tradinco.
- Junta Nacional de Cuidados (2015). *Plan nacional de cuidados 2016-2020*. [https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020\\_0.pdf](https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf)
- Kovacs, M. (2014). Cuidando do cuidador profissionar: o sofrimento do equipo de saúde no contexto hospitalar. [Cuidando al cuidador profesional: el sufrimiento del equipo de salud en el contexto hospitalario]. En Pessini, L., Bertachini, L. & Barchifontaine, CH. (Orgs.). *Bioética, cuidado e humanizacao*. Volume II. P. 247-264. Loyola
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Colección estudios: serie dependencia. España: IMSERSO
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), pp. 37-43. Recuperado de: [www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)
- Maslach, C., & Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. [Burnout en entornos organizacionales]. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153. <http://psycnet.apa.org/record/1985-24012-001>
- Maslach, Ch., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. [La medición de la experiencia del burnout]. *Journal of organizational behavior*. 2 (2), 99-113. DOI: 10.1002/job.4030020205

- López Gómez, A. Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del ...
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. & Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 1 (2), 61-70. [www.ejihpe.es](http://www.ejihpe.es)
- Montalvo, A. (2007). Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Av. Enferm.*, 25 (2), 90-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a09.pdf>
- Nkongho, N. (2003). The Caring ability Inventory. [El inventario de habilidades de cuidado] En Strickland, O. & Dilorio, C. (eds). *Measurement of nursing outcomes. Volume 3: self-care and coping* [La medición en enfermería. Volumen 3: autocuidado y afrontamiento]. 2da ed., pp. 184- 198. Springer Publishing Company
- Olivares V. y Gil-Monte P. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc. Trab.* 11 (31), 160-167. [http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009\\_Olivares\\_y\\_Gil-Monte.pdf](http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2009_Olivares_y_Gil-Monte.pdf)
- Olivares, V. E., Mena, L., Jélvez, C. y Macía, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13 (1), 145-159. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
- Organización Mundial de la Salud [OMS].(2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. [www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873\\_spa.pdf](http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf)
- Revuelta, (2016). *Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes*. Universidad Pontificia ICAI ICADE Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>
- Saborio, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina legal de Costa Rica*, 32 (1), 1-6.: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100014](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014)
- Sandrín, L. (2005). *Ayudar sin quemarse*. San Pablo
- Vázquez-García, C. Esperón, R. y González-Losa, M. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *Revista de Investigación Clínica*, 65 (6), 510-514. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn136g.pdf>
- Vega, O., Mendoza, M., Ureña, M. y Villamil, W. (2008). Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5 (1), 5-19. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884811.pdf>

## (IN)SATISFACCIÓN DE NECESIDADES HUMANAS DE PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

### (DIS)SATISFACTION OF HUMAN NEEDS OF OLDER ADULTS DURING THE COVID – 19 PANDEMIC

Carlos Vicente Rodríguez Martínez<sup>1</sup>, Rosalie Carasa Alvarez<sup>2</sup>

Recibido:13-03-2021 Corregido:08-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### RESUMEN

El artículo responde a una investigación descriptiva-analítica sobre las necesidades humanas y calidad de vida de personas mayores en el contexto pandémico de la COVID-19. Se tomaron las definiciones y elaboraciones teóricas provenientes fundamentalmente de las ciencias sociales. El objetivo del estudio es analizar la (in)satisfacción de las necesidades como expresión de la calidad de vida de un grupo de personas mayores en La Habana, Cuba, durante el contexto pandémico de la COVID-19. Desde una perspectiva metodológica mixta, (cuantitativa-cualitativa) se pudo dar respuesta a la problemática de investigación. Las técnicas de investigación empleadas fueron la entrevista y el cuestionario, aplicadas a una muestra de personas mayores residentes en La Habana, segunda provincia más envejecida de Cuba. Entre los resultados más importantes, se corroboró que la calidad de vida de este grupo etario ha empeorado a raíz de la insatisfacción de notables necesidades humanas durante el contexto pandémico y de la implementación de la tarea ordenamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Personas adultas mayores, calidad de vida, COVID–19, Cuba, necesidades humanas

#### ABSTRACT

The article responds to a descriptive – analytical research on human needs and quality of life of older adults in the pandemic context of COVID-19. The definitions and theoretical elaborations coming mainly from the social sciences were taken. The objective of the study is to analyze the (dis)satisfaction of needs as an expression of the quality of life of a group of older adults in Havana, Cuba, during the pandemic context of COVID - 19. From a mixed methodological perspective (quantitative-qualitative) it was possible to respond to the research problem. The research techniques used were the interview and the questionnaire, applied to a sample of older adults residing in Havana, the second oldest province in Cuba. Among the most important results, it was corroborated that the quality of life of this age group has worsened as a result of the dissatisfaction of notable human needs during the pandemic context and the implementation of the Tarea Ordenamiento.

**KEY WORDS:** Older adults, quality of life, COVID - 19, Cuba, human needs

---

<sup>1</sup>Licenciado en Sociología, Universidad de La Habana, Cuba. Especialista del Departamento de Investigaciones y Docencia, Centro de Educación Sexual (CENESEX), Cuba. Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7852-6780> E-mail: [carlosvicenterm@gmail.com](mailto:carlosvicenterm@gmail.com)

<sup>2</sup>Licenciada en Comunicación Social, Universidad de La Habana. Investigadora independiente. Habana, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9785-5926> E-mail: [rcarasaalvarez@gmail.com](mailto:rcarasaalvarez@gmail.com)



## Introducción

El tema de las necesidades humanas y su relación directa con la calidad de vida es un tema ampliamente abordado por diferentes disciplinas científicas como la economía, la sociología, la medicina, la psicología, entre otras. En las últimas décadas, el estudio de este fenómeno se ha enfocado principalmente en los crecientes grupos de personas mayores, grupo etario en situación de vulnerabilidad en la población mundial y, más aún, en un contexto pandémico desde hace más de un año y de implementación en el país de la tarea ordenamiento.

Los primeros casos de COVID-19 en Cuba se confirmaron el 11 de marzo de 2020, mismo día en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente esta enfermedad como una nueva pandemia (Beldarraín et al., 2020). A partir de ese momento, se tomaron medidas de aislamiento social como principal acción para evitar la propagación del coronavirus de tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). Además, se comienza una labor intensa en la protección a personas con mayores riesgos, como lo son las personas adultas mayores. El aislamiento social, como medida para evitar el contagio, combinado con períodos de cuarentena restrictiva y toques de queda, se han desarrollado aproximadamente desde finales de marzo de 2020, repercutiendo en la calidad de vida de las personas adultas mayores, en tanto han visto limitadas sus actividades cotidianas.

Por otra parte, el proceso de implementación de la tarea ordenamiento cambiario y monetario, iniciado el 1 de enero de 2021, tuvo como objetivo la unificación monetaria y cambiaria, la eliminación de los subsidios excesivos y gratuidades indebidas, así como la transformación de los ingresos. La evaluación sobre el impacto que ha tenido es, en gran medida, negativa debido a una falta de correspondencia entre el incremento salarial

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... y el aumento de precios unido al deterioro y empobrecimiento de las condiciones materiales que caracterizan la vida de las personas.

El presente artículo responde a una investigación sobre el tema de la (in)satisfacción de necesidades humanas como evidencia de la calidad de vida de un grupo de personas mayores, durante la pandemia de la COVID-19 en La Habana, capital de Cuba. Para ello, se tomó las definiciones y elaboraciones teóricas provenientes fundamentalmente de las ciencias sociales, a través de la literatura que se ha producido.

El objetivo general del estudio es analizar la (in)satisfacción de las necesidades como expresión de la calidad de vida de un grupo de personas mayores residentes en La Habana, durante el contexto pandémico de la COVID-19. Para cumplir con el mismo, se partió de una perspectiva de investigación mixta (cualitativa y cuantitativa), la selección de una muestra no probabilística con determinados criterios de intencionalidad, que se explican en el apartado metodológico del artículo, y la aplicación de las técnicas de entrevista y cuestionario para recopilar información sobre la problemática, proceder al análisis de los resultados y presentar conclusiones finales.

## **Acercamiento Teórico A Las Necesidades Humanas**

El estudio de las necesidades, en tanto corriente teórica multidisciplinar, tiene sus orígenes en la formulación de las teorías sociales modernas asociadas al desarrollo. El nacimiento de la sociología, la psicología y otras áreas del conocimiento científico se da en un contexto de desarrollo de la sociedad capitalista industrial, que facilitó el surgimiento de estos diversos enfoques para analizar las necesidades de las personas.

Desde un enfoque fisiológico, las necesidades se relacionan con la privación de determinadas condiciones y componentes básicos para vivir, los cuales suelen expresarse como una sensación que, generalmente, determinan los hábitos y comportamientos de las personas: sed, sueño, hambre, enfermedad. Es decir, constituyen aquellos estímulos indispensables y la manifestación objetiva de estas

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... necesidades: aquellas ausencias o excesos que son pertinentes aliviar, de lo contrario puede provocar daños irreversibles a la vida de las personas (Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales, 2011).

Desde una perspectiva social, el concepto de necesidad se define a partir de dos enfoques teóricos principales. Dentro de las teorías motivacionales, donde el comportamiento de los individuos se explica mediante el proceso que llevan a cabo para satisfacer sus necesidades, se coloca la teoría funcionalista del destacado antropólogo Malinowski (1984), quien subraya que las sociedades funcionan con el objetivo de satisfacer todas las necesidades humanas. En su teoría de las necesidades básicas, señala 5 aspectos importantes: crecimiento, protección, parentesco, abrigo e higiene. Estos están integrados en las distintas facetas del ser humano que propone; a saber, biológica, psicológica, espiritual, material y cultural.

Por otra parte, están las teorías de los sistemas sociales, en las que se destaca el sociólogo funcionalista Talcott Parsons. Este autor considera que todo sistema social presenta cuatro imperativos o necesidades funcionales indispensables para la supervivencia del sistema y propone el esquema AGIL: 1. la adaptación (A), asociada a la satisfacción de exigencias externas (necesidades económicas); 2. las metas o *goals* (G), que deben ser definidas y alcanzadas fundamentalmente (necesidades psicológicas); 3. la integración (I), como regulación necesaria de las interrelaciones sociales (necesidades sociales), y 4. la latencia (L) asociada a las pautas culturales que proponen, mantienen y renuevan las motivaciones en el sistema (necesidades culturales) (Parsons, 1982).

Desde una visión psicológica, la necesidad se define como el sentimiento relacionado con la ausencia, estrechamente relacionado con el proceso de eliminar esa falta para satisfacer esa necesidad y, por ende, modificar positivamente esa condición de carencia y generar bienestar subjetivo en la persona (Mella et al., 2004).

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...

Desde el punto de vista económico, el concepto de necesidad parte de una concepción subjetiva y se relaciona con el deseo y la voluntad humana de tener determinados recursos capaces de satisfacer ciertas carencias, expresadas en sensaciones desagradables, o de la tenencia de estos recursos para asegurar o mejorar situaciones favorables, de modo tal que se generen sensaciones agradables y, por consiguiente, un determinado estado de bienestar en la vida de las personas (Rojo-Pérez y Fernández-Mayorales, 2011).

Max Neef et al.(1986) ofrecen una perspectiva de análisis de las necesidades humanas sobre la base de la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza, de tal modo se sustenta el desarrollo a escala humana. En este análisis, explican que la calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales.

Max Neef et al. (1986) clasifican las necesidades humanas en dos categorías: 1. las categorías existenciales donde están las necesidades del ser, tener, hacer y estar, y 2. Las categorías axiológicas relacionadas con las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. En relación con estas, Max Neef et al. (2010) definen los satisfactores como todos aquellos bienes económicos y no económicos empleados para la complacencia de las necesidades humanas, los cuales están condicionados por el contexto histórico y sociocultural imperante.

Precisan que “lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades” (Max Neef et al., 2010, p. 17). Esto se traduce a que las necesidades son las mismas a través del tiempo y las culturas, sin embargo, los mecanismos de satisfacción caducan y se reemplazan por otros más actualizados o en coherencia con el momento sociohistórico en que se demandan.

## **Las Necesidades Humanas En La Teoría Sociológica Clásica Y Contemporánea**

La conceptualización de necesidad ha tenido un amplio recorrido desde la teoría sociológica decimonónica. En los inicios de la disciplina, contexto de desarrollo de la industrialización, teóricos como Durkheim, Weber, Marx y otros aportan concepciones sobre lo que significa necesidad. La perspectiva marxista se dirige principalmente a los conceptos de escasez o carencia y se define como la ausencia de determinados bienes o recursos para cubrir esa falta y superarla para que las personas puedan continuar desarrollando su vida individual.

Marx señala la existencia de impulsos constantes, como el hambre y las necesidades sexuales, las cuales transforman su expresión de acuerdo con el contexto sociocultural en que se desarrollen, y los impulsos relativos que se derivan de la estructura social, las desigualdades asociadas a esta y de las condiciones de producción. Los análisis marxistas sobre necesidad se adentran en una discusión sobre el carácter universal y lo subjetivo de las necesidades humanas en un contexto capitalista de producción y reproducción social (Ballester Brage y Colom Cañellas, 2018).

Marx parte de la existencia de los seres humanos en relación con las condiciones naturales que lo rodean y señala que el estudio debe partir de fundamentos naturales y del cambio que se desarrolla por la acción humana a través de los años. A partir de este análisis, se caracteriza al ser humano como un ser material con determinadas necesidades (Marx, 1962).

Desde las teorías y aproximaciones sobre el tema de la anomia, Emile Durkheim describe que los deseos de los seres humanos nunca se satisfacen y que solo una forma de control o autoridad moral puede frenar el carácter ilimitado de las necesidades humanas (Durkheim, 1998). En su conceptualización de hechos sociales como modos

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... de actuar, de pensar y de sentir, insiste en el carácter externo de los mismos respecto a la persona, lo cual destaca las características básicas que definen a dichos hechos, la exterioridad, la coerción y la colectividad (Durkheim, 1997). De este modo, establece una aproximación conceptual de necesidad y deseo como hechos sociales y los establece como aquello que el contexto les impone a las personas; esos deseos y necesidades ilimitadas las define como un comportamiento anómico o desviado de los parámetros normativos y morales del comportamiento humano.

Por otra parte, Georg Simmel se posiciona en contra de entender la pobreza a través de la cantidad o ausencia de dinero, y puntualiza que los pobres lo son de acuerdo con los niveles de vida de su comunidad, asumiendo una perspectiva relativista de la pobreza entendida como ausencia parcial o total de las necesidades humanas básicas (Simmel, 1977). En otra postura, Max Weber destaca que las ideas, subjetividades y motivaciones de las personas funcionan como catalizador del cambio social y, además, asegura que las personas disponen de capacidades para actuar libremente y construir su vida futura (Weber, 1994).

En un contexto de revolución tecnológica y desarrollo de las críticas al estado de bienestar en el siglo XX, comienzan a aumentar los estudios sobre la evolución e incremento de las necesidades humanas, por lo cual surgen nuevas corrientes de pensamiento y discusión sobre el tema. En un primer momento, determinados autores rescatan la obra marxista y actualizan los conceptos y problemas elaborados por Marx y Engels en sus obras. Entre estos teóricos se encuentra Herbert Marcuse de la Escuela Crítica de Frankfurt, quien desarrolla una tipología de necesidades humanas: reales (aquellas necesidades asociadas a las condiciones básicas de vida del ser humano como comer, dormir, vestir, etc.) y ficticias (aquellas necesidades relacionadas con lo que la sociedad le genera a la persona como el establecimiento de relaciones sociales, acceder a un determinado status social, etc.). Respecto a esto, el autor expresa:

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...

Se puede distinguir entre necesidades verdaderas y falsas. «Falsas» son aquellas que intereses sociales particulares imponen al individuo para su represión: las necesidades que perpetúan el esfuerzo, la agresividad, la miseria y la injusticia. (...) La mayor parte de las necesidades predominantes de descansar, divertirse, comportarse y consumir de acuerdo con los anuncios, de amar y odiar lo que otros odian y aman, pertenece a esta categoría de falsas necesidades. (...) Las únicas necesidades que pueden inequívocamente reclamar satisfacción son las vitales: alimento, vestido y habitación en el nivel de cultura que esté al alcance. (Marcuse, 1993, p. 35)

Otros autores como Gough y Doyal (1986) se inclinan por la vertiente objetiva y universal de las necesidades, señalando como necesidades básicas la salud y la autonomía. En su obra, sentencian que la única manera de valorar la calidad de los servicios sociales es de acuerdo con la capacidad que presentan para la satisfacción de necesidades sociales e individuales.

Otra corriente teórica es el estructural-funcionalismo que señala a la sociedad como un sistema complejo, cuyas diferentes partes funcionan conjuntamente para generar estabilidad. Este enfoque reconoce que las necesidades humanas motivan las acciones organizadas y crean instituciones que ayudan a satisfacer las necesidades de las personas. A medida que las necesidades se vuelven más complejas, se desarrollan en las estructuras sociales complejas (Girola, 2010).

Otras corrientes del pensamiento sociológico que abordan la temática de las necesidades humanas son la fenomenología y la etnometodología. La fenomenología sociológica intenta describir los fenómenos en sí mismos, definiendo dichos fenómenos como hechos significantes. Entre los autores más importantes de este enfoque se encuentran Alfred Schütz, Peter L. Berger y Thomas Luckman. Por otra parte, la etnometodología se entiende como el estudio sociológico del proceso de construcción

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... social, siendo los representantes más destacados Harold Garfinkel y Erving Goffman. En la fenomenología, las necesidades humanas se definen como construcciones sociales (subjetivas y dinámicas), las cuales se conforman en las interacciones de la vida cotidiana, dependiendo del entorno en una estructura sociocultural determinada (Berger y Luckman, 2001). El lenguaje y las discusiones grupales son formas en que se manifiestan las necesidades en la perspectiva etnometodológica (Garfinkel, 2006).

En la contemporaneidad, respecto al concepto de necesidades humanas, cabe destacar autores como Agnes Heller y Jurgen Habermas. Heller, muy influenciada por el marxismo y el interaccionismo simbólico, en su obra señala que “las necesidades humanas están determinadas históricamente, ellas mismas no pueden proporcionar los criterios objetivos para dividir las necesidades mediante las categorías de «reales» o «imaginarias»” (Heller, 1996, p. 60). En este sentido, arremete críticamente con posicionamientos teóricos de la teoría de Marcuse y su tipología de las necesidades *falsas y reales*.

Además, respecto al proceso de satisfacción propiamente de las necesidades humanas argumenta que “la estructura de poder permite sólo la satisfacción de aquellas necesidades que interpreta como reales. No produce satisfacción de ninguna otra necesidad y oprime toda aspiración a ellas encaminada” (Heller, 1996, p. 60). Esto es un aspecto importante dentro del análisis desarrollado por Agnes Heller, debido a que explica la imposición del Estado y sus instituciones, sobre cuáles son las necesidades reales de la sociedad, estableciendo límites en qué es una necesidad y qué no lo es, implantándose la denominada *dictadura sobre las necesidades*.

En relación con lo señalado anteriormente, la autora defiende la necesidad de reconocer que “siempre hay más necesidades en las sociedades dinámicas actuales de las que pueden ser satisfechas por la sociedad en las condiciones presentes” (Heller, 1996, p. 61). Además, “aquello de lo que los individuos tienen conciencia de que es su

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... necesidad, es realmente su necesidad. Es real, ha de ser reconocida, ha de ser satisfecha” (Heller, 1996, p. 68). Su postura va más allá de una elaboración conceptual de necesidad humana, sino que despliega una defensa de reconocimiento libre de las carencias o necesidades de las personas en su desarrollo.

Mientras que Habermas (1992), representante de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt, plantea que estar por debajo de ciertas normas de bienestar es otro modo de expresar que las necesidades no son más que normas sociales expresadas individualmente. Esto significa que los criterios para valorar las necesidades tienen que ver con las normas sociales. De esta manera, expresa que la satisfacción de una necesidad está vinculada a una estructura simbólica y a las normas establecidas en un plano sociocultural.

## **Aproximaciones Generales A La Calidad De Vida**

Para la Organización Mundial de la Salud (2015), la calidad de vida es la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en un contexto sociocultural de vida relacionado con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Como concepto, es muy amplio y está influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su ambiente. Está estrechamente vinculado a la concepción del bienestar y la satisfacción de las necesidades humanas.

Desde la teoría social, el bienestar se ha identificado al desarrollo económico, la riqueza familiar o individual, las condiciones o el nivel de vida, estado de salud mental y físico, la esperanza de vida, la calidad y cantidad de los servicios sociales (salud, alimentación electricidad, agua potable, etc.), los ingresos, la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada *felicidad*; elementos todos que

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar (Martínez, 2000).

Algunos estudiosos de la calidad de vida conciben la importancia de la valoración subjetiva del fenómeno. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas adultas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que provocan sobre determinadas condiciones de vida. El concepto calidad de vida es relativo, al igual que otros como felicidad y bienestar. Está claro que existen determinadas condiciones que influyen en estos aspectos (físicas, psíquicas, sociales, espirituales, culturales, políticas, etc.) y que están muy relacionados con la valoración que la persona haga sobre sí misma. Por lo tanto, la calidad de vida corresponde tanto al ámbito de la subjetividad como al contexto objetivo en que se desarrollan las personas (Puig et al., 2011).

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes ciencias. En el plano social, se relaciona con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas satisfechas, además disfrutar de una buena salud física-mental y de relaciones sociales satisfactorias.

Además, la calidad de vida presenta una dimensión social y económica, debido a que la vida de las personas necesita de determinadas condiciones socioeconómicas, por ser estas fundamentales para su desarrollo y para poder satisfacer sus carencias de tipo material. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones materiales de vida, estas son fundamentales para el bienestar de la persona (Rubio et al., 2015).

Según Rojo-Pérez et al. (2011), la armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos psicológicos importantes vinculados a la forma de vida y a las circunstancias en que estas se desarrollan. Asimismo, tienen que ver con el modo de vida de las personas. En cierta medida, los factores sociales y personales relacionados con el nivel de vida son los que determinan la calidad de vida de las personas y

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... mejorarán en la medida que funcionen y se integren como un todo. La salud y la satisfacción de las necesidades humanas requeridas desempeñan un rol muy significativo para lograr una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida.

## **Envejecimiento Demográfico: Consideraciones Generales En Cuba**

El envejecimiento constituye un proceso biológico que se produce entre personas sanas, bien alimentadas, a salvo de muertes violentas y de enfermedades graves. Es muy diverso y cambiante el modo en que las sociedades tratan a las personas en función de su edad, de manera que el envejecimiento biológico reviste consecuencias y significaciones sociales muy distintas de acuerdo con dimensiones espacio-temporales diferentes (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Existen diversas aproximaciones al concepto de adulto mayor; sin embargo, en el presente estudio se reconoce que son personas de la tercera edad o que viven la última etapa del ciclo vital (vejez) con 60 años o más.

Debido al incremento de la esperanza de vida, el descenso de las tasas de fecundidad, las migraciones y el desarrollo de una cultura del bienestar integral de los infantes, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando vertiginosamente respecto a cualquier otro grupo etario en casi todo el mundo. El envejecimiento demográfico constituye una conquista de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico alcanzado; pero, también, es un desafío para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2015).

En Cuba, las ciencias sociales están tomando conciencia de la significación del envejecimiento demográfico, de la calidad de vida de las personas adultas mayores y de las diferentes acciones (in)formales para brindar bienestar a este grupo etario. Lo anteriormente señalado, se evidencia en la mayoría de las investigaciones desarrolladas por grupos de economistas, demógrafos, sociólogos y psicólogos de centros que se

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... dedican a los estudios sobre este tema, entre los que podemos mencionar el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (CEDEM), el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), el Departamento de Sociología y la Cátedra del Adulto Mayor de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, entre otros.

Hace pocos años, el actual vicejefe de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información, Juan Carlos Alfonso Fraga, en conferencia magistral impartida como director del CEPDE para dar inicio al VI Taller EduMayores 2017, explicó las razones por las cuales Cuba es un país envejecido. Este investigador plantea que entre las causas principales está el alto desarrollo humano con resultados significativos en salud y educación, (de)crecimientos poblacionales muy bajos: bajos niveles de fecundidad y bajos niveles de mortalidad (baja mortalidad infantil y elevada esperanza de vida), la migración externa con saldo negativo, la población en proceso creciente de envejecimiento y cambios en tamaño y funcionamiento de las familias.

Por último, en relación con el proceso de envejecimiento demográfico cubano, el Ministerio de Salud Pública de Cuba (2021) declara que el 21.3 % de la población tiene más de 60 años y, específicamente, la ciudad en que se desarrolla la presente investigación, La Habana, es la segunda provincia más envejecida del país con un total de 467 473 personas con 60 años o más, las cuales representan un 21.9 % de la población total. Dentro de este grupo de personas mayores habaneras, 195 337 son hombres (19.2 %) y 272 136 mujeres (24.4 %) (Oficina Nacional de Estadísticas e Información, 2020).

## **Necesidades Humanas-Calidad De Vida De Personas Mayor: Consecuencias De La COVID-19**

La pandemia de la COVID-19 ha impactado drásticamente sobre las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad, tanto en cuestiones de salud como por razones sociales, económicas, psicológicas o por otras circunstancias. Todos estos son efectos colaterales que deberían ser estudiados. Dichos colectivos en situación de vulnerabilidad son niños y niñas, personas adultas mayores, mujeres, personas enfermas o con discapacidad, en estado de exclusión social, entre otros. La distancia física y social puede convertirse en aislamiento para todas las personas, generando agravación en los problemas existentes y a otros añadidos (Salido, 2020).

Las personas adultas mayores presentan una mayor susceptibilidad a infectarse, característica propia de la edad, en la cual la inmunidad humana muestra un debilitamiento con los años. A esto, se asocian otras comorbilidades que traen como consecuencia que la persona tenga un mayor proceso de infección, por lo que se considera un grupo etario en situación de vulnerabilidad.

El análisis de la (in)satisfacción de necesidades humanas en las personas mayores es de vital importancia para la evaluación de las condiciones socioeconómicas, físicas y psicológicas en que se desarrolla este grupo etario y, por consiguiente, de su calidad de vida en el actual contexto de la COVID-19, tanto en Cuba como en cualquier país del mundo. Además, el estudio permite desarrollar capacidades para el futuro diseño y aplicación de políticas sociales, que reporten beneficios y garanticen el bienestar óptimo para este sector poblacional en situación de vulnerabilidad ante esta nueva enfermedad, así como las consecuencias que genera en el entorno de desenvolvimiento de las personas adultas. Al respecto, Rojas Soriano (2020) plantea:

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...

Si bien es cierto que todos los individuos estamos propensos a contagiarnos por el virus SARS-CoV-2, la manera como se enfrenta la enfermedad y la posibilidad o no de restablecer y/o mejorar la calidad de vida (después de que pase la tercera fase de la pandemia) depende de las condiciones de vida y de trabajo de los individuos, las cuales son diferentes según los diversos grupos sociales (p. 4).

Por esto, entender la calidad de vida en la tercera edad, a través del proceso de (in)satisfacción de necesidades humanas, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa de la vida, en la cual la persona se enfrenta tanto al envejecimiento cronológico como funcional, que está asociado a la pérdida gradual de capacidades físicas, mentales y sociales para el desarrollo de la vida cotidiana. Además, es muy importante tener en cuenta el contexto en que se desarrollan estos procesos, debido a que la pandemia de la COVID-19 y la crisis socioeconómica que ha generado en los últimos tiempos han cambiado las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

## **Contexto Nacional: Implementación De La Tarea Ordenamiento Cambiario Y Monetario**

Aparejado a la situación pandémica mundial y sus repercusiones en Cuba, también resulta pertinente valorar el impacto directo de la implementación de la tarea ordenamiento cambiario y monetario en la satisfacción de las necesidades y calidad de vida de las personas adultas mayores en el contexto nacional. Este proceso iniciado el 1 de enero de 2021 incluyó la unificación monetaria y cambiaria, la eliminación de los subsidios excesivos y gratuidades indebidas, así como la transformación de los ingresos.

En medio de un entorno de crisis mundial generado por la pandemia de la COVID-19, se llevó a cabo la tarea ordenamiento que trajo como consecuencia para la economía cubana la devaluación del peso cubano (moneda nacional) frente al dólar, la

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... subida de los costos y aumento de los precios, conllevando a una importante inflación y disminución del poder adquisitivo de la población cubana. Con la moneda nacional devaluada y el desabastecimiento en gran parte de las redes comerciales, se ha hecho difícil la adquisición de bienes y de servicios de primera necesidad. En cambio, los establecimientos en Monedas Librementemente Convertibles (MLC) se encuentran mejor abastecidos con productos de primera necesidad, pero su acceso ha significado una brecha de inequidad y disparidad. Esto ha afectado a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, debido a que la mayor parte de las pensiones, que estaban fijadas entre 280 y 500 pesos, quedaron por debajo del salario mínimo, entre 1528 y 1733 pesos, mientras que a las personas pensionadas con ingresos superiores a 500 pesos se les fijó un valor de 1528 más el valor que anteriormente cobraban. En la reforma se consideró una canasta básica de bienes y servicios (conjunto de productos de primera necesidad: alimentos, artículos de higiene y aseo personal, regulados y distribuidos equitativamente a la población cubana, los cuales son asignados mensualmente a cada persona ciudadana, a través de una libreta de abastecimiento) valorada en 1528 pesos, que sería el equivalente de la pensión mínima (Parrondo, 2021). También, se han incrementado los precios de los servicios sociales que reciben las personas adultas mayores, a través del Sistema de Atención a la Familia (SAF), concebido para complementar la alimentación de personas adultas mayores, derivados del inicio de la tarea ordenamiento. Un caso emblemático ha sido el de los comedores sociales, donde muchos de las personas beneficiarias han tenido que dejar de usar el servicio por no poder costearlo. Esto se traduce en una pérdida del poder adquisitivo, así como un encarecimiento exponencial de productos y servicios antes subsidiados para este grupo social en situación de vulnerabilidad.



## **Metodología, Resultados y Discusión**

La muestra seleccionada incluye 20 personas adultas mayores con edades comprendidas entre 60 y 89 años, de ambos sexos. Se les aplicó una entrevista y un cuestionario con el objetivo de recopilar información sobre la (in)satisfacción de las necesidades de este grupo etario como expresión de su calidad de vida, durante el período de aislamiento social cubano en el contexto pandémico de la COVID-19 y la implementación del proceso de reordenamiento monetario y cambiario. Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico con criterios de intencionalidad; es decir, se realizó una selección consciente y no aleatoria de los sujetos de la muestra. “En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Hernández Sampieri et al., 2010, p. 176).

Entre los criterios de selección, se estableció el grupo etario de personas adultas mayores por ser la población en mayor situación de vulnerabilidad en medio de la pandemia de la COVID-19. Además, otro criterio fue el lugar de residencia, pues las personas adultas mayores que participaron de la investigación residen en diversos municipios de La Habana con mayores índices de envejecimiento demográfico. Asimismo, se determinó la selección de personas adultas mayores no institucionalizadas. Esta investigación sigue un diseño de campo, de tipo descriptivo-analítica, pues especifica propiedades, características y rasgos importantes de la calidad de vida de las personas adultas mayores, a través de la (in)satisfacción de sus necesidades en el contexto de la pandemia de la COVID-9 y de la tarea ordenamiento. Los estudios descriptivos buscan caracterizar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Registran,

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de los fenómenos a investigar (Batthyány y Cabrera, 2011).

Resultó más pertinente el empleo de una metodología mixta, la cual permite dar respuesta al problema de investigación desde diversas aristas y niveles de análisis. Para Hernández Sampieri et al. (2010), la metodología mixta (cuantitativa-cualitativa) analiza las unidades de estudio con el propósito de lograr un conocimiento intensivo, profundo y detallado del fenómeno a investigar, de manera que puede generalizarse a otras situaciones donde la problemática está presente. La combinación de métodos cuantitativos, como el cuestionario, y cualitativos, como entrevistas, se complementaron para enriquecer la investigación.

## **Caracterización Social De Personas Mayores Habaneras De La Muestra**

El grupo de personas adultas mayores que conforma la muestra es de 20 personas, las cuales se ubicaron en tres grupos de edades: de 60 a 69 años representado por 10 personas mayores (50 %), de 70 a 79 años por 7 (35 %) y de 80 a 89 años por 3, quienes representan una minoría muestral (15 %). Del grupo total, existe una representación tanto femenina (60 %) como masculina (40 %).

Entre los datos sociodemográficos identificados, uno importante es el color de la piel. La muestra está conformada mayoritariamente por personas de tez blanca (70 %), seguidos por una minoría de mestizos (20 %) y personas negras (10 %). Además, el nivel de escolaridad de las 20 personas mayores está representado por un 20 % con estudios primarios y secundarios finalizados, técnico medio (20 %), preuniversitarios (30 %) y universitarios (30 %). De modo general, existe un nivel de escolarización alto (80 % de educación media y superior) de las personas adultas mayores, como resultado de las acciones y políticas sociales llevadas a cabo por la Revolución Cubana desde

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... inicios de la década de 1960. Como parte de dichas acciones, se encuentra la *Campaña de Alfabetización* y la obligatoriedad de finalizar hasta estudios secundarios en la educación cubana, entre otras.

La mitad de las personas entrevistadas son casadas (50 %), otras son divorciadas (20 %), viudas y solteras (15 %), respectivamente. De todas estas personas adultas mayores, una gran mayoría vive acompañada (75 %) y un 25 % vive sin compañía. En correspondencia con los datos anteriores, respecto al estado civil, se identifican un 50 % que viven con sus cónyuges.

Respecto a la situación ocupacional de las personas adultas mayores estudiadas, las personas jubiladas representan mayoría (60 %), en menor proporción trabajadores (30 %), quienes pertenecen al sector estatal o privado. También, una persona se identifica como trabajadora doméstica no remunerada y otra como desempleada, las cuales representan minoría.

Entre los ingresos percibidos por esta muestra, una mayoría recibe una pensión por jubilación (60 %) y otra parte recibe salarios (40%). Sin embargo, también es importante añadir que, dentro de las 20 personas adultas mayores estudiadas, un 35 % recibe remesas transnacionales o que provienen fuera del país y solo un 10 % recibe remesas nacionales. Algunas personas reciben remesas tanto nacionales como transnacionales (25 %) y la misma cantidad no recibe de ningún tipo. Es importante destacar que estas ayudas económicas (**remesas**) están conformadas por montos de dinero, alimentos, vestimenta y otros productos de necesidad para este grupo poblacional, que provienen indistintamente de familiares, amistades y otras personas con importantes vínculos afectivos.

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...  
**(In)Satisfacción De Necesidades-Calidad De Vida De Personas  
Mayores Habaneras**

**Necesidades Humanas De Subsistencia**

Un 60 % pudo satisfacer sus necesidades parcialmente mientras que un 40 % lo hizo escasamente, a partir de los ingresos percibidos (remesas/salarios/pensiones de jubilación). Asociado a este indicador, la totalidad identificó poco accesibles los productos alimenticios. La poca accesibilidad a los alimentos durante el contexto pandémico se debe, según lo declarado, al desabastecimiento en las redes comerciales, las grandes colas (numerosas hileras o filas de personas que esperan turnos para acceder a productos o servicios) para poder comprarlos, la coincidencia de horarios de las entidades de venta con los laborales de las personas adultas mayores trabajadores de la muestra, poca oferta y mucha demanda en los mercados, la insuficiencia de productos de primera necesidad en peso cubano (CUP) y el poco acceso a monedas libremente convertibles (MLC) para la compra en centros que comercializan con estas divisas, las cuales se encuentran más abastecidas y existe mayor variedad de productos.

Una gran parte de las personas encuestadas-entrevistadas (75 %) opina no tener una alimentación de calidad al no existir variedad de productos y haber escasez de alimentos altamente nutritivos como carnes, pescados, leche, frutas y vegetales, lo cual impide tener una dieta balanceada. Por otra parte, una minoría (25 %) platea tener una alimentación de calidad asociada a la tenencia de alimentos variados y su acceso sistemático.

En cuanto a la accesibilidad de los artículos de aseo e higiene personal, la mayor proporción (75 %) manifiesta que son productos a los que han tenido poco acceso por los bajos ingresos que poseen, el desabastecimiento, la escasez en los centros de venta, la inestabilidad del mercado y las grandes colas, por lo cual resulta deficiente su

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... obtención. Se manifiesta la necesidad de recurrir a mercados informales para proveerse de estos, lo cual encarece su costo. Una minoría (25 %) considera que fueron accesibles puesto que son artículos que se reciben en la canasta básica normada, aunque otros consideran que estos resultan insuficientes y de baja calidad. Estos productos se ofertan en mayor variedad por las tiendas en MLC, donde pocos tienen acceso.

Respecto al estado de salud de estas personas, el 85 % se considera saludable en contraposición a una minoría no saludable (15 %). Vale destacar que este grupo poblacional presenta un conjunto de enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento, sin embargo, consideran que la condición de salud no está asociada solamente a la presencia/ausencia de enfermedades. Entre las comorbilidades más recurrentes que padecen las personas adultas mayores de la muestra, están la hipertensión arterial (65 %) y la diabetes mellitus (25 %). En menor medida, presentan: hernias y asma bronquial en un 15 % respectivamente, e hipotiroidismo y artrosis en un 10 % cada una. Solo casos aislados declaran otras afecciones como anemia, enfisema pulmonar, gastritis, epilepsia, mala absorción intestinal, artritis, genu valgo, cardiopatía isquémica, cefalea migrañosa, insuficiencia cardiaca, entre otras. Las personas adultas mayores que se sienten más vulnerables a desarrollar complicaciones por la COVID-19 (85 %) son los que padecen enfermedades cardiovasculares, respiratorias y la diabetes mellitus, las cuales son consideradas factores de riesgo para la muestra estudiada. En general, esta mayoría asocia su estado de vulnerabilidad a la COVID-19 con su edad (mayor de 60 años).

Entre las acciones de atención de salud mencionadas se haya la pesquisa epidemiológica (exploración sistemática de la población objeto de atención de salud, la cual percibe como objetivo la disminución del contagio y la mortalidad causada por la enfermedad que se investiga y la identificación del mayor número de casos para facilitarles un tratamiento oportuno y efectivo, mejorando su calidad de vida) realizado

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... por estudiantes de ciencias médicas (75 %) y profesionales de la atención primaria de salud (20 %). Estas son consideradas negativas en mayor proporción (55 %), pues no se realizan en profundidad, no son frecuentes ni sistemáticas, generalmente se hacen preguntas superficiales, no cuentan con los medios ni instrumentos necesarios como termómetros de ahí las limitaciones relacionadas al control de la temperatura y la realización de la prueba diagnóstico Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), lo cual puede falsear la información que se obtiene e ir en detrimento de la calidad del proceso. Otros las consideran positivas (45 %) una vez que se (pre)ocupan de la salud de las personas en mayor situación de vulnerabilidad y son importantes formas de vigilancia epidemiológica para evitar un mayor contagio de la COVID-19. En menor proporción, alegan una falta de atención médica y dificultades para acceder a los centros de atención primaria de salud, pues la mayor parte de estos servicios están destinados al enfrentamiento de la pandemia.

Respecto al acceso a medicamentos durante el contexto de la COVID-19, existe un equilibrio en los datos: un 50 % accedió, mientras que la otra mitad no tuvo acceso. De las personas adultas mayores que accedieron a los medicamentos, la totalidad manifiesta que dicho acceso fue parcial debido a la escasez de ciertos medicamentos necesarios para curar sus dolencias y padecimientos, la dificultad que imponen las excesivas colas para acceder a los productos farmacéuticos y mala distribución en las farmacias. Algunos han tenido que comprarlos, aunque no estén enfermos ni les haga falta en ese momento, principalmente por miedo a que no abastezcan después en las farmacias; es decir, han accedido a ellos no tanto por necesidad, sino por cierta precaución.

### **Necesidades Humanas Socioemocionales**

Durante el período de aislamiento social, las personas mayores experimentaron en mayor proporción: miedo (50 %), inseguridad (30 %), depresión y ansiedad (25 %),

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... trastornos del sueño (15 %) y de la alimentación (10 %). Además, sintieron estrés, temor, tensión, incertidumbre y vulnerabilidad ante el contagio de la COVID-19. El miedo se manifestaba en el temor de recibir visitas, precaución con la higiene, cambiando las formas de saludos y evitando los contactos para una mayor protección. Otras personas sintieron ansiedad por el encierro y por conseguir los alimentos ante su escasez. En algunos casos, la inseguridad y la ansiedad lo manifestaban a través de los deseos de salir de la casa, caminar, visitar amistades, vecinos y familiares no convivientes, lo cual se veía impedido. En algunos casos, destacan el tema de la soledad y la angustia de sentirse sin compañía en varios momentos, a pesar de vivir acompañados. Como algunas de las personas adultas mayores (60 %) tuvieron interrumpido su salario por encontrarse en situación de vulnerabilidad, esto provocó cambios en las dinámicas familiares relacionadas con las variaciones en los horarios de sueño y alimentación.

El impacto que tuvo esta situación pandémica en la condición psicológica y emocional de las personas mayores fue variable. Para algunas, no impactó negativamente por las maneras de lidiar con la situación, pero para otros sí tuvo un impacto negativo por el tiempo prolongado de la COVID-19, la exposición continua a las noticias generadas por la pandemia, referidas a las pérdidas de vidas humanas y a la situación epidemiológica del territorio de residencia, miedo al realizar actividades cotidianas como hacer uso del transporte público e ir a trabajar. Además, las afectaciones a esta dimensión psicoemocional están estrechamente vinculadas a los estados experimentados (miedo, ansiedad, trastornos del sueño, etc.) por las personas adultas mayores durante este contexto.

Las relaciones de las personas adultas mayores con familiares, amistades y vecinos cambiaron en su gran mayoría (95 %), en cuanto a la disminución de visitas y la interacción con estas personas. Además, se limitaron los saludos, como abrazos y besos,

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... mediando el nasobuco o mascarilla en esos intercambios. Durante este lapso de tiempo, una entrevistada alega que un familiar cercano falleció y no pudo despedirlo, al igual que otros enfermaron sin poder ir a visitarlos. Disminuyeron las visitas de familiares y amistades que residen en el extranjero por el cierre de fronteras, la reducción de vuelos y la restricción para personas viajeras.

Es importante destacar que el 100 % de las personas adultas mayores entrevistadas señalan mantener una comunicación sistemática con sus familiares no convivientes, la cual desarrollan diariamente (55 %) y con frecuencia semanal (45 %). Esta comunicación la llevaban a cabo mayoritariamente a través de teléfonos fijos (65 %), mientras que en menor medida utilizaban celulares o teléfonos móviles (20 %) y accedían a Internet para comunicarse con sus familiares (15 %), principalmente con los que residen en el exterior del país. Sin embargo, esto demuestra un cierto acercamiento a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) por parte de este grupo etario, quien, en su gran mayoría, no es muy diestro ni ha sido sistemática y formalmente alfabetizados en su uso.

Establecer comunicación con personas queridas impactó positivamente en el bienestar de las personas adultas mayores, pues conocían el estado de salud de estos y del resto de la familia, monitoreaban sus actividades y relaciones sociales. Cuando la comunicación estaba mediada por la tecnología de Internet, esta presentaba deficiencias causadas por la mala conexión y la necesidad de asistir a lugares públicos para mejorar la infraestructura tecnológica, por lo que había que usar la mascarilla y eso interfería en el intercambio.

Una gran mayoría de las personas entrevistadas son practicantes de alguna religión (60 %), sin embargo, otro grupo no profesa ninguna, ni practica creencia religiosa (40 %). Dentro del grupo religioso, en mayor medida son cristianos católicos (45 %), otros ejercen el judaísmo (10 %) y solo uno pertenece a la religión yoruba.

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... Estos datos son una pequeña muestra de la diversidad religiosa cubana en las personas adultas mayores, pero también destacan la fuerte tendencia a la religión católica en Cuba.

### **Necesidades Humanas Espirituales/Religiosas**

Las actividades religiosas se vieron afectadas por la prohibición de reunirse en los lugares de culto. De esta manera, quedó suspendida la asistencia a instituciones religiosas (iglesias católicas, sinagogas y templos) como parte de las medidas restrictivas establecidas por la emergencia de la COVID-19. En el caso de las personas católicas, se vieron imposibilitadas a asistir a las misas dominicales, de las cuales participaban con asiduidad, afectando su relación con la comunidad religiosa.

Del total de personas practicantes de alguna religión, un 91.7 % declara que su fe y práctica religiosa han contribuido a su bienestar espiritual en el contexto pandémico de la COVID-19. Estas personas dan cierta importancia a sus creencias como soporte de paz espiritual y generadoras de buenas energías para la vida diaria, pero también señalan que ayudan a incrementar sus esperanzas de mejoramiento de la situación epidemiológica cubana y mundial. Desde la casa, rezaban a su dios y santos para que acabara la pandemia, les diera mucha salud a sí y a sus familiares, así como prosperidad y desenvolvimiento financiero. Las personas religiosas se mantuvieron confiadas en que iban a mejorar la situación.

### **Necesidades Humanas De Ocio**

Un 70 % de las personas adultas mayores entrevistadas indica que participaba en actividades sociales antes de la llegada de la pandemia al país, las cuales se ubican mayoritariamente en el grupo de edades de 60 a 69 años (55 %) y, en menor proporción, de 70 a 79 años (15 %). Dentro de las actividades socioculturales y deportivas que asistían las personas adultas mayores se encuentran la asistencia a teatros, cines, fiestas, playas, espectáculos humorísticos, actividades con la familia, competencias deportivas

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... de natación, viajes y excursiones con compañeros de trabajo, actividades lúdicas y deportivas dentro de centros, como Casas y Círculos de Abuelo, entre otras.

La prohibición de la realización de estas actividades limitó la vida cotidiana y las actividades diarias, generó mucho estrés, tristeza y melancolía para estas personas que asistían a alguna o varias de estas actividades. A otras personas no les afectó tanto porque no eran tan asiduas a asistir a este tipo de actividades antes de la introducción de la COVID-19 en Cuba, los cuales representan el 30 % de la muestra y se ubican predominantemente en los grupos de edades de 70 a 79 años (15 %) y de 80 a 89 años (15 %). Es posible interpretar que, a medida que avanza cronológicamente la edad en las personas mayores, estas van perdiendo sistematicidad en la participación de actividades sociales, lo cual repercute negativamente en su bienestar y calidad de vida.

En relación con proceso de (in)satisfacción de las necesidades de este grupo durante el contexto pandémico en una escala de medición, una mayoría, que representa el 90 % de la muestra, indica que sus necesidades están satisfechas (45 %) o poco satisfechas (45 %). Mientras que una minoría, representada en el 10 % de la muestra, expresa que sus necesidades son bastante satisfechas (5 %) e insatisfechas (5 %) en este contexto de la COVID-19 en Cuba. Resalta que del 25 % de las personas adultas mayores que viven solas, un 20 % declararon sus necesidades poco satisfechas y un 5 % insatisfechas. De este grupo, un 10 % indica percibir una calidad de vida regular, un 10 % mala y un 5 % muy mala, debido a que declaran ausencia de redes sociales de apoyo, principalmente familiares.

En relación con lo anteriormente expuesto, el 60 % de la muestra estudiada declara tener una calidad de vida regular y en menor medida (25 %) se indica una calidad de vida buena. En valores inferiores, se clasificó como mala (10 %) y muy mala (5 %). Por otra parte, nadie señala tener una calidad de vida muy buena, lo cual está claramente asociado a un conjunto de aspectos insatisfechos (sociales, económicos,

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... psicológicos, culturales, entre otros) que han sido generadores de determinados niveles de la calidad de vida como consecuencia de la pandemia de la COVID-19 en el país.

La totalidad de las personas adultas mayores declara que su calidad de vida ha empeorado desde el comienzo de la pandemia de la COVID-19. Tanto a nivel internacional como nacional se ha generado una crisis sanitaria, afectando muchos ámbitos de la sociedad, unidos a los cambios derivados de la implementación de la tarea ordenamiento. Entre las principales razones esgrimidas por este grupo de personas entrevistadas se encuentran la agudización en el acceso de productos de primera necesidad como alimentos, artículos de aseo e higiene, medicamentos, afectaciones en el transporte público, pérdida de empleos y contratos por ser personas adultas mayores de alto riesgo, disminución de ingresos percibidos en cuanto a salarios, remesas (tras)nacionales, cambios en la interacción con familiares, amistades, vecinos y limitaciones en la realización de diversas actividades, así como el aumento de afectaciones psicológicas-emocionales provocadas por el temor al contagio de la enfermedad.

## Conclusiones

El trabajo por lograr mayores niveles de satisfacción de las necesidades humanas en la tercera edad es un proceso imprescindible para una excelente calidad de vida en las personas adultas mayores de cualquier sociedad. De modo general, a partir de los resultados obtenidos en el análisis de los datos recopilados durante el trabajo de campo, es posible exponer un grupo de conclusiones que suscitan cierta discusión necesaria referida a las dimensiones económica, de salud, sociocultural y psicológica, relacionadas directamente con las necesidades humanas en la vida de las personas adultas mayores.

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...

En su gran mayoría, las personas adultas mayores viven acompañadas o conviven con al menos un familiar en el hogar, lo cual garantiza, generalmente, un conjunto de necesidades (socialización, canalización de necesidades afectivas y emocionales, garantizar el cuidado necesario, etc.) para este grupo etario, independientemente de la compañía.

La gran mayoría son personas mayores jubiladas, lo cual es una tendencia global respecto a la última etapa del ciclo vital tras una vida de trabajo. En cambio, existe un grupo importante de personas adultas mayores en condición laboral, pese a los riesgos que conlleva el desarrollo de esta función ante el contagio de la COVID-19.

Prácticamente, todas las personas adultas mayores estudiadas reciben remesas, tanto en su variante transnacional como nacional, que proceden de familiares, amistades y personas con lazos afectivos significativos. Estas ayudas económicas apoyan mucho a las condiciones materiales de vida de estas personas durante este contexto pandémico y de crisis económica, que ha generado en el país.

En relación con lo mencionado anteriormente, es importante destacar que el proceso de envejecimiento de la población cubana se ha desarrollado en un contexto de bajo desarrollo económico en las últimas décadas, pero con el advenimiento de la pandemia de la COVID-19 y la tarea ordenamiento, de reciente implementación, se ha recrudecido esta situación en nuestra sociedad. Es evidente que el factor económico no ha sido un limitante del crecimiento de la población de 60 años y más, y del aumento de la esperanza de vida en Cuba, aunque sí ha afectado considerablemente la posibilidad de satisfacer determinadas necesidades humanas y la calidad de vida de las personas adultas mayores. Tanto es importante cuánto puede vivir una persona, como en qué condiciones puede hacerlo. Resultados positivos de ambos indicadores van a condicionar una vida con calidad en las personas.

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...

De acuerdo con los ingresos percibidos (remesas, pensiones de jubilación, salarios) en este período pandémico, las personas adultas mayores indican que solo han podido satisfacer sus necesidades parcialmente o escasamente.

En cuanto a las necesidades de subsistencia, la gran mayoría de las personas adultas mayores tiene poco acceso a artículos de primera necesidad como alimentos, productos de higiene, aseo personal y medicamentos. Las dificultades en su acceso han estado asociadas al desabastecimiento, a la alta demanda, poca oferta, grandes colas, bajos ingresos y poca posesión de divisas. Además, señalan no tener una alimentación de calidad en el contexto pandémico. Estos indicadores expresan la precariedad de sus condiciones de vida asociadas a necesidades indispensables para una excelente calidad de vida en la tercera edad.

La generalidad de las personas adultas mayores estudiadas se considera saludable y es importante señalar que no asocian su estado de salud a la presencia/ausencia de enfermedades. Presentan variadas dolencias y enfermedades, destacándose la hipertensión arterial en su gran mayoría, lo cual evidencia la tendencia nacional, puesto que es la enfermedad que más padece la población adulta mayor en Cuba (MINSAP, 2021). Todas las personas adultas mayores consideran presentar un estado de vulnerabilidad ante la COVID-19, debido a la presencia de sus enfermedades, entendidas como factores de riesgo ante el contagio de la enfermedad, y la pertenencia al grupo de la tercera edad.

Una gran mayoría señala recibir servicios de pesquisa epidemiológica de la atención primaria de salud. Muchos consideran estos servicios negativos, debido a su falta de sistematicidad, calidad y deficiente infraestructura técnica para la realización de los procedimientos necesarios en el control de la COVID-19.

Por otra parte, esta pandemia influyó en la satisfacción de necesidades humanas socioemocionales, afectando en el plano psicológico y emocional a las personas adultas

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... mayores investigadas con el padecimiento de miedo, inseguridad, ansiedad y depresión en su gran mayoría, así como trastornos del sueño y la alimentación. Todos estos estados experimentados durante el contexto de aislamiento social están relacionados con el temor al contagio, la necesidad de salir de la casa, socializar y compartir libremente con otras personas.

Las relaciones sociales de las personas adultas mayores cambiaron durante el contexto pandémico, lo cual se expresó en modificaciones de la interacción con familiares, amistades, vecinos y otras personas. Mantuvieron una comunicación sistemática (diaria y semanal) con sus familiares no convivientes, durante el período de aislamiento social. Esto canalizó determinadas necesidades comunicativas y afectivas de este grupo poblacional en este contexto.

A pesar de realizar una comunicación sistemática con sus familiares, mediante el teléfono fijo en su mayoría, un grupo emplea teléfonos móviles y utiliza el Internet para comunicarse con sus personas queridas, demostrándose un aprendizaje y dominio creciente en el uso de las TIC. La comunicación con familiares generó impactos positivos en su bienestar, debido a que encauzaban determinadas necesidades asociadas a la preocupación por sus estas personas, el sentirse cuidados y vigilados por sus familiares y a su socialización, de modo general.

En cuanto a las necesidades humanas religiosas, una gran mayoría son practicantes o profesan alguna religión y consideran que estas contribuyeron a su bienestar espiritual durante el período pandémico, a pesar de que muchas de las personas entrevistadas no pudieron asistir a sus instituciones religiosas, debido a las restricciones impuestas en el contexto pandémico en La Habana.

En mayor proporción realizaban diversas actividades ante la emergencia de la COVID-19 en Cuba, lo cual afectó el bienestar de estas personas adultas mayores ante las prohibiciones, principalmente, a los sexagenarios que llevaban una vida social más

Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas... activa. De modo general, afectó considerablemente la satisfacción de importantes necesidades de ocio en este grupo.

Las personas adultas mayores estudiadas declaran que sus necesidades, de modo general, están satisfechas o poco satisfechas y, asociado a estos estados, consideran regular su calidad de vida durante el contexto pandémico. No se evidenciaron diferencias significativas por sexo. Sin embargo, las personas adultas mayores que viven solas perciben una mayor insatisfacción de necesidades y, por consiguiente, una peor calidad de vida respecto a las personas adultas mayores que viven acompañadas. Como consecuencia de la introducción de la pandemia de la COVID-19 y de la crisis socioeconómica vinculada a la misma, aparejado a la implementación de la tarea ordenamiento, la calidad de vida de las personas adultas mayores empeoró, debido a la insatisfacción o satisfacción parcial de determinadas necesidades de subsistencias, socioemocionales, religiosas y de ocio.



## Referencias

- Alvarado García, A., y Salazar Maya, Á. (2014). Análisis del Concepto de Envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2) , 57-62.
- Ballester Brage, L. y Colom Cañellas, A. (2018). El Análisis Marxista de las Necesidades Sociales. *Arxius*, (38) , 37-48.
- Batthyány, K. Cabrera, M. (2011). *Manual de Metodología de la Investigación Social*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza .
- Beldarraín, E., Alfonso, I., Morales, I. y Durán, F. (2020). Primer Acercamiento Histórico - Epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2) , 1-16.
- Berger, P. y Luckman, T. (2001). *La Construcción Social de la Realidad*. Amorrortu Editores.
- Durkheim, E. (1997). *Las Reglas del Método Sociológico*. Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, E. (1998). *La División del Trabajo Social*. Colofón .
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en Etnometodología*. Antrophos.
- Girola, L. (2010). Talcott Parsons: A Propósito de la Evolución Social. *Sociológica* (México,25,(72), 139-165.
- Gough, I. y Doyal, L. (1986). Necesidades Sociales y Estado de Bienestar . En: *Segundas Jornadas de Economía de los Servicios Sociales* (pp. 31 - 46). Consejo General de Colegios de Economistas de España-Colegio de Economistas de las Palmas.
- Habermas, J. (1992). *La Teoría de la Acción Comunicativa II*. Taurus.
- Heller, A. (1996). *Una Revisión de la Teoría de las Necesidades*. Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Malinowski, B. (1984). *Una Teoría Científica de la Cultura*. Sarpe.
- Marcuse, H. (1993). *El Hombre Unidimensional*. Planeta-De Agostini.
- Martínez, I. (2000). La Calidad de Vida de los Mayores del Futuro para la Mejora de la Salud. *Revista Sesenta y Más*, 178 , 46 - 51.
- Marx, K. (1962). *Manuscritos Económicos y Filosóficos de 1844*. Fondo de Cultura Económica.
- Max Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro*. Biblioteca CF + S.
- Mella, R., González, L., D'appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2021). *El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba apuesta por Vejez Activa y Saludable*.

- Rodríguez Martínez, C.V., et al. (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas...  
Oficina Nacional de Estadísticas e Información.(2020). *El Envejecimiento de la Población. Cuba y Sus Territorios*.Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE).
- Organización Mundial de la Salud.(2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ediciones de la OMS.
- Parrondo, M. d. (29 de octubre de 2021). *La "Tarea Ordenamiento" y las distorsiones cambiarias*. Obtenido de Columbia Law School. Cuba Capacity Building Project. Horizonte Cubano: <https://horizontecubano.law.columbia.edu/news/la-tarea-ordenamiento-y-las-distorsiones-cambiaras>
- Parsons, T. (1982). *El Sistema Social*. Alianza Universidad.
- Puig, M., Rodríguez, N., Farràs, J. y Lluch, M. T. (2011). Calidad de Vida, Felicidad y Satisfacción con la Vida en Personas Ancianas de 75 años atendidas en un Programa de Atención Domiciliaria. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 19(3), 43-59.
- Rojas Soriano, R. (2020). *Enfoque Sociológico sobre la Pandemia de COVID-19. Un Breve Análisis y una Propuesta, como Desafío*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Rojo-Pérez, F. y Fernández-Mayorales, G. (2011). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La Visión de los Mayores sobre sus Condiciones de Vida*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. y Fausto, V. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *VARONA*, 61, 1-7.
- Salido, O. (2020). La Vida después del COVID-19: Certezas e Incertidumbres. *Reflexiones COVID - 19. La Mirada de las Facultades Ciencias Políticas y Sociología*. Departamento de Sociología Aplicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Simmel, G. (1977). *Sociología: Estudios sobre las Formas de Socialización*. Biblioteca de la Revista de Occidente.
- Weber, M. (1994). *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica.

## **PÉRDIDAS Y GANANCIAS DE LA DOCENCIA *ONLINE* IMPLEMENTADA POR LA PANDEMIA ENTRE ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO**

### **LOSSES AND GAINS OF ONLINE TEACHING IMPLEMENTED BY THE PANDEMIC AMONG STUDENTS AT A UNIVERSITY FOR THE ELDERLY IN MEXICO**

Luis Mario Fernández Loyo<sup>1</sup>, Javier Eduardo García de Alba García<sup>2</sup>, Elva Dolores Arias Merino<sup>3</sup>

Recibido: 07-10-2021 Corregido: 16-11-2021 Aceptado: 01-12-2021

#### **RESUMEN**

El objetivo de este estudio es conocer las pérdidas y ganancias de la docencia *online* implementada por pandemia entre estudiantes del Sistema Universitario para el Adulto Mayor (SUAM) de la Universidad de Guadalajara. Se realizó una metodología de corte cualitativo referente a un estudio de casos con interpretación fenomenológica a 12 estudiantes de este sistema. La pandemia modificó el andar actual de las personas adultas mayores al ser catalogadas como un grupo vulnerable. Dentro de estas modificaciones, los espacios destinados a la interacción social de la población mayor fueron cerrados, incluyendo al SUAM, donde la estructura metodológica fue modificada. Sin embargo, la resiliencia y adaptación al cambio en las personas adultas mayores puntualizó un aprendizaje trascendental. Por lo anterior, la pandemia en este contexto educativo conllevó cambios, afectaciones, pero increíblemente también ganancias que pusieron en relieve a la educación a lo largo de la vida en las personas adultas mayores como parte de un envejecimiento más activo y saludable. Si las universidades avanzan a partir del reconocimiento de un mejor envejecer podríamos vislumbrar una educación para todas las edades.

**PALABRAS CLAVE:** educación, personas adultas mayores, pandemia.

#### **ABSTRACT**

The objective of this study is to know the gains and losses of online teaching implemented due to a pandemic among students of the University System for the Elderly (SUAM) of the University of Guadalajara. A qualitative methodology was carried out referring to a case study with phenomenological interpretation of 12 students of this System. The pandemic changed the current gait of older people by being classified as a vulnerable group. Within these

---

<sup>1</sup>Licenciado en Atención Integral al Adulto Mayor, Maestrante en Gerontología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México E-mail: [luis.floyo@alumnos.udg.mx](mailto:luis.floyo@alumnos.udg.mx)

<sup>2</sup>Director de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de la Salud. Profesor honorario y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Jalisco, México. E-mail: [luis.floyo@alumnos.udg.mx](mailto:luis.floyo@alumnos.udg.mx)

<sup>3</sup>Doctorado en Ciencias de la Salud, Orientación Sociomédica. Profesora investigadora titular "C", Coordinadora Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. E-mail: [luis.floyo@alumnos.udg.mx](mailto:luis.floyo@alumnos.udg.mx)



modifications, the spaces destined for the social interaction of the elderly population were closed, including the SUAM where the methodological structure was modified, however, the resilience and adaptation to change in the elderly pointed out a transcendental learning. Therefore, the pandemic in this educational context entailed changes, impacts, but incredibly also gains that highlighted lifelong education in older people as part of a more active and healthy aging. If universities move from the recognition of a better aging we could envision an education for all ages.

**KEY WORDS:** Education, Seniors, Pandemic

## Introducción

El mundo envejece de manera progresiva, al término de la década del envejecimiento saludable (2021-2030), la cifra de personas de 60 años y más habrá aumentado en un 34 %. Para el año 2050, la población mundial de personas adultas mayores será más del doble y alcanzará los 2100 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En 2020, existió un fenómeno poblacional que nos invita a vislumbrar al envejecimiento como desarrollo de las sociedades. Por primera vez en la historia, las personas de 60 años o más superan en número a los niños menores de 5 años. Siendo así, que para el año 2050 las personas de 60 años y más superarán en número a la población de adolescentes y jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años (OMS, 2020).

Actualmente, existe un gran avance científico, tecnológico e industrial por parte de la sociedad contemporánea, produciendo así una elevada esperanza de vida en relación con décadas pasadas. La vejez y propiamente el concepto de envejecimiento cobró importancia en la segunda mitad del siglo XX como un asunto social, una inquietud por envejecer de una buena forma y con la menor decadencia posible. De esta manera, brindar oportunidades de vida digna con una percepción de buena calidad de vida se convierte en una necesidad de gran parte de la población.

Dentro de las posibilidades de una buena percepción de calidad de vida en las personas adultas mayores, se requiere ejercer el derecho a la educación en todos los

niveles educativos posibles; sin embargo, para el colectivo mayor, no se considera una prioridad. Las personas adultas mayores, bajo estos contextos, son invisibles a los ojos de la comunidad universitaria.

Tradicionalmente, la educación de las personas adultas mayores ha estado caracterizada por una concepción de vejez que asocia esta etapa de la vida con enfermedades, dependencia, falta de productividad y también de aprendizaje. Sin embargo, los nuevos paradigmas dictan lo contrario, las personas adultas mayores se pueden adaptar al cambio y se convierten en un potencial para su familia, la comunidad y, por supuesto, para su persona (OMS, 2020).

Por lo anterior, diversos organismos internacionales, nacionales y locales proponen y desarrollan modelos educativos, realizan investigaciones sobre la materia, elaboran y distribuyen materiales didácticos, aplican sistemas para la evaluación del aprendizaje de población adulta y adulta mayor, logrando una reinserción en materia educativa por parte de las personas de 60 años y más que desean empezar y concluir con su educación básica (Instituto Nacional para la Educación de Adultos [INEA], 2018).

A lo anteriormente mencionado, se debe agregar un ingrediente más que ha repercutido en la vida de todas las personas de este planeta: la pandemia por SARS-CoV-2 o COVID-19. Dicho evento se ha extendido a lo largo y ancho de todo el mundo. Además, en el caso de las personas adultas mayores, se han catalogado como un grupo vulnerable ante esta enfermedad, ya que sumar comorbilidades, síndromes geriátricos o fragilidad por envejecimiento pondera para ser una emergencia gerontogeriatrica (Pinazo-Hernandis, 2020).

Las personas adultas mayores tienen mayor probabilidad de enfermar gravemente si se infectan, como, por ejemplo, las personas mayores de 80 años muriendo a una tasa cinco veces mayor que la media (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2020).

Dentro de los grupos catalogados como vulnerables ante la pandemia por COVID-19, las personas adultas mayores son las más susceptibles de contraer la enfermedad y contraer síntomas graves. Esta vulnerabilidad no proviene solo de su edad, sino por la situación económica, laboral y de enfermedad asociados a malos estilos de vida en décadas pasadas (Vega et al., 2020).

Lo anterior, produce un impacto que hace difícil la situación para muchas personas adultas mayores, ya que el envejecimiento es heterogéneo y muchas personas adultas mayores con un envejecimiento saludable reclaman el hecho de no poder ver a sus familiares, de abrazar a sus nietos, de no estar físicamente acompañadas. En este sentido, de no asistir a sus grupos comunitarios o de encuentro, por supuesto, es algo que afecta. A la larga, puede ser un factor desencadenante para desarrollar malestar, que puede traducirse en eventual depresión o algún tipo de trastorno del ánimo (Labrín, 2020).

En otras palabras, la pandemia afecta de manera significativa las relaciones sociales, contactos y vínculos en los espacios destinados a las personas adultas mayores, incluyendo a los Programas Universitarios para Personas Mayores.

La Universidad de Guadalajara crea entre 2012 y 2013 el Sistema Universitario para el Adulto Mayor (SUAM), su objetivo central es integrar, formar y capacitar a las personas mayores para generar un desarrollo integral de la sociedad. El SUAM busca rescatar el derecho a la educación, mediante la realización de cursos, talleres y diplomados, a través de un programa de enseñanza flexible para realizar actividades académicas, capacitadoras y lúdicas de acuerdo con sus aptitudes y ritmos de vida.

El SUAM tiene como misión crear y proyectar, dentro de un marco andragógico y humanístico, formación y desarrollo para las personas mayores y, por otro lado, su visión se fundamenta en principios humanistas y de excelencia académica, con carácter

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* ..... innovador, experimental, andragógico, basados en la participación, reflexión y crítica constructiva, que la sitúan como pionera y líder en la región noroccidente.

De acuerdo con sondeo anual de necesidades de las personas adultas mayores, se tienen ofertados, independientemente de su escolaridad, 29 cursos semestrales para diversos niveles en 6 áreas de formación, en los cuales, con el 80 % de asistencia, se otorgará una constancia individual de haber aprobado el curso.

Ahora bien, existen diversas investigaciones que se han realizado en torno a la educación de personas mayores. Por ejemplo, por la satisfacción de estos programas, donde se resaltan las posibilidades que ofrecen estos recintos para la realización personal y social de las personas adultas mayores, poniendo énfasis en la fuerza y significación de los vínculos e interacciones sociales como palanca de bienestar social (Fernández et al., 2016)

Por otro lado, con respecto a las motivaciones para ingresar y permanecer en una universidad para mayores (Montoro et al., 2007), se menciona que los motivos aducidos por las personas mayores de 55 años para participar por primera vez como estudiantes en la universidad para mayores son mejorar la cultura, sentirse activos, hacer algo nuevo, mejorar la calidad de vida y conocer gente nueva.

Estos estudios permiten concluir que deben existir propuestas de mejora para crear servicios de orientación y asesoramiento específicos para este colectivo (inexistentes por el momento en diversas universidades) y trabajar en los sistemas para los procesos de certificación de competencias (adquiridas por vías informales y no formales) (García et al., 2014).

Ahora bien, para este estudio, se retomó como teoría la fenomenología de Schutz (1993). La fenomenología es una corriente filosófica, que nace con Edmund Husserl (1962) a comienzos del siglo XX y que en las siguientes décadas tuvo un gran número de seguidores. Para empezar una remembranza de esta teoría, se debe evocar

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* .....

Edmund Husserl (1992), quien desarrolló lo que fue conocido como la psicología fenomenológica o descriptiva. Dicha psicología se fundamenta en la experiencia de un objeto con contenidos objetivos.

Schutz incorpora a las ciencias sociales el método de la fenomenología, a partir de la estructura de Husserl. Este filósofo austriaco define la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si estos son reales, ideales o imaginarios.

Dado que se trata de rescatar aspectos subjetivos (sobre la experiencia personal o sea de casos), la mejor manera de lograrlo es a través del lenguaje. De ahí que se aplica el paradigma cualitativo, principalmente, y en virtud de que se busca el significado de esa experiencia, se retoma a la teoría fenomenológica.

Es por lo anterior que el objetivo de este estudio es comprender significados y sentidos de las experiencias del Sistema Universitario para el Adulto Mayor (SUAM) de la Universidad de Guadalajara, en torno a las pérdidas y ganancias de la docencia *online* por la pandemia desde la perspectiva de la población estudiantil.

Es importante mencionar que esta investigación fue realizada en el año 2020-2021 con la finalidad de obtener el grado académico en la Maestría de Gerontología de la Universidad de Guadalajara, México.

## **Metodología**

### **Diseño y Tipo de Estudio**

Estudio cualitativo. Los estudios cualitativos tratan de comprender lo que se dice, por qué se llevan a cabo ciertas actividades y con ello se adquiere una manera de pensar acerca de los datos y del mundo en que viven las personas. Se desea cuestionar lo que se asume y se eleve al nivel de lo abstracto, que se aprenda a pensar comparativamente y en términos de propiedades y dimensiones, de modo que puedan ver con facilidad qué es igual y qué es diferente (Strauss y Corbin, 2002).

Diseño de estudio de casos con interpretación fenomenológica. Yin (1994) señala que el estudio de casos es una investigación empírica que indaga un fenómeno contemporáneo, dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.

Por otro lado, Stake (1995) menciona que se estudia un caso cuando se tiene un interés muy especial en sí mismo. Se busca el detalle de la interacción con sus contextos, por lo que el estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

Los casos, que son de interés en la educación y en los servicios sociales, los constituyen, en su mayoría, personas y programas. Estos actores se asemejan en cierta forma unos a otros y, en cierta manera, son únicos también (Stake, 1995).

Por ello, se retomará un estudio de casos para conocer las experiencias de los estudiantes en la docencia *online* y así vislumbrar las pérdidas y ganancias de este acontecimiento.

## **Delimitación Espaciotemporal**

El estudio fue realizado de forma remota entre enero y marzo del año 2021 con estudiantes del SUAM.

## **Participantes**

Se incluyeron a doce personas adultas mayores estudiantes del Sistema Universitario del Adulto Mayor. Seis hombres y seis mujeres, mayores de 60 años (véase tabla 1). En la investigación cualitativa, se selecciona un solo caso o una pequeña muestra, precisamente, porque el investigador desea entender el particular en profundidad, no para averiguar lo que es generalmente cierto de los muchos (Merriam, 1998).

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de la población de estudio.*

Nombre	Sexo	Edad	Grado académico
Flores	M	75	Licenciatura
Gómez	M	84	Licenciatura
Gonzáles	F	66	Carrera comercial
Castaña	F	66	Licenciatura
Sánchez	M	73	Maestría
Zamora	M	66	Maestría
Cuellar	M	69	Maestría
Cruz	F	60	Licenciatura
Salinas	F	64	Carrera comercial
Rojas	F	63	Maestría
Rosas	F	61	Maestría
Rodríguez	M	64	Educación básica

Nota. Directa.

## **Muestreo Teórico**

Para efectos de este estudio, se retomó un muestreo teórico no probabilístico por conveniencia. Este tipo de muestreo permitió elegir a las personas informantes en función del tipo. Para hacer uso de este muestreo, los sujetos deben ser difíciles de encontrar, se busca para fenómenos raros que se da en ciertas condiciones o que se sitúan en ciertas fases (Bernard, 2006).

El proceso de este muestreo fue a) selección de los informantes según el conocimiento del tema b) identificar quienes tienen un conocimiento particular del tema. En una segunda y tercera fase, se buscan las características atípicas de las personas informantes. Estas últimas en consideración a aquellas personas estudiantes que hayan tenido las experiencias pandémicas en la educación *online*.

Por otro lado, se retomó la técnica de bola de nieve, que permitió conocer a otras personas informantes clave desde las recomendaciones de las y los estudiantes mayores. Esta técnica es utilizada por los investigadores para identificar a los sujetos potenciales

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* .....  
de dicho estudio, además que se utilizará la saturación teórica (cuando se está repitiendo la información por las personas entrevistadas) para limitar el número de casos a los adecuados.

## **Criterios de Selección**

Se incluyó a todas las personas participantes de género femenino y masculino con 60 años o más , que desearan colaborar en la investigación de manera voluntaria, que firmaran el consentimiento informado y tuvieran alguna experiencia como estudiantes del SUAM. En caso de presentar alguna enfermedad crónico-degenerativa o mental, se consideró que no afectara el estudio.

Se excluyeron a todas las personas estudiantes del SUAM que no firmaran el consentimiento informado, que no participaran de forma voluntaria, que presentaran alguna enfermedad crónica degenerativa y mental con complicaciones graves y que no proporcionaran sus datos sociodemográficos o de otra índole representativa para el estudio.

## **Técnicas de Recolección de Datos**

Se utilizó una entrevista individual semiestructurada a profundidad grabada en audio como principal fuente de recolección de datos.

La entrevista es una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas (Denzin y Lincoln, 2005).

Las entrevistas semiestructuradas, en particular, han suscitado interés y se utilizan frecuentemente. Este interés se asocia con la expectativa de que es más probable que las personas entrevistadas expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario (Flick, 2007).

## Plan de Análisis de Datos

Desde el paradigma fenomenológico, las preguntas de quien investiga siempre se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona (Álvarez-Gayou, 2003).

El análisis fenomenológico facilita una guía para el análisis de los datos, la cual, según las necesidades del investigador, puede ser en gran medida adaptado a las circunstancias. Este proceso adquiere un carácter iterativo y complejo, ya que lleva a quien realiza el estudio a involucrarse en las narrativas y las descripciones que elaboran los sujetos del estudio respecto de su experiencia (Shinebourne, 2011).

De esta forma, se realizó una transcripción literal de entrevistas para un posterior análisis de contenido dividido en 3 fases:

-Fase de codificación. Se realizó una lectura de las transcripciones para generar las primeras codificaciones sobre el texto y agruparlas en categorías. Y, con ello, valorar si existe una saturación de contenido.

-Fase de triangulación de categorías. Se realizó un consenso entre los responsables de esta investigación sobre las categorías de análisis.

-Fase de obtención y verificación de resultados. Se realizó un análisis de contenido en sus niveles pragmático, semántico y sintáctico.

De modo que el análisis de los datos consistió en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura. Esto le permite al investigador transformar la experiencia vivida en una expresión textual. La persona que investiga selecciona palabras o frases que describen particularidades de la experiencia estudiada. Puede agrupar las que tienen relación o semejanza entre sí y formar grupos que revelen la subjetividad de las personas investigadas (Álvarez-Gayou, 2003).

## **Procedimiento Metodológico**

El trabajo de campo inició con la aprobación y el contacto de la Junta Directiva del Sistema Universitario del Adulto Mayor.

Una vez que el sistema proporcionó la lista de contacto de las personas estudiantes, se realizó un acercamiento con las personas mayores del SUAM para conocer su posible participación en esta investigación, así como acordar las fechas de la aplicación de las técnicas de recolección de datos. Esta fase comprendió un periodo del 27 de enero hasta el día 25 de marzo de 2021.

Posteriormente, en concordancia con el paso anterior, se definió el trabajo de campo que por motivos de pandemia se trasladó a una modalidad virtual.

Una vez aplicada la guía de entrevista, se realizaron las transcripciones y el análisis pertinente de los datos, entre el 05 de marzo y el 16 de junio de 2021.

Finalmente, se construyeron las categorías de análisis fenomenológico, las cuales fueron cambios por pandemia, afectaciones por pandemia y ganancias por pandemia, desde la educación *online* en el Sistema Universitario del Adulto Mayor.

## **Consideraciones Éticas**

Se respetó, de acuerdo con la norma, la identidad de las personas informantes. Se garantizan los principios de autonomía, justicia, beneficencia- no maleficencia.

En el ámbito internacional, la tesis se sujetó a la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008), la cual constituye una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los investigadores de estudios que involucren personas. Bajo los lineamientos de esta declaración, se informó a las personas adultas mayores y sujetos de estudio que se podrían retirar del proyecto en el momento que lo decidieran (Asociación Médica Mundial, 2008).

En el plano nacional, el desarrollo de esta investigación se sujetó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (2014), que de manera particular en su título segundo, denominado “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” capítulo I, referente a las disposiciones comunes, establece en los artículos del 13 al 17, que deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; las investigaciones deberán buscar una posible solución a problemas de salud; deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados, sobre los riesgos predecibles; la intervención contará con el consentimiento informado del sujeto sobre quienes se realizará la investigación; las investigaciones deberán llevarse a cabo por profesionales en el área, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano; deberán contar con las aprobaciones de los comités de ética y de investigación, y finalmente, la investigación deberá ser sin riesgo.

En el plano local, la presente investigación deberá ser aprobada en primera instancia por la junta académica de la Maestría en Gerontología, seguido del director de tesis y, por último, por la junta académica del Sistema Universitario del Adulto Mayor.

## Resultados

Las categorías generadas a partir del análisis fenomenológico fueron cuáles han sido los *cambios online* más puntuales que se vislumbraron a partir de la pandemia, asimismo, *las afectaciones* más importantes de este hecho y, por último, cuáles son las *ganancias* que podrían rescatarse a través de recibir clases en línea.

### Cambios por Pandemia

A través de la virtualidad, surgen ciertos cambios dentro de la percepción de aprendizaje de las personas mayores. Es importante tener en cuenta estos acontecimientos para mejorar los contenidos de los talleres. La transición por la cual han tenido que

pasar los alumnos del SUAM cobra factura: asistir a clases en otra sede, luego cambiarse a mejores instalaciones y, después, entrar en un confinamiento. Este no es el ideal que tenían del sistema las personas estudiantes:

Pues que fue muy difícil hacerlo virtual, al principio cuando teníamos que ir al Agua Azul (Universidad) se me hacía bonito, salir de mi casa, bañadita, así como cuando va uno a la escuela, va uno entusiasmada, subirme al camión, tomar el camión y ver el movimiento de la gente, me gusta mucho, una de las cosas bonitas era esa, y cada vez más personas y llegaba uno y que -buenos días, cómo estás-, se me hacía bonito. (M. Rojas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

Al estar en casa, se pierde el ritual anteriormente mencionado. Incluso, los testimonios indican que, al no tener esa presencialidad, las personas estudiantes se vuelven menos responsables por su vida personal, ya que no es necesario “estar presentable” en las clases en línea:

Para ir a las clases presenciales va uno muy presentable, muy bañado, muy desayunado, todo es más rápido, y desde temprano, ya ahorita con estas clases ya se levanta uno más tarde, ya se asea uno más después, se relajan muchas cosas, antes si las hacia uno, y ahorita se hace uno más comodín pues (F. Zamora, comunicación personal, 19 de marzo de 2021).

El añorar aquellos momentos con personas compañeras de forma presencial fue uno de los cambios por pandemia más interesantes. Para un sector de las personas entrevistadas es necesaria esa convivencia con la otra persona para evitar esos sentimientos de tristeza: “bueno ahorita está padrísimo estar en casa por la computadora, por el celular pero extraño a mis compañeras, a mis compañeros” (L. Castaña, comunicación personal, 17 de marzo de 2021).

El conocer las nuevas tecnologías en estos tiempos es fundamental; sin embargo, aunque el SUAM oferta computación desde principiante hasta avanzada, no garantiza que este curso haya sido primera opción de las personas adultas mayores.

La pandemia nos tomó por sorpresa y gran parte de la comunidad SUAM no tiene los conocimientos para interactuar por estos medios:

Al principio no sabíamos utilizar este medio (zoom) yo ya había tomado cursos de computación y celular, pero hubo quien no alcanzó a tomarlos y para ellos debe ser más difícil o definitivamente se salieron, entonces no hacerlo presencial si es más frustrante, una de las cosas que me gustaba era porque salía, venía el movimiento de la ciudad, la gente, los niños... era una de las cosas que me motivaba y ahora no, pienso yo que resulta muy chocante (M. Rojas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

Sin embargo, dentro de las plataformas también existen ciertos cambios o incomodidades que tienden a mermar las acciones de llevar una clase en línea para mayores. Es decir, en las plataformas como Zoom, el desconocimiento de este puede ser mortal, por los micrófonos abiertos, por el desconocimiento de los recursos y todo ello quebranta una buena clase.

Hay momentos que hay mucho ruido, algunos momentos nada más, no porque el grupo sea desordenado, sino porque en las casas hay ruido exterior, la licuadora, el perro, el de la basura, entonces hay momentos en que a mí me resulta un poco ruidoso, el momento de la clase (L. Rosas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

Lamentablemente, en esta situación es posible que la educación se convirtiera nuevamente de elite, es decir, para aquellas personas que tuvieran acceso a una computadora, al internet y a las plataformas. Algunas personas del alumnado tuvieron que hacer un gasto extra para poder ingresar a las clases. Esto no es un hecho menor, ya

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* ..... que podría o no conllevar cambios en la estructura del SUAM en el plano de la asistencia a los talleres: “pero bueno si tuve que comprar mi propia computadora” (L. Rosas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

## **Afectaciones por Pandemia**

En el aprendizaje una de las principales afectaciones que conlleva la pandemia es conocer si en verdad se está aprendiendo. Es complicado sobre todo para el alumnado que no puede disipar las dudas que tiene clase con clase. “Creo que el mayor problema va a ser que realmente se pueda apreciar que en línea eres capaz de aprender” (F. Gómez, comunicación personal, 16 de marzo de 2021).

La decepción y deserción en estos tiempos están al alcance de un mal rato en alguna clase. Pero también, están supeditadas a cuáles y cómo sean los contenidos teóricos y prácticos del curso, si esto no cumple las expectativas de las personas adultas mayores, sobre todo en aquellos talleres que son más prácticos, se convertirá en una mala experiencia.

El primer curso si te soy sincero me decepcionó, porque el formato del WhatsApp como que no se presta para ese tipo de cursos de la siembra y del asesoramiento más que todo, las clases en el WhatsApp se diluyen mucho, porque éramos bastantes además en el grupo y los temas de repente se perdían por las preguntas y las inquietudes que teníamos cada quien (S. Sánchez, comunicación personal, 18 de marzo de 2021).

La ansiedad y tristeza por no tener las clases presenciales y ver a las personas compañeras y docentes es también uno de los sentires del colectivo estudiantil. El estar en casa conlleva otros actos que no siempre son saludables, sobre todo cuando se tienen dichos sentimientos, esto genera incertidumbre sobre el regreso a clases: “que está uno más en casa, que está uno comiendo más, nos tomamos un tequilita más seguido, no hay como salir, como convivir, reírse directamente, si es muy diferente, se deprime uno más

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* .....  
adentro” (F. Zamora, comunicación personal, 19 de marzo de 2021). “La desventaja es que ya no estamos ahí con los compañeros, me gusta mucho la convivencia, el tratar a las personas” (M. Salinas, comunicación personal, 22 de marzo de 2021).

Por lo anterior, para las personas adultas mayores sería mejor si las clases fueran en una sola plataforma y de preferencia que esta permita visualizar a los demás al menos por la cámara; el simple grupo de WhatsApp condiciona en demasía el aprendizaje de las alumnos: “me gustaría que hubiera un mejor contacto con el Zoom para aclarar nuestras dudas y las dudas de los otros que también nos sirven para escucharlo, me parece que eso sería una mejor opción” (B. Cruz, comunicación personal, 22 de marzo de 2021).

Otros cursos piden desesperadamente que sean en línea, principalmente por el reforzamiento de los conocimientos, por el compartir con las personas compañeras el contenido y corroborar el aprendizaje obtenido clase a clase:

En inglés en el otro ciclo, se me hizo un poquito difícil en el sentido de que te ponen un video y tú arréglatelas como tú puedas, investiga y todo... si está bien que uno se ponga a investigar, pero a veces como que siento que el inglés tiene que ser más presencial, para que esté ahí el maestro diciendo y corrigiendo o sacando dudas (L. Rosas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

La convivencia se ve afectada, los importantes momentos de ocio fuera de clases también se vieron afectados, no conocer a las nuevas personas compañeras, la interacción con quienes tienen gustos afines ha sido fracturada por la pandemia:

No hay convivencia, no conozco a mis compañeros, a mis maestras las conozco porque antes las conocí de forma presencial en el SUAM, pero sino tampoco las conociera, no hay esa interacción de maestro-alumno de alumno-

Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* .....

compañeros y creo que hace bastante falta (M. Rojas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

La falta de aprendizaje en las plataformas perjudica la relación en torno a la clase. En ciertas ocasiones, cuando el micrófono está prendido y todos los alumnos hablan al mismo tiempo, los talleres se ven afectados de manera importante los y sobre todo el contenido abordado. “En mi clase pasada de inglés algunas compañeritas se ponen a leer las oraciones y no se dan cuenta que tienen su micrófono abierto entonces no dejan oír al maestro porque ellas están leyendo sus oraciones” (L. Rosas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

Aunado a lo anterior, el desconocimiento de la tecnología quebrantó el interés del alumnado, al menos al principio de la pandemia. La premura del cierre de aulas exigió una disminución importante de la matrícula del SUAM. Esto contribuyó a que las personas estudiantes se desmotivaran por seguir activos en el sistema: “disminuyó el interés en algunos por no poder conectarse por no entender la computadora, realmente es muy difícil para la gente que no estamos muy acostumbrados a la tecnología” (G. Cuellar, comunicación personal, 19 de marzo de 2021).

## **Ganancias por Pandemia**

En todo lo malo, siempre existe algo que da esperanza y es luz en un camino de altibajos. La pandemia ha dejado varios estragos dentro del SUAM, que han sido explicados en apartados atrás. Sin embargo, en esta ocasión, también se rescatan esos hechos positivos de la pandemia, desde la perspectiva del alumnado.

Primero que nada, aquellas personas que lograron probar los manjares de la tecnología se enamoraron de ella y les permitió trascender no solo en las clases del SUAM, sino en ámbitos familiares para compartir lo aprendido en el Sistema.

Muchos nos metimos un poquito más a la tecnología, aprendimos un poquito más, con la tecnología puedo platicar con mi nieto que está en Irlanda,

me dice “abuelo enséñame dibujar esto y aquello” entonces pongo un papel un dibujo y él lo hace allá y se me hace maravilloso (A. Flores, comunicación personal, 15 de marzo de 2021).

Otro hecho, que no es menor y que se plantea desde el punto de vista del que escribe este apartado, es que el SUAM rompió sus fronteras. Se enfrentó a una pandemia que parece indomable y salió avante de esta, llegando a más rincones de todo Jalisco:

Si el SUAM no hubiera hecho esos cursos en línea, no estaría ahorita en el SUAM, no hubiera sido posible, en mi caso que soy de Morelia, no hubiera sido posible estar en la UDG, es una ventaja, estas plataformas nos han dado la oportunidad de intercambiar con gente de todo el mundo (F. Gómez, comunicación personal, 16 de marzo de 2021).

No conforme con este accionar en el último semestre nuevamente se reinventa y se lanzan los talleres para todo el país, se amplía la demanda y más personas adultas mayores logran acceder al aprendizaje. “Además con otra ventaja, en este curso aunque somos 35 los que lo estamos tomando, hay gentes de Sonora, de Michoacán, en otras partes, inclusive puede haber gentes de otro país” (F. Gómez, comunicación personal, 16 de marzo de 2021).

Derivado de lo anterior, existe una mayor motivación por ampliar las relaciones sociales con más personas con intereses afines, con la misma edad, que sienten y piensan de forma similar. Este hecho es importante para el alumnado, ya que antes de la pandemia, los cursos no llegaban a muchas personas: “ahora que con esto de la lejanía ahora si hay más demanda que en tiempos presenciales, porque había grupitos de 6, 7...8 pues eso como que también no motivaba mucho” (G. Cuellar, comunicación personal, 19 de marzo de 2021).

Las limitantes geográficas ya no son un pretexto para el SUAM. Al menos desde las clases en línea actuales, se ha podido corroborar el interés de la población mayor por tener más conocimiento sobre envejecer con calidad y de manera saludable, potencializando un aprendizaje a lo largo de la vida.

Es una ventaja que no tienen los cursos presenciales, dejan de existir los muros que limitan al planten, se vuelve universal esto, creo que esa es la gran ventaja, la otra es la calidad que está asegurada por la UDG (F. Gómez, comunicación personal, 16 de marzo de 2021).

La responsabilidad de horarios es ideal para mantener una rutina en tiempos de pandemia. Este hecho permite tener una mayor actividad en las decisiones, que día con día se van formulando en el acontecer de los estudiantes, es decir, tienen una mayor responsabilidad con el SUAM, a partir de la virtualidad.

Cuando no tengo clases me levanto tarde, pero si va a ser mi clase, me tengo que levantar temprano, dar de desayunar y estar aquí presente en mi clase, es algo muy importante que dices “tengo esta responsabilidad y no solo es estar dormida” me tengo que levantar temprano a bañar y a hacer otras cosas, de la otra forma no haría nada de eso (L. Castaña, comunicación personal, 17 de marzo de 2021).

La adaptación a los cursos y talleres llegó de una manera más rápida con las personas adultas mayores, inclusive manifiestan que el tener los contenidos así puede ser la mejor opción para el futuro: “en realidad yo siento que es muy bueno ahorita, como estamos recibiendo las clases, yo siento que está muy bien, es más como que ya me está gustando el estar así” (M. Salinas, comunicación personal, 22 de marzo de 2021).

El SUAM tuvo un compromiso con sus estudiantes. Pudieron tener una salida fácil: no continuar con las clases y esperar el regreso a la presencialidad, es decir, tener una pausa en todo este proceso y dejar que las personas adultas mayores se perdieran

del contenido. Ante los ojos de las personas discentes mayores el agradecimiento porque esto no fuese así es infinito:

El cambio siento que por un lado estuvo bien, porque no nos dejaron, o sea nos apoyaron, y aprendimos”. “está uno en su casa, no está uno arriesgándose uno ahorita con lo de la pandemia, y uno sigue activo, eso es lo más importante (M. Salinas, comunicación personal, 22 de marzo de 2021).

Nada podría remplazar la presencialidad; el compartir con la otra persona y la comunicación son hechos que la virtualidad nunca podría desplazar. Sin embargo, el sentido de seguir formando parte del SUAM para las personas que se encuentran fuera de Jalisco o de la Zona Metropolitana de Guadalajara es de suma importancia para todas las personas estudiantes, quedando de lado el sentido egoísta de solo recibir clases presenciales.

Definitivamente presencial, pero sin ser egoísta hay muchas personas que se les dificulta trasladarse, entonces la forma en que sea virtual se me hace fantástico, entonces se extendió fuera del estado de Jalisco, en el SUAM hay de muchos lugares, eso se me hace fabuloso, de esa manera la universidad se da a conocer a través de este sistema, sé que se ha extendido a otros estados (M. Rojas, comunicación personal, 23 de marzo de 2021).

A raíz del SUAM virtual, los nuevos retos se ven reflejados en el accionar del alumnado, las posibilidades de aprendizaje trascendieron más allá y, sin duda, para el colectivo mayor el seguirse reinventando potencializa una vejez más placentera:

Hay mucha más demanda por manejar la tecnología, los recursos tecnológicos que están a tu disposición, existe un reto por seguir con el sistema pese a la pandemia, entonces significa que el adulto mayor se haya tenido que adaptar y eso constituye nuevos retos y posibilidades de aprendizaje (G. Cuellar, comunicación personal, 19 de marzo de 2021).

En resumen, a través de la virtualidad se tuvieron muchas ganancias, “pasar del de no saber a saber y de no tener a tener, no tenía teléfono celular y ya lo tengo, no sabía usarlo y ya se; no sabía usar el WhatsApp y ya sé” (J. Rodríguez, comunicación personal, 25 de marzo de 2021).

## Conclusiones

Los Programas Universitarios para Mayores conforman una solución y esperanza para aquellas personas que no han tenido ninguna experiencia universitaria a lo largo de su vida, ya que dichos programas son diseñados específicamente para la población mayor, como respuesta para lograr un envejecimiento activo y una prevención de la dependencia (Ortiz-Colón, 2015).

El Sistema Universitario del Adulto Mayor tuvo una baja considerable en su matrícula al inicio de la pandemia, de 300 estudiantes que comenzaron el semestre presencial (y luego transitado a la virtualidad) solo lograron culminarlo 100 estudiantes.

Lo anterior, permea la realidad de las personas adultas mayores. En particular, para aquellas que no tienen la posibilidad o los conocimientos tecnológicos necesarios para seguir inmersos dentro de este sistema.

Sin embargo, para agosto de 2020, en el segundo semestre virtual, ocurrió un fenómeno muy interesante, la matrícula del SUAM por primera vez en su historia, prácticamente se duplicó. Para el calendario 2020B, se inscribieron 600 estudiantes y no solo de la Zona Metropolitana de Guadalajara, más bien, de diversos estados de la República Mexicana, inclusive de otros países.

La resiliencia jugó un papel muy importante dentro de la perspectiva de los estudiantes mayores y con ello se generaron nuevos conocimientos, pasaron del no conocer plataformas de encuentro virtuales a buscar información, actualizarse y

reinsertarse en este mundo globalizado tecnológicamente para así continuar con esta educación a lo largo de la vida.

No solo los conocimientos teóricos y prácticos son los que se valoran en el aula del SUAM, más bien, es la interacción con personas compañeras del mismo cohorte de edad, que piensan, sienten y comparten situaciones de vejez y envejecimiento similares. El seguir perteneciendo a un grupo de personas adultas mayores activas, a través del aprendizaje es un hecho que sin duda pondera para generar más y mejores programas de este estilo.

Es decir, el aprendizaje va más allá de solo recibir conocimientos teóricos y prácticos; es compartir con el otro aquellas experiencias que nos forjan como personalidades únicas, mismas que valen la pena de ser contadas con personas compañeras de la misma aula

Una nueva normalidad tendría lugar en formular un sistema híbrido, que permitiera a las personas adultas mayores acercarse a las tecnologías sin descuidar las relaciones sociales que han forjado a través de la presencialidad.

La pandemia ha dejado bastantes aprendizajes, pero quizá el más puntual es que por más complicado que se visualice un panorama, siempre existirán formas de seguir adelante, trascender y, en este caso, las personas adultas mayores estudiantes del SUAM han demostrado que no existen fronteras para lograr una educación para todas las edades.

## Referencias

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós Iberica.
- Bernard R. (2006). Nonprobability sampling and choosing. In Bernard R. editors. *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. California: Oxford. Altamira Press.
- Declaración de Helsinki. (2008). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1998). *Strategies of qualitative inquiry*. Londres: Sage publications.
- Fernández-García, A., García, J. y Pérez, G. (2016). Grado de Satisfacción de los adultos con los Programas Universitarios. *Revista complutense de educación*, 27(3): 1021-1040.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5709243>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- García, M., Meseguer, L., González, S. y Barrera, R. (2014). Aprendizaje a lo largo de la vida éxito y futuro del sistema de acceso a la universidad para mayores de 40 y 45 años en Andalucía. *Revista de educación*, 36(3): 101-127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4572630>
- Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E. (1992). *Invitación a la fenomenología*. Paidós.
- Instituto Nacional para la Educación de Adultos [INEA]. (2018). *Más de 155 mil personas adultas mayores culminan nivel educativo con INEA en 2018*. <https://www.gob.mx/inea/prensa/mas-de-155-mil-personas-adultas-mayores-culminan-nivel-educativo-con-inea-en-2018?idiom=es>
- Labrín, C. D. P. E. U. (miércoles 22 julio 2020). El impacto de la pandemia en los adultos mayores. *Universidad de Chile*. <https://www.uchile.cl/noticias/168791/el-impacto-de-la-pandemia-en-los-adultos-mayores>
- Merriam, S. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. Jossey-Bas Inc.
- Montoro, J., Pinazo, S. y Totosa, M. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 42(3):158-66. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X07735424>

- Fernández Loyo, L.M., et al. Pérdidas y ganancias de la docencia *online* .....
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_spa.pdf;jsessionid=F8D376DB4B903C6BF70D64A3B41C2AE3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15_01_spa.pdf;jsessionid=F8D376DB4B903C6BF70D64A3B41C2AE3?sequence=1)
- Organización Panamericana de la Salud. (Jueves 30 de septiembre de 2020) *Personas Mayores y COVID-19*. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Ortiz-Colón, A. (2015). Los Programas Universitarios de Personas Mayores y el Envejecimiento Activo. *Formación universitaria*, 8(4): 55-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062015000400007>
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(5), 249–252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México.
- Schütz, A. (1995). El problema de la realidad social. Argentina: Amorrortu.
- Shinebourne, P. (2011). Interpretative Phenomenological Analysis. In N. Fros. (Ed.), *Qualitative Research Methods in Psychology*. McGraw Hill-Open University Press.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia
- Universidad de Guadalajara. (Martes 23 de agosto de 2013). Inicia clases el Sistema Universitario del Adulto Mayor. <http://www.udg.mx/es/noticia/inicia-clases-el-sistema-universitario-del-adulto-mayor>
- Vega, J., Ruvalcaba, J., Hernández, I., Acuña, M. y López Pontigo, Lydia. (2020). La salud de las personas adultas mayores durante la pandemia de COVID-19. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(7), 726-739. Epub 05 de julio de 2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3772>
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications.

## **AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE POR COVID-19 EN PERSONAS MAYORES**

### **COPING OF STRESS AND ANXIETY IN THE FACE OF DEATH BY COVID-19 IN OLDER ADULTS**

Angélica María Razo-González<sup>1</sup>, Evelyn Hernández-Calderón<sup>2</sup>, Carlos Alejandro Flores-Monroy<sup>3</sup>, Mariam Eleany Martínez-Mondragón<sup>4</sup>

Recibido:07-10-2021 Corregido:30-11-2021 Aceptado: 17-12-2021

#### **RESUMEN**

**El propósito** de esta investigación es analizar el proceso y mecanismos de afrontamiento del estrés percibido y la ansiedad ante la muerte, ocasionados por la COVID-19, en una muestra de adultos mayores, utilizando como unidad de análisis los aspectos de la capacidad de sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Para ello, se utilizó una **metodología** de enfoque cualitativo, a partir de un estudio trasversal con entrevistas semiestructuradas. Los **resultados** se analizan desde el enfoque salutogénico (enfoque positivo de la salud) del sentido de coherencia, lo que significa identificar el origen de la salud y bienestar en uno mismo, desde los elementos que permiten desarrollar bienestar, adaptabilidad y crecimiento en situaciones estresantes y de ansiedad ante la muerte, así como los mecanismos de afrontamiento. **Conclusiones**, las personas adultas mayores entrevistadas manifiestan: comprensibilidad, trabajando en informarse y cuidarse para prevenir condiciones de riesgo, generando la sensación de actuar para preservar la salud, el bienestar y la propia vida; manejabilidad, refieren que requieren de apoyos y ubican con facilidad los recursos disponibles; significatividad, hacen uso de recursos espirituales y religiosos, destacando la importancia del apoyo familiar y comunitario.

**PALABRAS CLAVE:** Afrontamiento, estrés percibido, ansiedad ante la muerte, COVID-19, personas adultas mayores.

#### **ABSTRACT**

Object to understand and identify the process and coping mechanisms of perceived stress and anxiety in the face of death, caused by COVID-19 in a sample of elderly men and women. Methodology prospective study, qualitative approach, with semi-structured interviews. Results analysis from salutogenic approach of the Sense of coherence (comprehensibility, manageability and significance), observing elements that allow to develop well-being, adaptability and growth in stressful situations, identifying coping mechanisms. Conclusions from understandability, they

---

<sup>1</sup>Doctora en Educación, Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico. Docente, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal de Valle de Ecatepec. Ciudad de México, México. E-mail: [arazo@uneve.edu.mx](mailto:arazo@uneve.edu.mx)

<sup>2</sup>Doctora en Pedagogía, Universidad Nacional Autónoma de México. Docente Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Ciudad de México, México. E-mail: [evelynsociologi@hotmail.com](mailto:evelynsociologi@hotmail.com)

<sup>3</sup>Gerontólogo y Maestro en Trabajo Social. Docente Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Ciudad de México, México. E-mail: [cflores@uneve.edu.mx](mailto:cflores@uneve.edu.mx)

<sup>4</sup>Gerontóloga y Maestra en Trabajo Social. Docente Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. Ciudad de México, México. E-mail: [mmartinez@uneve.edu.mx](mailto:mmartinez@uneve.edu.mx)



Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....

manifest feeling overwhelmed, but not threatened, by the situation, from being informed and taking care of themselves, they seek to prevent risk conditions, generating sensation of acting to preserve health, well-being and life itself. From manageability, they require support and easily locate the available resources, although they do not always use them. From significance, they make use of spiritual and religious resources, highlighting the importance of family and community support.

**KEY WORDS:** Coping, perceived stress, death anxiety, COVID-19, older adults

## Introducción

El coronavirus SARS-Cov2, causante de la enfermedad COVID-19, se ha convertido en un problema de salud pública ampliamente difundido por el mundo, al ser reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia mundial desde el 11 de marzo del 2020. Casi desde el principio de la pandemia, se ha demostrado que uno de los grupos más vulnerables es el de las personas adultas mayores, en sus inicios, los medios de comunicación masiva no dejaban de enfatizar que con esta enfermedad “las personas mayores, en particular las personas mayores de 80 años, y personas con comorbilidades, como enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria y diabetes, corren mayor riesgo de enfermedad grave y muerte”. Para el caso específico de México “la tasa de mortalidad por casos de COVID-19 en la población de adultos mayores de 60 años es de 51 defunciones por cada mil casos confirmados” (Vega Rivero et al., 2020, p. 729). Tal escenario, puede potencialmente propiciar la generación de estrés y ansiedad ante la muerte por COVID-19 en personas mayores. Por ello, el objetivo de esta investigación es analizar el proceso y mecanismos de afrontamiento de la ansiedad ante la muerte y el estrés percibido por la presencia de la COVID-19, mediante el sentido de coherencia, en una muestra de hombres y mujeres adultas mayores.

Ahora bien, nada es estresante salvo que la persona lo considere como tal (Lazarus & Folkman, 1986, p.43). Por ello es importante comprender lo siguiente: ¿cómo generan las personas adultas mayores sentido de coherencia en el proceso de

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
afrontamiento ante el estrés y la ansiedad ante la muerte, provocadas por la COVID-19?, ¿qué diferencias existen entre el afrontamiento de estrés y el afrontamiento de ansiedad ante la muerte?, ¿cómo incide el sentido de coherencia en el afrontamiento del estrés y la ansiedad ante la muerte provocadas por COVID-19? El análisis propuesto se desarrolla teniendo como ejes los objetivos específicos: 1) describir el efecto de la contingencia por COVID-19 sobre la percepción de estrés y ansiedad ante la muerte, en una muestra de personas adultas mayores; 2) identificar las formas de generar sentido de coherencia en el proceso de afrontamiento del estrés y la ansiedad ante la muerte; 3) distinguir las diferencias entre el afrontamiento del estrés y el de ansiedad; y 4) comprender cómo incide el sentido de coherencia en el afrontamiento del estrés y la ansiedad ante la muerte. Se hipotetiza que el confinamiento ocasionado por el periodo de contingencia por COVID-19 tiene un efecto negativo en las personas mayores entrevistadas, evidenciándose en niveles de estrés percibido y ansiedad ante la muerte, así mismo, el desarrollo de sentido de coherencia (Antonovsky, 1996) disminuye la percepción de estrés y ansiedad ante la muerte generados por esta circunstancia.

## **Estrés y Ansiedad Ante la Muerte**

El confinamiento ocasionado por la COVID-19 se convirtió eventualmente en un suceso vital estresante para las personas adultas mayores, siguiendo a Sandín (1999), quien definió los sucesos vitales estresantes como aquellas circunstancias que requieren un cambio en la rutina, o que perturban o amenazan la actividad habitual de la persona. Este autor identificó tres categorías: 1) sucesos vitales altamente traumáticos, se refieren a sucesos extraordinarios como desastres naturales o guerras; 2) sucesos vitales mayores, son aquellas situaciones relativamente usuales en la vida de las personas, que no necesariamente son traumáticas, como el matrimonio o el nacimiento de hijos, aunque también se consideran aquellas traumáticas, como la muerte de algún ser querido, algún accidente o la presencia de enfermedades; 3) sucesos vitales menores, se

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte..... consideran aquellos sucesos cotidianos como el tránsito o la carga de trabajo. En este sentido, la situación de confinamiento, por sus repercusiones sanitarias, económicas, sociales y psicoemocionales, bien puede considerarse dentro de la primera categoría, es decir, como un suceso altamente traumático.

El estrés y la ansiedad ante la muerte son elementos distintos, pero íntimamente relacionados. El estrés es una respuesta fisiológica que se desencadena ante la percepción de que el bienestar propio o ajeno está en peligro, sin embargo, aunque tienen elementos comunes, la ansiedad no necesariamente responde a estímulos reales y puede ser parte de la vida cotidiana, convirtiéndose en una patología. Entonces, la ansiedad es lo que ocurre cuando se experimenta una mezcla de estrés y preocupación, dentro de los cuales los desencadenantes son más de tipo interno que externo y pueden perdurar más allá de la desaparición de la situación estresante, por lo que el estrés se enfoca en el presente y la ansiedad en el futuro. De modo que, al hablar de estrés y ansiedad ante la muerte, se consideran todos los elementos mencionados, provocados por la situación de confinamiento ante la COVID-19 en personas adultas mayores, al ser entendidos como un suceso vital altamente traumático.

En suma, en el plano psicológico, el estrés se asocia con los trastornos de ansiedad (Hoehn-Saric et al., 2004), por lo que se puede suponer que también se relacione, específicamente, con la ansiedad ante la muerte. Al respecto, Limonero (1997) definió la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (real o imaginaria) a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales. Al respecto, pueden considerarse los riesgos por COVID-19 asociados, en particular, a la población adulta mayor. Por otro lado, Donald Templer (1970), define la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producto de la percepción de señales de peligro o amenazas hacia la vida, sean imaginarias o reales. Así mismo, describió la

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
ansiedad ante la muerte como un estado emocional desagradable producido por la contemplación de la muerte propia. De hecho, la mayoría de las investigaciones al respecto se han dedicado “al estudio del impacto emocional y las estrategias de afrontamiento que la muerte provoca” (Tomás-Sábado J. 2009 p.134).

De acuerdo con Collel (2005), esta respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos o acontecimientos externos como por estímulos internos al sujeto. En este sentido, el estrés provocado por la contingencia del coronavirus puede producir una fuente de la ansiedad ante la muerte. Al respecto, diversas investigaciones han señalado que las situaciones estresantes más frecuentes en la población adulta mayor son los propios problemas de salud, la enfermedad de la familia, las preocupaciones financieras, las tensiones sociales, la muerte de un ser querido y vivir sin compañía (Dorfman et al., 2009; Hernández y Romero, 2010; Nelson-Becker, 2004; Park, 2006, Rahimi et al., 2015; Solomon, 1996; Zautra et al., 1991). Durante el confinamiento, todas estas situaciones estresantes se han agudizado, alterando el cómo las personas observan, interpretan y manejan la situación. Por ello, el constructo de sentido de coherencia es una buena herramienta para analizar el efecto de la contingencia por COVID-19, sobre la percepción de estrés y la ansiedad ante la muerte.

### **Categorías de Análisis**

El constructo sentido de coherencia, de acuerdo con una orientación salutogénica dada por Antonovsky, pretende captar cómo la gente aborda el estrés en vez de insistir en el impacto negativo de los estresores. Se refiere a una disposición (orientación de la vida) para encarar la vida y sus problemas de manera que se hace más fácil su afrontamiento al ver el mundo como significativo, citado en Moreno et al. (1997, p.117). En consonancia, para llevar a cabo el análisis de este proceso, se utilizó el sentido de coherencia (SOC), propuesto por Antonovsky (1987), como modelo interpretativo para la elección de los mecanismos de afrontamiento empleados por las

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
personas adultas mayores sobre las percepciones de estrés y ansiedad ante la muerte  
causadas por la contingencia por COVID-19. Antonovsky define el SOC como “una  
orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistente y  
dinámica sensación de confianza en que (1) los estímulos provenientes del entorno  
(interno/externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables  
[comprensibilidad], (2) los recursos están disponibles para afrontar las demandas que  
exigen esos estímulos [manejabilidad] y (3) estas demandas son desafíos que merecen  
una inversión y un compromiso [significatividad].” (Antonovsky, 1987 p.19). En  
resumen, el constructo sentido de coherencia, básicamente, analiza las conductas de  
afrontamiento dividiéndolas en tres dimensiones:

1. La comprensibilidad, es la parte cognitiva del constructo total. Es la  
medida en que la estimulación ambiental da una sensación cognitiva ordenada,  
consistente y clara, aunque el estímulo pueda ser estresante, hay una sensación de  
entender lo que pasa. La comprensibilidad es favorecida por experiencias consistentes,  
por la estabilidad a lo largo de la vida. Diferentes mensajes de una misma fuente, reglas  
vagas e inconsistentes, peligro y caos, hacen que la persona no encuentre sentido a su  
mundo, ni sepa qué sentir o cómo comportarse.

2. La manejabilidad, es el elemento instrumental, es decir, al grado en que  
las personas perciben que cuentan con los recursos adecuados para hacer frente a las  
demandas ambientales. Los recursos pueden ser externos o internos, e incluso pueden  
tener una base filosófica o religiosa, según la cual todo se resolverá bien. La  
manejabilidad se ve favorecida por una historia personal en la que la persona ha logrado  
actuar, utilizando su potencial y confirmado que tiene los recursos apropiados  
disponibles.

3. La significatividad, hace referencia a la parte motivacional del  
constructo, es el componente principal dentro de la teoría del sentido de coherencia,

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte..... porque es el elemento que conduce a la persona a buscar los recursos para afrontar la situación, da respuesta a la pregunta ¿por qué debería? Es el sentimiento de que los estímulos tienen sentido y de que la vida es un reto y merece la pena hacer un compromiso, inversión emocional y conducta orientada a una meta (Moreno et al., 1997, p. 118).

## Metodología

Se trata de una investigación transversal de enfoque cualitativo, por medio de entrevista semiestructurada, con preguntas disparo, basadas en las dimensiones del modelo sentido de coherencia. El estudio fue de tipo interpretativo-comprensivo, siguiendo el método fenomenológico, que permitió abordar la percepción de las personas adultas mayores. Lo anterior, teniendo como elemento central, el abordaje empírico de las acciones reflexivas e intencionadas, a modo de afrontamiento, durante la situación de confinamiento vivida a causa de la COVID-19.

## Participantes

Se realizaron entrevistas a 36 personas adultas mayores, cuyas características se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de los participantes*

Género	Características	Descripción
<b>Masculino</b>	Hombres	11 participantes
	Edad	7 de 60-65 años; 1 de 66-70; 2 de 71-75; 1 mayor de 80
	Estado civil	4 solteros, 6 casados, 1 viudo
	Religión	9 católicos, 2 sin religión
	Nivel educativo	2 primaria, 3 secundaria, 3 licenciatura, 3 posgrado
	Percepción del estado de salud	5 regular, 5 buena, 1 excelente
<b>Femenino</b>	Mujeres	25 participantes
	Edad	3 de 50 a 59 años; 9 de 60-65; 7 de 66-70; 6 de 71-75
	Estado civil	1 soltera, 17 casadas; 6 viudas; 1 divorciada
	Religión	23 católicas, 1 evangélica, 1 testigo de Jehová
	Nivel educativo	7 primaria, 9 secundaria, 8 bachillerato, 1 posgrado
	Percepción del estado de salud	1 mala; 15 regular; 8 buena; 1 excelente

Todas las personas fueron invitadas a participar de manera voluntaria, a través de una muestra intencional de casos típicos, es decir, que estuvieran viviendo la situación de confinamiento por la COVID-19 y quisieran hablar de su experiencia.

## **Técnicas de Recolección de Datos**

Se utilizó la entrevista como una herramienta para la recolección de datos y generadora de sentidos, puesto que responde al qué, porqué o cómo ocurren determinados sucesos. Permitió a las personas investigadoras explorar los aspectos cognitivos de la persona y, al mismo tiempo, percibir los factores sociales o personales, que condicionan una determinada realidad. También, ayudó a comprender lo vivido por las personas participantes del estudio. De acuerdo con Troncoso-Pantoja y Amaya-Placencia (2017), “la entrevista al desentrañar las significaciones elaboradas desde los sujetos permite conocer y comprender, mediante la integración de varias dimensiones, a los sujetos, teniendo en cuenta el marco sociocultural en el que las personas interpretan, piensan y elaboran sentido” (p. 332).

Dentro de los tipos de entrevistas, se eligió la entrevista semiestructurada, como una técnica que permite cierta flexibilidad, pues a partir de “preguntas disparo” que se pueden adaptar a las respuestas de las personas entrevistadas, se va siguiendo un hilo conductor sobre los aspectos de interés para la investigación. En este caso, el afrontamiento y la vivencia del periodo de confinamiento. Durante el proceso previo a la realización de la entrevista, se desarrolló un protocolo que contenía una estructura estandarizada para realizar la entrevista, lo que permitió ser aplicada por una o más personas investigadoras, sin alterar los objetivos del estudio.

Sobre los aspectos éticos, es importante mencionar que el estudio siguió lo establecido en la Declaración de Helsinki y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la legislación mexicana, las personas fueron informadas de los objetivos, métodos, beneficios, así como los posibles riesgos

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
previstos y las molestias que la investigación pudiera generar. Además, se les informó que eran libres de participar, o no, en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación (D.O.F., 02/04/2014).

## **Procedimiento**

Las personas fueron invitadas a participar y se les explicaron los objetivos y el procedimiento de la entrevista, solicitando su consentimiento para la grabación, análisis y publicación de los resultados. Las personas que, de forma voluntaria, decidieron colaborar fueron entrevistadas aplicando el guion con preguntas disparo. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y analizadas a través de codificación abierta y axial, para posibilitar la relación de categorías y subcategorías del sentido de coherencia identificadas en las entrevistas. Lo anterior, en función de lo experimentado por las personas participantes, con respecto a la situación estresante y la ansiedad ante la muerte surgidas desde su vivencia, durante el periodo de confinamiento ocasionado por la COVID-19. Siempre tomando en cuenta que “para narrar una historia compleja, uno debe designar los acontecimientos, planear o implicar sus dimensiones y propiedades, proporcionarles un contexto, indicar una o dos condiciones de cada acción/interacción esencial para la historia” (Schatzman, 1991 p. 308).

## **Resultados**

Como ya se ha explicado, en este estudio utilizamos el sentido de coherencia, Antonovsky (1996), desde un enfoque salutogénico, es decir, ubicando aquellos elementos que les posibilitan a las personas adultas mayores desarrollar bienestar, adaptabilidad y crecimiento en situaciones estresantes. Esto nos permitió situar los mecanismos que las personas adultas mayores han empleado durante la pandemia y comprender las particularidades de este grupo etario para enfrentar el estrés y la ansiedad ante la muerte, provocados por la situación de confinamiento por COVID-19.

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
Así también, pudimos comprender cómo las personas generan recursos que les permiten desarrollar bienestar en situaciones potencialmente estresantes. Por lo que, el análisis se desagregó en las tres dimensiones del sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

## **Comprensibilidad**

Al hablar de comprensibilidad dentro del sentido de coherencia, entendemos que cada persona en el contexto que le rodea es capaz de desarrollar habilidades para enfrentar el momento que vive, teniendo la capacidad de razonar con conocimiento, sistemático y regulado. “Es la capacidad de la persona de percibir el significado del mundo que le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno” (Burguillos, 2014, p.296). Es, de hecho, el componente cognitivo del constructo y está compuesto por la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas de lo que sucede en el ambiente, a través del cual se concluye que la vida es predecible y, por lo tanto, segura.

Así, se observó cómo las personas manejan la información que les brindan los medios de comunicación, se explican la situación y es, a partir de esta información, como deciden afrontar los síntomas del estrés y la ansiedad por la muerte:

J. C. (hombre) “Creo que estoy sumamente enterado de lo que ocurre en el país y en el mundo. Las noticias, la política en su sentido amplio, siempre han sido mi interés y afición así que el tema de la evolución de la pandemia no ha sido la excepción. ... Sé de los síntomas y estados de la enfermedad y su evolución y complicaciones. Los impactos sociales y económicos en la población y las personas. Sé de las consideraciones que ha tenido el gobierno federal para establecer una estrategia nacional para hacer frente a la pandemia, reconozco los errores que ha tenido la estrategia y de que en ocasiones las

decisiones se han tomado por voluntarismo, careciendo de todo sentido pragmático y programático”.

Estar enterado de la situación proporciona la sensación de certidumbre, brinda elementos para comprender de manera lógica lo que ocurre. De tal manera, se generen elementos para ser capaces de tomar decisiones, aún en situaciones que rebasan las capacidades personales, es decir, se produce una sensación de poder hacer algo para afrontar los efectos estresantes que ocasionan la situación de confinamiento y el peligro de enfermar o incluso, morir. Por otro lado, las personas entrevistadas manifiestan, en su mayoría, que en algún momento se sintieron rebasadas, aunque no amenazadas. Sin embargo, han procurado informarse y cuidarse, por lo que la prevención es un elemento que genera la sensación de poder actuar y hacer algo para preservar la salud, el bienestar e incluso la propia vida:

A.O (mujer): “Lo que se dice en las noticias, hay cosas ciertas y otras no, pero aun así tomar la precaución necesaria...” [¿tiene miedo?] “No, porque trato de tener los cuidados necesarios, en ningún momento me he sentido amenazada. Me siento tranquila porque ya me vacunaron, pero me seguiré cuidando lo más que pueda”.

P.V. (mujer): “Llegó un momento en el que me rebasó, ahorita ya me siento un poco más segura de que ya estoy vacunada, y hay movimientos en los negocios, entonces como que me siento un poco más segura”.

En contraste, se observó que otra forma de afrontar el estrés y, sobre todo, la ansiedad ante la muerte es no “no saber”, es decir tratar de enterarse lo menos posible para no tener que pensar en los peligros de la pandemia:

C.G. (mujer) “pues realmente mucho no sé, ni a fondo, sé que de lo poco que sé es que es una enfermedad muy agresiva, ataca pulmones y pues como

francamente no me he interesado por saber tanto porque es un temor muy grande no, no, no pero sé muy poco”.

E.A. (mujer) “trato de no ver tanto las noticias porque me espanto o me da pánico con tanta cosa, pero sé que se contagia de persona a persona y que es muy peligroso, por eso es importante cuidarnos y lavarnos las manos”.

S.J. (hombre) “sí está uno al pendiente de las noticias, aunque eso afecta mucho psicológicamente porque después por estar viendo uno se imagina cosas, puedes pensar hójole ya me enfermé o tengo síntomas y te sugestionas por todo”.

Sin embargo, en general, están conscientes de su vulnerabilidad como grupo de mayor edad, y del riesgo que están afrontando, lo que los lleva a desarrollar acciones de protección, ya sea el ejercicio, la vacuna, medidas de higiene, la sana distancia, entre otras. Por lo anterior, la comprensibilidad está relacionada con la manejabilidad, de esta forma manejan el estrés y la ansiedad ante la posible enfermedad y muerte.

Un ejercicio de codificación axial revela las estrategias más utilizadas para afrontar el estrés y la ansiedad ante la muerte, dentro de la dimensión de comprensibilidad del constructo, tabla 2.

**Tabla 2.**

*Dimensión Comprensibilidad: Estrategias más utilizadas por los sujetos para enfrentar el estrés y la ansiedad ante la muerte.*

Categoría	Descripción	Número de veces que la idea fue mencionada
<b>PELIGROSIDAD</b>	La peligrosidad de la enfermedad y sus síntomas	10
<b>CUIDADOS</b>	El conocimiento de los cuidados necesarios para afrontar la enfermedad	9
<b>VULNERABILIDAD</b>	Conciencia de la propia vulnerabilidad para afrontar la enfermedad	5
<b>INFORMACIÓN</b>	La información disponible a través de los medios de comunicación masiva	5
<b>EVASIÓN</b>	Algún grado de evasión consciente, que se manifiesta en no querer saber mucho sobre el avance de la pandemia y sus consecuencias	5



Cabe resaltar que la información es procesada de modo selectivo por las personas adultas mayores, ubicando lo que está dentro de sus capacidades para poder comprender y actuar en consecuencia. De modo que cuestionan la información recibida y diferencian aquella que les es útil de la que no lo es tanto, como un aspecto cognitivo utilizado en forma práctica, relacionando así la comprensibilidad con la manejabilidad. En cuanto a la evasión, en las mujeres es utilizada como protección sobre todo contra la ansiedad ante la muerte, mientras que en el caso de los hombres buscan evitar información sin sustento y profundizan en aquella que consideran valiosa para manejar el estrés.

## **Manejabilidad**

La manejabilidad se forma por dos aspectos importantes: por un lado, la capacidad para identificar los recursos con los que se cuenta, e incluso los que se pueden gestionar o desarrollar, lo cual implica saberse confiable y autoeficaz para hacer frente a las dificultades de la vida; por otro lado, la capacidad para utilizar los recursos disponibles, es decir, hacerlos efectivos para generar adaptabilidad y bienestar.

En tal sentido, puede observarse que las personas mayores ubican con facilidad los recursos disponibles; sin embargo, no siempre los hacen efectivos por distintas razones, que van desde el desinterés, hasta el desconocimiento de cómo hacerlo:

N.C. (hombre) “Consideró que contamos con los recursos necesarios para salir de esta situación. Conozco lo suficiente, lo que me genera cierta tranquilidad para poder tomar algunas decisiones y que estoy consciente que el riesgo aún no desaparece. Mantengo una buena relación con mi esposa, lo que nos permite que sea llevadera esta situación”.

Al analizar lo manifestado por las personas entrevistadas, revelan la necesidad de recibir apoyo y acompañamiento social en sus distintas modalidades para hacer efectivos los recursos disponibles, tanto aquellos que no dependen directamente de sí

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
sino de terceras partes como los que dependen directamente de sí. Estos últimos obedecen a su estado de ánimo y al sentido que logran o no construir para desarrollarlos:

J.C. (hombre): “Restringir mis salidas sólo a actividades de sobrevivencia teniendo como prioridad mi salud en todos los sentidos. Refugiarme en mi casa. La actividad física prácticamente desapareció. La sustituí por el ejercicio en bicicleta y rutinas de ejercicio en casa, en un principio. Con el paso de los meses fue una actividad regular y poco a poco he dejado de hacerlo con la sistematización y periodicidad del pasado. (...) Tengo todos los recursos institucionales, seguridad social, privados, que me dan tranquilidad ante una eventual enfermedad de COVID. Quizá es la fuente de mi seguridad personal y, por lo tanto, de un estado psicológico estable. Tengo mis amistades, pocas, pero valiosas. Recursos comunitarios, supongo que los tengo a mi disposición, sin tomarlos mucho en cuenta”.

En el ejemplo presentado se identifican todos los recursos disponibles; sin embargo, no se hacen efectivos todos, aunque el hecho de identificarlos proporciona seguridad, hay acciones que requieren acompañamiento y apoyo, como el ejercicio en casa para lograr continuidad y los beneficios que produce. Por otro lado, la capacidad de ejercer los recursos disponibles tiene que ver con la capacidad de adaptación a la nueva situación, lo que implica tomar decisiones y cambiar las rutinas y los roles, así en la medida en que se actúa y se decide, se siente más control sobre la vida y se afrontan con mayor seguridad el estrés y la ansiedad:

S.S. (mujer) “he tenido que administrar un poco más el dinero ya que pues actualmente no nos alcanza para llevar esta toda esta vida, hemos tenido que adaptarnos a las nuevas necesidades no como el uso del cubrebocas, usar el gel antibacterial, es decir, sanitizarnos. Pues mira, yo he estado aquí en mi casa

pero al principio sí me sentía rara porque pues una está acostumbrada a andar para allá y para acá, tener ciertos horarios, te acoplas a ciertas actividades y pues cuando llegas aquí, tienes que adaptarte a las necesidades y también tu familia, en este caso mi esposo, ya llevaba ciertas actividades y pues entre los dos hemos modificado nuestras nuevas rutinas porque pues entre los dos nos tenemos que apoyar, mi hijo también apoya mucho porque pues él es más fuerte que nosotros y pues tenemos que llevar adelante la casa”.

Cabe resaltar que, la elección de las actividades está siempre en función de sus roles de género. En general los hombres buscan construir, hacer arreglos en casa, buscar información, mientras que las mujeres se ocupan del cuidado de la casa, la salud de la familia y la administración de los gastos:

S.G. (hombre) “Hacer mejoras en mi casa para pasar el tiempo más a gusto, he pensado también en lo que vamos a necesitar mi esposa y yo cuando seamos más grandes y necesitemos una persona que nos ayude, por eso estoy construyendo un cuarto de servicio y un roff garden para hacer más jardinería que es algo que siempre le ha gustado mucho a mi esposa, yo lo hago más por hacer la carne asada y para convivir en familia, para mis nietos, que tengan donde jugar.”

M.S. (mujer) “Me pongo a dibujar es lo que me gusta hacer dibujar o hay veces pues que me entretengo en lo de la comida en pensar que voy a hacer de comer, veo la tele. Si tengo varias cosas para entretenerme.”

En general, en la dimensión instrumental de la manejabilidad, en el “mantenerse ocupado”, reajustando las actividades y los recursos, se sostiene el manejo adecuado de las situaciones estresantes y se reduce la ansiedad ante la muerte.

Finalmente, otro gran pilar del afrontamiento al estrés y a la ansiedad ante la muerte se encuentra en la activación y mantenimiento de las redes de apoyo social, se

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
 reajustan las actividades y se buscan nuevos espacios para continuar con los vínculos sociales a fin de sentirse seguro ante las nuevas circunstancias, basándose en la valoración de los recursos y la fortaleza de las redes de apoyo, se decide incluso que acciones tomar en caso de enfermarse:

R. B. (mujer) “Mis hijos ya me metieron al seguro, pero en caso de que sea rápido y grave me compraron un tanque de oxígeno y tenemos las medidas necesarias en caso de que enferme alguien de mi casa o yo.”

La codificación axial reveló cuatro grandes estrategias, como respuesta, de las personas entrevistadas para manejar el estrés y la ansiedad, tabla 3.

**Tabla 3.**

*Dimensión Manejabilidad: Estrategias más utilizadas por los sujetos para enfrentar el estrés y la ansiedad ante la muerte.*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Número de veces que la idea fue mencionada</b>
<b>REDES DE APOYO</b>	Acciones generar y aprovechar las redes de apoyo	13
<b>PREVENCIÓN Y CUIDADOS</b>	Acciones de protección y cuidados para prevenir la enfermedad	11
<b>ACTIVIDADES Y RECURSOS</b>	Ajustar los recursos disponibles y adaptar las actividades para mantenerse ocupado	10
<b>ENFRENTAR LA ENFERMEDAD</b>	Tomar decisiones sobre ¿qué hacer en caso de enfermar?	4

La adaptación, tanto de actividades como en las formas de relacionarse, se presentan en función de protegerse y generar o fortalecer las redes de apoyo, siendo la familia fundamental para lograrlo y articular la manejabilidad con la significatividad, es decir el actuar con la motivación para hacerlo. En los hombres, las acciones de protección y cuidado se enfocan más en ellos mismos que en los otros, mientras que, en el caso de las mujeres, se enfoca tanto al cuidado propio como de su familia. Por otro lado, las redes de apoyo en hombres son más enfocadas a los apoyos instrumentales e informativos, mientras que en las mujeres son mayormente de tipo social y emocional.



## **Significatividad**

Es el componente motivacional del constructo sentido de coherencia, al respecto (Antonovsky, 1987, citado por Burguillos, 2014) menciona que, a través de esta dimensión, las demandas son vistas como retos valiosos para involucrarse e invertir valor en ellos. Por lo tanto, una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida de ciertas áreas de la vida, para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos de invertir energía.

En este sentido se encontró que, desde la significatividad, en este contexto de confinamiento, los afrontamientos tienen dos elementos: uno intrínseco y otro extrínseco. Respecto del primero, las personas informantes hacen uso de sus recursos religiosos y espirituales, como aquellos que les motivan y que, a su vez, les impulsan a invertir sus energías en todos aquellos retos y demandas que les rodean. En lo extrínseco, resalta el papel de la familia, sobre todo la pareja, los hijos y los nietos. Por lo anterior, se considera la significatividad como el elemento que contiene los aspectos emocionales del constructo, lo cual se manifiesta como de vital relevancia para las personas informantes del estudio:

E.G. (mujer): “Siento que me apoyan tanto mis nietos como hijos y esposo, en ese aspecto, sí, si siento mucha esperanza, como yo creo mucho en Dios, siempre le estoy orando y pidiendo por las personas que están enfermas y por las que mueren diario”.

Por otro lado, si desde lo extrínseco, se resalta la importancia que las personas informantes confieren a las relaciones familiares y comunitarias como motivantes para afrontar los retos en un contexto de miedo e incertidumbre, también se observa el impulso que genera el deseo de vivir y estar bien:

A.O. (mujer) “Pues...el deseo de vivir, y el amor a mi hijo también, porque es un amor que como madre uno le tiene a los hijos, y es lo que me motiva...el amor a mi hijo y el deseo de vivir y de estar sana, por eso me cuido... Es importante apreciar y valorar lo que tienes y eso debe de alimentarte y mantener la esperanza de que todo volverá a la normalidad si seguimos cuidándonos y siguiendo las indicaciones del gobierno”.

Otro factor que resaltó es la esperanza de que todo termine y la vida pueda continuar adaptada a las nuevas circunstancias:

J.C. (hombre) “Vivir la cotidianidad, la nueva rutina, sin presionarme, aceptando que mi vida cambió y que seguirá cambiando, ¿hasta qué punto? No lo sé, pero lo que sí sé es que este mundo y mi vida, nunca serán igual. ... La esperanza de que en un momento saldremos de esto y como en muchas cosas que he vivido, quedarán en el anecdotario. Creo que seré una mejor persona y retomaré el ritmo y continuaré haciendo lo que me gusta, pero más viejito”.

Dentro de las estrategias que se manifiestan a través del análisis de codificación axial se encontraron tres principalmente, tabla 4:

**Tabla 4.**

*Dimensión Significatividad: Estrategias más utilizadas por los sujetos para enfrentar el estrés y la ansiedad ante la muerte.*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>	<b>Número de veces que la idea fue mencionada</b>
<b>DIOS</b>	Expresiones sobre su fe y relación con Dios como motivador para afrontar las situaciones	16
<b>VIDA</b>	Expresiones de su fe en la vida misma y vivir el presente	16
<b>FAMILIA</b>	Expresiones sobre confianza en la familia como motivador para afrontar las situaciones	14



Se puede observar como elemento común, tanto en los hombres como en las mujeres, que estas 3 estrategias de afrontamiento motivan el aprendizaje de experiencias y desarrollan la capacidad para tomar lo mejor de las situaciones adversas, les permiten desarrollar elementos para relacionarse de otras maneras, tanto con sí como con otras personas, y con ello, generar sentido de vida.

A la luz de los resultados, constatamos que utilizar el constructo sentido de coherencia para analizar los procesos y mecanismos de afrontamiento ante el estrés percibido y la ansiedad ante la muerte resultó muy enriquecedor, puesto que las dimensiones comprensibilidad, manejabilidad y significatividad del constructo pudieron ser identificadas en los discursos de los sujetos y ponderadas para comprender las estrategias que las personas utilizan para hacer frente a las circunstancias provocadas por el periodo de confinamiento. Asimismo, documentamos de qué manera las personas adultas mayores comprenden las circunstancias que se les presentan, cómo valoran sus recursos disponibles y qué los motiva a salir adelante adaptándose a la situación, tales elementos les ayudan, en mayor o menor medida, a lidiar con el estrés y la ansiedad de saberse en peligro de muerte.

A través del ejercicio de codificación axial, se pudieron identificar las estrategias en grandes categorías o líneas de acción, proporcionando las bases para futuras investigaciones y el desarrollo de líneas concretas de intervención.

## Conclusiones

El periodo de contingencia ocasionada por la COVID-19 ha dejado reflexiones y aprendizajes sobre cómo las personas, en especial las adultas mayores, han ido enfrentando las circunstancias impuestas por la pandemia y sus consecuencias. Es importante poder analizar y documentar cómo van utilizando sus mecanismos, estrategias y recursos para mantener la ecuanimidad y salir adelante ante las situaciones

Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte..... potencialmente estresantes y la ansiedad ante la muerte, al reconocerse como parte de un grupo vulnerable. Entre mayor sentido de coherencia han desarrollado, es decir, comprensión de la situación, valoración y manejo de sus recursos internos y externos, y motivaciones para salir adelante, el manejo de estrés y la ansiedad tendrá resultados más favorables, pues cumplirá su cometido de apoyar a la persona para mantener el equilibrio y bienestar. Si por razones debidas al contexto o la historia personal, esto no se ha logrado, es necesario ocupar este conocimiento en implementar estrategias de acción que les apoyen en la consecución de tal objetivo.

Los resultados del presente estudio permitirán el desarrollo de nuevos conocimientos encaminados a enriquecer la investigación sobre estrés y ansiedad ante la muerte en las personas adultas mayores, durante el periodo de contingencia por COVID-19; pero, también, sobre cómo el sentido de coherencia puede ser un factor de protección para que las personas mayores enfrenten y superen la contingencia u otros acontecimientos considerados como altamente estresantes, con lo cual también se favorece el desarrollo de intervenciones encaminadas a promover el desarrollo del bienestar y la calidad de vida en este grupo de población, que se ha visto particularmente afectado.

Las diferencias identificadas entre hombres y mujeres permiten comprender que, si bien los recursos, estrategias y mecanismos pueden ser similares, el sentido y significado dependen de los contextos e historias personales, permitiendo así abordar esa diversidad para atender de manera más precisa las necesidades que las personas adultas mayores presentan; pero, también, para comprender las lógicas de pensamiento y acción para enfrentar las crisis como parte de la existencia. Estos resultados nos invitan a realizar un análisis más profundo de las entrevistas enfatizando el enfoque de género.

Las personas adultas mayores entrevistadas manifiestan que hacer frente a las situaciones adversas es fundamental para poder procesar lo que les ocurre; pero, sobre todo, para posicionarse como agentes activos y con recursos diversos para afrontarlo, salir adelante y aprender de lo experimentado, generando tanto sentido de vida, como desarrollo personal y social.



## Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Burguillos, A. (2014). Sentido de coherencia e inteligencia emocional: efecto en la ansiedad social de estudiantes universitarios. *International journal of developmental and educational psychology*, 4(1), 295-302.
- Collel, B. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Calaluña*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- D.O.F. (02/04/2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Cámara de Diputados. Retrieved from [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Dorfman, L., Méndez, E., y Osterhaus, J. (2009). Stress and Resilience in the Oral Histories of Rural Older Women. *Aging*, 21(4), 303-316.
- Hernández Pedreño, M. (2000). *Desigualdades según género en la vejez*. Secretaría Sectorial de la Mujer y la Juventud.
- Hernández, Z., y Romero, E. (2010). Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 56-68.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D., FunderBurk, F., & Kowalski, P. (2004). Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder an ambulatory monitor study. *Arch Gen Psychiatry*, 61(9), 913-921. doi:10.1001/archpsyc.61.9.913
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. . Barcelona: Martínez Roca.
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 3(1), 37-46.
- Moreno, B., Alonso, M. , y Álvarez, E. . (1997). Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente. Autoestima y Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-137.
- Nelson-Becker, H. (2004). Meeting life challenges: a hierarchy of coping styles in African American and Jewish American older adults. *Diversity and Aging in the Social Environment*, 10(1), 155-174.
- Park, C. (2006). Exploring relations among religiousness, meaning, and adjustment to lifetime and current stressful encounters in later life. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 33-45.
- Rahimi, R., Ali, N., Noor, S., Mahmood, M., y Zainun, K. (2015). Suicide in the elderly in Malaysia. *The Malaysian Journal of Pathology*, 37(3), 259-263.
- Razo-González, A., Díaz-Castillo, R., y Morales-Rossell, R. (2019). Diferencias de género en el significado psicológico de la calidad de vida en un grupo de

- Razo-González, A.M., et al. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte.....  
 perosnas adultas mayores. *Generós. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 147-167.
- Sandín, B. (1999). Estrés y salud: Factores que intervienen en la relaición entre estrés y la enfermedad física. In J. Buendía Vidal, *Familia y psicología de la salud*. Pirámide.
- Schatzman, L. (1991). Dimensional analysis: Notres on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. *D. Maines, Social organization and social process*, 303-314.
- Solomon, R. (1996). Coping with stress: A physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics*, 51(7), 46-51.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *Journal of General Psychology*(82), 165-177.
- Tomás-Sábado, J. (2009). Instrumento de evaluación de las actitudes ante la muerte. In A. González-Celis Rangel, *Evaluación psicogerontológica* (pp. 133-167). Manual Moderno.
- Troncoso-Pantoja, C., y Amaya-Placencia, A. (2017, Abril). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2(65), 329-332. doi:http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235
- Vega Rivero, J. A., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Hernández Pacheco, I., Acuña Gurrola, N. R, y López Pontigo. L. (2020). La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de Covid-19. *JONNPR*, 5(7), 726-739. doi:10.19230/jonnpr.3772
- Zautra, A., Finch, J., Reich, J., y Guamaccia, C. (1991). Predicting the everyday life events of older adults. *Journal of Personality*, 59(3), 507-538.

## **AISLAMIENTO, SOLEDAD Y CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. REFLEXIONES SOBRE EL AISLAMIENTO COMO POLÍTICA DE CUIDADO**

### **ISOLATION, LONELINESS AND CARE OF THE ELDERLY. REFLECTIONS ON ISOLATION AS A CARE POLICY**

Manuela Salas<sup>1</sup>, Yanina Ceminari<sup>2</sup>

Recibido:29-01-2021 Corregido:17-05-2021 Aceptado: 25-10-2021

#### **RESUMEN**

El envejecimiento poblacional es una realidad mundial y representa un desafío para el diseño de políticas públicas. Este se acompaña de un aumento de necesidades de cuidado de las personas adultas mayores. Este trabajo se propone indagar sobre las estrategias de cuidado de personas adultas mayores a la luz de la distinción entre aislamiento y soledad, en el contexto epidemiológico del coronavirus. Esta distinción permite trabajar sobre el aislamiento y su potencia como medida de cuidado social. Asimismo, sobre la soledad como efecto a prevenir en las personas adultas mayores. La relación entre aislamiento y soledad no es lineal y aquí se identifica la gran potencia transformadora de incorporar nuevas tecnologías. Se concluye que es importante considerar al aislamiento en clave de política de cuidados. La actual pandemia incorpora como necesidad la socialización del cuidado y permite problematizar las modalidades de provisión de cuidados de las personas adultas mayores con dispositivos que superen los familiaristas.

**PALABRAS CLAVE:** Infecciones por coronavirus, persona adulta mayor, soledad, aislamiento social, cuidado social

#### **ABSTRACT**

Population ageing is a global reality, and it is a huge challenge to public policy design. This is accompanied by an increase in the care needs of the elderly. This paper aims to work on the strategies of caring for the elderly in the light of distinguishing between isolation and loneliness in the epidemiological context of coronavirus. This distinction allows us to work on isolation and its potency as a policy of social care in pandemic context taking into account the loneliness as an effect to avoid. The relationship between isolation and loneliness is not linear, thanks to the great transformative power of incorporating new technologies.

It is concluded that it is important to consider isolation as a key to care policy. The current pandemic incorporates new necessity ways of socialization and care and makes it possible to problematize the modalities of providing care for the elderly with devices that exceed the familiarists.

**KEY WORDS:** Coronavirus Infections, aged, loneliness, social isolation, social care.

---

<sup>1</sup>Especialista en Gerontología Social, Universidad de León. Docente en el área Salud Individual y Colectiva de la Carrera de Medicina y de la Maestría en Salud Colectiva, Departamento Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina. O ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9956-9691> E-mail: [manuela.salas@uns.edu.ar](mailto:manuela.salas@uns.edu.ar)

<sup>2</sup>Magister en Políticas Públicas para el desarrollo con Inclusión Social, FIACSO. Docente de la cátedra de Salud Pública, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. E-mail: [yceminari@gmail.com](mailto:yceminari@gmail.com)



## Introducción

Cada vez es mayor el interés y preocupación de distintos campos por considerar la experiencia de las personas adultas mayores. Esto responde a distintas razones; en primer lugar, demográficas, es decir, el envejecimiento demográfico significa que cada vez hay más personas adultas mayores en el mundo, que viven más años y los viven en gran medida en buen estado de salud. Esto ha hecho que el envejecimiento y las personas adultas mayores comiencen a formar parte del campo de estudios de distintas carreras: las más obvias como enfermería, psicología, trabajo social y medicina entre otras disciplinas afines a la salud; pero, también en arquitectura, en marketing, dado que son una gran franja de potenciales consumidores, etc. Por otro lado, también hay una creciente sensibilidad ante las situaciones sociales que presentan una cierta vulnerabilidad y requieren lo mejor de la condición humana para salir al paso de las necesidades que presentan (Bermejo, 2016).

Las personas son seres sociales por naturaleza, desde que nacen hasta que mueren. Para vivir, necesitan de las demás personas y las necesidades de cuidado aparecen en diferentes momentos y situaciones vitales, siendo una constante en el recorrido vital. El cuidado es inherente al sostenimiento de la vida porque todas las personas hemos necesitado cuidados en distintos momentos de nuestras vidas y, en ocasiones, también hemos oficiado de persona cuidadora; tarea que habitualmente se encuentra feminizada e invisibilizada (Bermejo, 2016; Pérez Orozco, 2019).

El envejecimiento demográfico y el aumento de la población mayor con dependencia, implica cambios en las dinámicas familiares, que se organizan para brindar cuidados. En la región de Latinoamérica, es común que las personas adultas mayores que requieren cuidado permanezcan en el ámbito familiar y solo se institucionalizan en un pequeño porcentaje (Ceminari y Stolkiner, 2016).

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores...

En ese sentido, el envejecimiento poblacional se acompaña del aumento de las necesidades de cuidado de las personas adultas mayores. A la hora de abordar estas necesidades de cuidado, se considera valioso poder distinguir entre el aislamiento y la soledad.

Podemos definir estos dos conceptos diferentes de la siguiente manera:

**Aislamiento social**, que expresa una realidad objetiva que existe en el ámbito de las relaciones sociales. Tiene que ver con tener mínimos contactos con otras personas, ya sean amistades o familia.

**Soledad**, se refiere a una sensación subjetiva de ausencia de red social. Como es algo subjetivo, no siempre está en relación directa con la frecuencia objetiva de contactos que tiene esa persona. Es la sensación de tener menos afecto y cercanía de lo deseado. Y en esto está la clave, en lo que cada persona desea. (Gené-Badia et al., 2020; Rodríguez y Castro, 2019)

Es decir, no es lo mismo estar sin compañía que sentirse en soledad. Estar sin compañía no siempre es un problema. Todas las personas pasamos tiempo a solas y nos viene bien para conseguir ciertos objetivos. A veces deseamos, estar a solas por muchos motivos: para descansar, para relajarnos, para concentrarnos en una actividad, etc. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye una contrariedad para las personas, incluidas las personas adultas mayores. El problema es cuando una persona está sola o se siente sola, sin desearlo. Vivir sin compañía no implica aislamiento social o soledad. Hay personas que viven solas, pero mantienen una activa vida social o familiar. También puede darse la situación contraria, personas que viven con compañía y sin embargo se sienten solas (López y Díaz, 2018; Gené-Badia et al., 2020).

La soledad puede afectar a personas de todas las edades, no solamente a personas adultas mayores. Sin embargo, hay ciertos factores que la hacen más frecuente

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores... en esa etapa de la vida, como la pérdida de su cónyuge, que en ocasiones trae aparejada la disminución de las actividades sociales. En otros casos, la soledad puede verse favorecida por la dependencia de esta misma persona, que demanda que la pareja que permanezca más tiempo en el hogar. Además, los estereotipos sobre la vejez muchas veces condicionan las actividades que realizan las personas adultas mayores (“a esta edad voy a empezar a estudiar”, “ya estoy grande para ir a un baile”). Otros factores son los procesos relacionados con el envejecimiento fisiológico, como la disminución de la audición y la visión, que pueden implicar que la persona adulta mayor deje de conducir vehículos y, de esta manera, pierda cierta autonomía. Por último, puede verse favorecido por padecer múltiples comorbilidades o trastornos del ánimo.

A su vez, también existen factores que protegen a las personas adultas mayores de la soledad. El primero de ellos es contar con redes de pares. Por ejemplo, la universidad para personas adultas mayores o los centros de personas jubiladas permiten crear nuevas redes de relaciones sociales y ocupar el tiempo en diversas actividades. Además de esto, el rol que estas redes juegan como facilitadoras del acceso a la atención de la salud o a las prestaciones de la seguridad social (Salas, 2016). Participar de actividades solidarias o de voluntariado, también, favorece la creación de nuevas redes, aumenta la autoestima, genera satisfacción al ayudar o brindar un servicio a otras personas y son expresiones del reconocimiento social de las personas adultas mayores. Otro factor que protege de la soledad es la existencia de políticas públicas de envejecimiento activo, como la oferta de actividades recreativas, deportivas, culturales y cognitivas acordes a la edad y los gustos de las personas adultas mayores. Es clave sostener este criterio en las instituciones para no infantilizar a esta población y brindar actividades adecuadas a las características funcionales de la persona y a sus preferencias.

## Desarrollo

### Impacto sobre la Salud

Las relaciones sociales tienen una fuerte asociación con la salud de las personas, tanto en su dimensión física como mental, y son determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores. Una de las manifestaciones de estos determinantes es que, a través de las redes sociales, se promueven comportamientos y hábitos saludables. Por el contrario, la soledad favorece el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y una alimentación inadecuada. En personas que manifiestan soledad, también se presentan alteraciones del sueño. Por otro lado, el aislamiento y la soledad aumentan el riesgo de sufrir diversas enfermedades, que pueden estar en relación con los hábitos no saludables mencionados; pero, también, se presentan enfermedades físicas, cuyo mecanismo fisiopatológico no está claro aún. A su vez, el sentimiento de soledad y el aislamiento aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y se relacionan también con síntomas depresivos. Las personas adultas mayores aisladas tienen mayor riesgo de caídas, más reingresos en hospitales, más institucionalización y requieren en mayor medida, atención domiciliaria; es decir, que consumen más recursos sanitarios (Gené-Badía et al., 2016).

Existen trabajos gerontológicos que ubican la importancia de incorporar instancias de participación de personas adultas mayores que promuevan el derecho a envejecer en la propia comunidad (Parenti y Ceminari, 2013). Las estrategias de abordaje de la soledad y el aislamiento en las personas adultas mayores, por su complejidad, requieren de una multiplicidad de actores y recursos: la familia, la comunidad, las políticas públicas, los servicios sociales y los equipos de salud. El equipo de atención primaria debe considerar la posibilidad de aislamiento y soledad, sobre todo en aquellas personas adultas mayores que presentan factores predisponentes.

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores... Identificar situaciones de aislamiento y sentimientos de soledad permitirá abordar sus causas y no solo las consecuencias, e implementar así respuestas no medicalizantes (Gené-Badia et al., 2016). En ese sentido, se podría partir de la identificación de situaciones de aislamiento y soledad, para promover la integración social y comunitaria de las personas adultas mayores y, de esta manera, poder accionar para su prevención.

### **Situación Covid-19: Aislamiento y Distanciamiento como medidas de cuidado colectivo**

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), conocido también como *cuarentena*, fue una medida oportuna, destinada a proteger a la población del contagio de coronavirus. Principalmente, a la población vulnerable como son las personas adultas mayores o aquellas que padecen morbilidades, que les hacen más susceptibles. En Argentina, además, tuvo el objetivo de poder adecuar los servicios de salud para dar una mejor respuesta a la pandemia. Fue la estrategia inicial, que luego se transformó en Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO).

El impacto del aislamiento en la salud mental de las personas adultas mayores se irá evaluando con el correr del tiempo y las estrategias de cuidado que se definan, pero se trata de población vulnerable, dado que es una etapa en la que, muchas veces, ya se encuentran reducidas las redes sociales y la participación en actividades. Según cita en su artículo Broche-Pérez et al. (2020), existen numerosos estudios que demuestran que el aislamiento social ha afectado la salud mental de las personas adultas mayores. El sentimiento negativo que se ha encontrado con mayor frecuencia es el miedo, relacionado con diferentes temas: miedo a contraer el virus, a la muerte, por la posibilidad de perder seres queridos, etc. Por otro lado, se han reportado trastornos del sueño, síntomas depresivos, ansiedad, conductas obsesivas relacionadas a las pautas de higiene y prevención (como el lavado excesivo de manos y objetos), entre otros.

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores... También, ha sido reportado el agravamiento de enfermedades previas, como la diabetes, hipertensión arterial, eventos cardiovasculares, así como de condiciones psiquiátricas. Probablemente, tenga relación con el sedentarismo y el descuido de otros hábitos saludables, que ya fueron mencionados como característicos de la soledad y el aislamiento obligatorio durante este tiempo. Otros factores generadores de estrés son la frustración, el aburrimiento y la pérdida de las rutinas diarias, así como de contactos sociales. Algunas personas mayores han manifestado la sensación de tiempo perdido como irrecuperable (Broche-Pérez et al., 2020).

También, ha influido en el agravamiento de condiciones preexistentes, la postergación de los controles médicos, en un principio recomendado por el Ministerio de Salud (Msal, 2020); pero, luego, en muchos casos se ha prolongado en el tiempo por temor a salir o a concurrir a servicios de salud. Asimismo, y por el mismo motivo, se observó una tendencia a evitar consultar por guardia por eventos agudos como infartos de miocardio, con el consiguiente aumento de la mortalidad. Hasta aquí, se describieron algunos de los efectos emocionales, conductuales y subjetivos del aislamiento.

Cabe destacar que tanto el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO- Decreto 297/2020) como el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO- Decreto 520/2020) son medidas adoptadas por el Gobierno nacional argentino, orientadas a la prevención del aumento de contagios por COVID-19 que, a su vez, convocan a profundizar la corresponsabilidad del cuidado. En esta línea, es importante destacar que este aislamiento ha demostrado ser la medida de cuidado más eficaz para evitar la propagación de la infección en esta pandemia, como también lo fue en el pasado frente a otras enfermedades infectocontagiosas (Decreto 754/2020).

## Conclusiones

### ¿Qué nos deja la Pandemia?

Es importante en el contexto actual, considerar al par ASPO- DISPO en clave de políticas de cuidados. La actual pandemia incorpora como necesidad la socialización del cuidado y permite problematizar las modalidades de provisión de cuidados, en general, y de las personas adultas mayores, en particular. A la vez, permite instalar como interrogante si la soledad se explica por el aislamiento –y responde a una cuestión clínica– o expresa más bien el agotamiento de los modelos familiaristas y feminizados del cuidado.

El cuidado de personas adultas mayores no se reduce a los apoyos instrumentales, sino que involucra la inclusión y participación social. Existen trabajos gerontológicos que ubican la importancia de incorporar instancias de participación de personas adultas mayores que promuevan el derecho a envejecer en la propia comunidad (Parenti y Ceminari, 2013). En mayo de 2020 la Organización Mundial de la Salud, publicó un informe sobre el impacto de la COVID-19 en las personas adultas mayores (OMS, 2020), en el que propone cuatro ideas centrales. En primer lugar, señala que las personas de edad avanzada tienen los mismos derechos a la vida y a la salud que todas las demás porque ninguna persona, joven o vieja, es prescindible. Como nota de color, cabe recordar que al inicio de la pandemia se difundieron noticias que presentaban como loable que una mujer de 90 años “cediera” a una persona más joven el respirador que iban a usar para asistirle<sup>3</sup>. En segundo lugar, el informe propone fortalecer la inclusión social y la solidaridad durante el distanciamiento físico y aclara que, si bien el “distanciamiento físico” es fundamental, necesita ir acompañado de

---

<sup>3</sup> Se trata de una mujer belga, Suzanne Hoylaerts, de 90 años, quien cedió su respirador a alguien más joven. Los titulares de diarios destacaron su “valentía” por renunciar a un respirador para salvar a otra persona.

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores... cuidados y medidas de apoyo social, como el acceso a las tecnologías digitales. En tercer lugar, establece que, en el diseño de respuestas sociales, económicas y humanitarias, se deben incorporar plenamente las necesidades de las personas adultas mayores, desde la cobertura en salud y el trabajo hasta la protección social. En cuarto lugar, recuerda la necesidad de que las personas adultas mayores no sean tratadas como si fuesen invisibles o desvalidas.

La pandemia por COVID-19 ubicó a la humanidad en un escenario inédito que permitió visualizar las inequidades frente a los riesgos e identificar que las medidas de cuidado, para ser viables, deben ser colectivas. Específicamente, las personas mayores de 60 años fueron las más afectadas en las Américas y este impacto desigual no solo habla de la vulnerabilidad de las personas mayores de 60 años, sino también de la fragilidad de los sistemas y entornos que los rodean (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Si bien hace años vivimos en la era tecnológica, esta pandemia ha dado evidencia de la necesidad de facilitar el acceso a internet y a las tecnologías de la información y la comunicación, así como un adecuado entrenamiento en el uso de estas. Dichas herramientas podrían contribuir a evitar que el aislamiento –propuesto como pauta de cuidado– se transforme en soledad.

Por otro lado, si bien sabemos que somos seres sociales, el ASPO ha puesto de manifiesto también la importancia de sostener vínculos con otras personas y con el exterior, en caso de las personas que viven en residencias de larga estadía. En este sentido, la pandemia y el aislamiento han reforzado la creatividad en la búsqueda de distintas maneras para lograr ese sostenimiento.

Algunas personas adultas mayores que, durante años habían manifestado resistencia a la utilización de las tecnologías, ante esta situación se vieron “obligadas” a

Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores... comenzar a hacerlo, encontrando incluso satisfacción por la adquisición de nuevas habilidades. Además, viven con sorpresa el descubrir que las tecnologías permiten acortar distancias y mantener vínculos frecuentes incluso con amistades o familiares que viven lejos. Las historias abundan, por ejemplo, una persona nos cuenta que accedió a que su nieto le hiciera una cuenta de Facebook durante la pandemia y, sin pensarlo, encontró a una amiga de la secundaria de quien hacía años no sabía nada.

En las familias que tienen personas adultas mayores viviendo en residencias de larga estadía, la utilización de videollamadas u otras herramientas similares, permitió mantener el contacto de manera frecuente. Ante esto, se plantea la posibilidad de que, una vez pasado el ASPO, se requerirá mantener esas formas de comunicación junto a las visitas presenciales para lograr un contacto más asiduo. También, profundizar el acceso a la información de calidad y fortalecer la implementación de programas de acompañamiento telefónico, como los voluntariados que se están llevando a cabo actualmente. Asimismo, la implementación de la telemedicina, que puede ser definida como medicina a distancia por medio de medios tecnológicos, se fortaleció como una estrategia para facilitar el acceso a servicios de salud (Vásquez et al., 2020; Prados Castillo, 2013)

Por último, y no menos importante, como personal de salud, esta pandemia nos debe alertar sobre la necesidad de indagar la relación entre aislamiento y soledad en las personas adultas mayores, para pensar estrategias de abordaje oportunas y adecuadas, tanto a nivel individual como colectivas.

## Referencias

- Bermejo, J.C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 126-144. <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>
- Decreto 297/2020. DECNU-2020-297-APN-PTE. Disposiciones. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina, núm. 34.334, de 20 de marzo de 2020, pp.3-6. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Decreto 520/2020. DECNU-2020-520-APN-PTE. - Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Prórroga. Boletín Oficial de la República Argentina, núm. 34.399, de 8 de junio de 2020, pp.11-22. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230245/20200608>
- Decreto 754/2020. DECNU-2020-754-APN-PTE. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina, núm 34.478, de 20 de septiembre de 2020, pp.1-20. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/235132/20200920>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Supl. especial), e2488. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2488>
- Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2016). *El cuidado de personas mayores en Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos*. [Presentación en congreso]. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR “Subjetividad contemporánea: elección, inclusión, segregación”, Buenos Aires, Argentina.
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M.A., Cáliz, L., Torres, S. y Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras, L. y Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- López, J. y Díaz, M.P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

- Salas, M., et al. Aislamiento, soledad y cuidado de las personas adultas mayores...
- Rodríguez, E. y Castro, C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad*, 12, 127-154. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0012>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Consulta médica programada en el contexto de la pandemia por COVID-19. Recomendaciones*. [https://covid.ingenieria.uner.edu.ar/pluginfile.php/7373/mod\\_resource/content/1/Recomendacionesn%20consulta%20m%C3%A9dica%20progamada\\_covid.pdf](https://covid.ingenieria.uner.edu.ar/pluginfile.php/7373/mod_resource/content/1/Recomendacionesn%20consulta%20m%C3%A9dica%20progamada_covid.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons*. <https://www.paho.org/en/documents/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Parenti, M. y Ceminari, Y. (2013). *Club de día para adultos mayores: promoviendo el derecho a envejecer con dignidad en la propia comunidad*. [Presentación en congreso]. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación. IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
- Pérez Orozco, A. (2019). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficante de sueños.
- Prados Castillo, J.A. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención Primaria*, 45(3), 129-132.
- Salas, M. (2016). [Representaciones sociales sobre acceso a las prestaciones del PAMI en el período 2013-2014 en el barrio Bajo Rondeau Bahía Blanca](#). *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(1), 9-15.
- Vásquez, M.F., Bonilla, E. y Barrera, S.M. (2020). Telemedicina una alternativa de atención durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(S1), 155-161. <http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v30spa12>

## CURRÍCULOS DE LAS PERSONAS AUTORAS

### **CARLOS ÁLVAREZ BOGANTES**

*Carlos.alvarez.bogantes@una.cr*

Profesor, extensionista e investigador en temas de la Salud pública y el movimiento humano en la Universidad Nacional, Costa Rica. Director de Asuntos Internacionales por espacio de 9 años en la Universidad Nacional, miembro fundador de la Revista MhSalud, cofundador y director del Programa de maestría en Movimiento Humano y Salud (2004), coordinador de programas de la Unión Europea para América Latina, Cofundador de SIESCA (CSUCA), fundador de la Red Centroamericana de Investigación en Niñez y Movimiento Humano (REDCIMОВI) y actual coordinador y fundador del Doctorado conjunto entre la UCR y la UNA, en Movimiento Humano y actual miembro del CGA..

### **ELVA DOLORES ARIAS MERINO**

*ELvadolores@yahoo.com*

Licenciatura en Médico Cirujano y Partero. Maestría en Salud Pública. Doctorado en Ciencias de la Salud, orientación Sociomédica. Profesor investigador Titular "C", Coordinadora de la Maestría en Gerontología. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores SNI I, CONACYT. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

### **MARÍA FLORENCIA BAGLIONE**

*florenciabaglione@gmail.com*

Estudiante de Lic. en Trabajo Social (Trabajo Final en evaluación)- Universidad Nacional de Luján- (UNLu)

### **ARMANDO BARBA**

*abarba@minsa.gob.pa*

Región de Salud de Herrera, Ministerio de Salud de Panamá. Herrera, Panamá

### **RAQUEL BARRIOS**

*raquelbarrios28@hotmail.com*

Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá.

### **TIFFANY BARRIOS**

*tbarrios.marketing@hotmail.com*

Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá

### **ROSALIE CARASA ALVAREZ**

*rcarasaalvarez@gmail.com*

Licenciada en Comunicación Social, Universidad de La Habana. Especialista del Grupo de Comunicación Institucional en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) de Cuba. Líneas de Investigación: Estudios de Género, Estudios de Población, Comunicación y Consumo Mediático. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9785-5926>.



## CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

### **YANINA CEMINARI**

*yceminari@gmail.com*

Lic. en psicología (UNLP). Diplomado Superior en Control y Gestión de Políticas Públicas (FLACSO). Mg. en políticas públicas para el desarrollo con inclusión Social (FLACSO). Docente de la cátedra de Salud Pública, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

### **SEBASTIÁN CHAVES VARGAS**

*sebaschaves98@hotmail.com*

Bachiller en Ciencias Médicas y estudiante de Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Costa Rica.

### **LUIS MARIO FERNÁNDEZ LOYO**

*luis.floyo@alumnos.udg.mx*

Lic. en Atención Integral al Adulto Mayor, Maestrante en Gerontología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

### **CARLOS ALEJANDRO FLORES-MONROY**

*cflores@uneve.edu.mx*

Profesor de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México. Gerontólogo y Maestro en Trabajo Social. Colaborador del cuerpo académico “Ciencias del Envejecimiento para el Desarrollo Sostenible”

### **JAVIER EDUARDO GARCÍA DE ALBA GARCÍA**

*javier.garciaal@imss.gob.mx*

Director de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud. Profesor honorario y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Maestría en Gerontología, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

### **ESTEBAN GÓMEZ MALDONADO**

*egomez@amanoz.cl*

Psicólogo Universidad de la República de Uruguay y Magíster en Psicología Organizacional Universidad Mayor, Chile. Coordinador Programa de Acompañamiento personas mayores y cuidadores Fundación Amanoz.

### **THOMAS GUTH BRUNNER**

*tguthb@gmail.com*

Bachiller en Ciencias Médicas y estudiante de Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Costa Rica.



## CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

### **EVELYN HERNÁNDEZ-CALDERÓN**

*evelynsociologi@hotmail.com*

Profesora de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México. Doctora en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Colaboradora del Cuerpo Académico “Ciencias del Envejecimiento y Desarrollo Sostenible”

### **DIANA LEÓN AGUILERA**

*dleon@amanoz.cl*

Psicóloga Universidad Gabriela Mistral, Chile y Doctora en Psicología de la Salud Universidad Autónoma de Madrid, España. Coordinadora Programas de Acompañamiento Fundación Amanoz.

### **DIEGO ERNESTO LÓPEZ ÁGUILA**

*dlopezaguila12@hotmail.com*

Bachiller en Ciencias Médicas y estudiante de Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Costa Rica.

### **ALEJANDRO LÓPEZ GÓMEZ**

*alejandro.lopez@ucu.edu.uy*

Doctor en Ciencias de la Salud, Instituto Universitario de la Salud Fundación H.A Barceló, Argentina. Magister en Gerontología Social, Universidad de Jaén, España. Diplomado en Humanización de la Salud, Centro de Humanización de la Salud y Universidad Ramón Llull, España. Licenciado en Psicomotricidad, Universidad de la República, Uruguay. Docente del Departamento de Neurociencia y Aprendizaje de la Universidad Católica del Uruguay

### **MARIAM ELEANY MARTÍNEZ-MONDRAGÓN**

*mmartinez@uneve.edu.mx*

Profesora de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México. Gerontóloga y Maestra en Trabajo Social. Colaboradora del cuerpo académico “Ciencias del Envejecimiento para el Desarrollo Sostenible”

### **GERARDA MORALES**

*gerardamoraes@hotmail.com*

Docente Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá.

### **JOSÉ E. PICADO-OVARES**

*neto79es@yahoo.es*

Departamento de Medicina Geriátrica, Coordinador del Programa de visita domiciliar y cuidados paliativos del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Médico Geriatria y Gerontólogo de la Universidad de Costa Rica. Médico Paliativista de la Universidad de Valladolid, España. Profesor universitario de pregrado y postgrado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

## CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

### **PAULA POCHINTESTA**

*ppochintesta@conicet.gov.ar*

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en Argentina (CONICET) en el Centro del Adulto Mayor “Mario Strejilevich”- ISCo, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Miembro del Programa Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

### **ANGÉLICA MARÍA RAZO-GONZÁLEZ**

*arazo@uneve.edu.mx*

Profesora de Tiempo Completo, Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México. Doctora en Educación por la Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico. Líder del Cuerpo Académico “Ciencias del Envejecimiento y Desarrollo Sostenible”

### **ISRAEL RÍOS CASTILLO**

*israel.rios@up.ac.pa*

Nutricionista egresado de la Universidad de Panamá, con grado de PhD en Ciencias de la Salud y del comportamiento humano por la Universidad Especializada de las Américas de Panamá; es Magíster en Nutrición y Alimentos con mención en Nutrición Humana por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile y un Postgrado en Docencia Superior por la Universidad del Istmo de Panamá. Actualmente me desempeño como Oficial Regional de Nutrición para América Latina y el Caribe en la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Profesor en la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina en la Universidad de Panamá.

### **CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ**

*carlosvicenterm@gmail.com*

Licenciado en Sociología, Universidad de La Habana. Especialista del Departamento de Investigaciones y Docencia, Centro de Educación Sexual (CENESEX) en Cuba. Líneas de Investigación: Sociología Urbana, Estudios de Población y Estudios de Género. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7852-6780>.

### **NATALIA ROJAS G.**

*nrojasga@gmail.com*

Administradora Pública Universidad de Chile.

### **MANUELA SALAS**

*manuela.salas@uns.edu.ar*

*manuelasalas@yahoo.com.ar*

Médica (UNLP). Especialista en Gerontología Social (Universidad de León). Mg. en epidemiología, gestión y políticas de salud (UNLa). Docente en el área Salud Individual y colectiva de la carrera de medicina y de la Maestría en Salud Colectiva, del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. <https://orcid.org/0000-0001-9956-9691>

## CURRÍCULOS DE AUTORES/AUTORAS

### **ALEJANDRO SANDÍ-JIRÓN**

*masj29@gmail.com*

Bachiller en Estadística de la Universidad de Costa Rica. Analista de Riesgo de la empresa BAC - Credomatic.

### **BEATRIZ URRUTIA QUIROZ**

*burrutia@amanoz.cl*

Trabajadora social Pontificia Universidad Católica de Chile y Máster en Valoración e Intervención en Gerontología y Geriátrica Universidad de la Coruña, España. Encargada de Contenidos Fundación Amanoz.

### **VICTORIA VALDÉS**

*victoriavalds@gmail.com*

Docente Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, Panamá.

### **JENNIFER VARGAS TENORIO**

*jennifervt3@gmail.com*

Licenciada en Terapia Física de UCR, egresada de la Maestría de Movimiento Humano y Salud Integral de UNA y Bachiller de Promoción de la Salud Física de UNA. Instructora de baile y acondicionamiento en el Comité Cantonal de Deportes de Belén, instructora en Gimnasio del Colegio de Profesionales en Ciencias Económicas de Costa Rica y en CEDERSA gimnasio de la Universidad Nacional, terapeuta y coordinadora del Área de Terapia Física Gimnasio de U.C.R. Actualmente brinda consulta privada de Terapia Física y entrenamiento personal.



### **EVALUADORES INTERNOS**

- Irma Arguedas Negrini, Escuela de Orientación y Educación Especial, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- María Dolores Castro Rojas, Escuela de Psicología y Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Felipe Chaves Cortes, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Jaime José Fernández Chaves, Escuela de Enfermería y Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Xinia Fernández Rojas, Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Faridy Helo Guzmán, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Maribel Matamoros Sánchez, Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Elsa Méndez González, Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Keven Santamaría Guzmán, Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica.
- Patricia Sedó Masís, Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Shirley Vargas Chaves, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Luisa Villanueva Salazar, Departamento de Docencia Universitaria, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- María José Víquez Barrantes, Programa Integral de la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

### **EVALUADORES EXTERNOS**

- Marlen Agüero Arce, Investigadora Independiente, Costa Rica.
- Lucrines Azcuy Aguilera, Universidad Central de Las Villas, Cuba.
- Rodrigo Alejandro Ardiles Irrázabal, Universidad Santo Tomás, Chile.
- Yolanda Benavides Murillo, Investigadora Independiente, Costa Rica.
- Hazel Carvajal Valerio, Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, Costa Rica.



- Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga Colombia.
- Isela Corrales Mejías, Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Costa Rica.
- Ingrid Fergusson Cárdenas, Universidad Católica del Maule, Chile
- Juan Lirio Castro, Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- Blanca López La Vera, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Mónica Lladó, Universidad de la República Uruguay. Uruguay.
- Fernando Quintanar Olguín, Programa de Psicología del Envejecimiento en la Clínica Universitaria de la Salud Integral Iztacala de la UNAM, México
- Paula Mara Danel, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- Juan Antonio Maldonado Molina, Universidad de Granada, España
- Gloria María Marquez Fernández, Centro de Intercambio Automatizado de Información, Cuba
- María de la Luz Martínez Maldonado, Universidad Autónoma de México, México.
- Alejandra Rodríguez Fernández Departamento de Nutrición y Salud Pública, Universidad del Bío-Bío, Sede Chillán. Chile.
- Macarena Rojas Gutiérrez, Programa Adulto Mayor Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
- Javier Rojas Elizondo, Centro Nacional de Cuidado Paliativos, Costa Rica.
- Luis Solano Mora, Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida Universidad Nacional, Costa Rica.

*Manuscritos Evaluados: -21-  
Manuscritos Rechazados: -5-  
Artículos Publicados: -11-*