

El envejecimiento desde una mirada multidisciplinaria compartida

Compiladoras: María del Refugio Acuña Gurrola •
Lydia López Pontigo • Bertha Maribel Pimentel Pérez

El envejecimiento desde una mirada multidisciplinaria compartida

Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Gerontología



CONSEJO
EDITORIAL

El envejecimiento desde una mirada multidisciplinaria compartida

Compiladoras

María del Refugio Acuña Gurrola

Lydia López Pontigo

Bertha Maribel Pimentel Pérez



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO

Pachuca de Soto, Hidalgo, México

2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Octavio Acosta Castillo

Rector

Julio César Leines Medécigo

Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales

Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Enrique Espinosa Aquino

Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano

Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín

Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición: 2025

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000

Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta edición sin el consentimiento escrito de la UAEH.

ISBN: 978-607-482-892-4

Hecho en México/*Printed in Mexico*

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1. Contexto social del envejecimiento	5
Panorama sociodemográfico del envejecimiento en Hidalgo	7
Lydia López Pontigo, María del Refugio Acuña Gurrola, Edwin Gualberto Barrón Calva y Bertha Maribel Pimentel Pérez	
Aspectos sociales en el diseño urbano de los espacios públicos que incluya a los adultos mayores en Pachuca, Hidalgo	23
Silvia Lizbeth Aguilar Velázquez, Sonia Bass Zavala y Lilia Susana Carrillo Medina	
Capítulo 2. Nuevas formas de relacionarse con el adulto mayor	33
Cuidado y prevención de la red de apoyo social. Guía para el fortalecimiento de las redes de apoyo social en las personas mayores	35
María del Refugio Acuña Gurrola, Dulce Abril Galindo Luna, Lydia López Pontigo y Bertha Maribel Pimentel Pérez	
La importancia de la educación en el adulto mayor	51
Ana Gabriela Olvera Cruz y Lydia López Pontigo	
Capítulo 3. Cuidado de la salud en el envejecimiento	69
Nutrición en el adulto mayor	71
Rebeca Vite Hernández, María del Refugio Acuña Gurrola, Lydia López Pontigo y Alejandro Chehue Romero	
Valoración gerontológica del pie envejecido	95
Bertha Maribel Pimentel Pérez, Adrián Moya Escalera, Alejandro Chehue Romero, Elena Guadalupe Olvera Hernández, Lydia López Pontigo, María del Refugio Acuña Gurrola, Raúl Agís Juárez y Eduardo Guzmán Olea	

Introducción

Escribir sobre el envejecimiento implica una gran responsabilidad en un campo multi e interdisciplinario, en donde las fronteras que demarcan el conocimiento siempre resultan inciertas cuando de la complejidad del ser humano envejecido se trata. Escribir en clave gerontológica requiere de un ejercicio de poliglotía disciplinar, traducir los diversos aportes que otras ciencias han hecho en relación con el envejecimiento para poner en el centro de estos al adulto mayor, a la persona que envejece en un contexto social e histórico determinado.

La gerontología, como campo interdisciplinario, es un espacio híbrido facilitador de la circulación de conceptos que han superado la mirada unívoca disciplinaria, así como de las rupturas epistemológicas. Supera modelos cognitivos cerrados para dar paso a la complejidad en el sentido que le da Edgar Morín (2000) a dicho término. Compartir conocimientos desde la mirada gerontológica permite la elucidación de distintos procesos y escenarios por los que transitan los adultos mayores, a fin de interpretar esas realidades y generar esquemas de comprensión multidisciplinarios e interdisciplinarios, para construir propuestas innovadoras que coadyuven a mejorar la calidad de vida del mayor.

Los trabajos aquí presentados son un ejercicio multidisciplinario de conocimientos articulados por la línea de generación y aplicación del conocimiento de Educación para la Salud y la Calidad de Vida, del grupo de investigación de Calidad de Vida y Envejecimiento, del Área Académica de Gerontología, que contó con las colaboraciones del Cuerpo Académico de Farmacología Clínica y los aportes de profesoras del Área Académica de Sociología y Demografía del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, así como de las Áreas Académicas de Ingeniería y Arquitectura del Instituto de Ciencias Básicas e Ingenierías, y son producto de las investigaciones realizadas por sus integrantes.

Los tres capítulos en los que se divide la obra tienen la intención de acercar al lector, a manera de caleidoscopio, algunas de las diversas caras, realidades y escenarios que tiene el envejecimiento.

El primer capítulo, denominado “Contexto social del envejecimiento”, muestra los retos y las condiciones de una sociedad que envejece mediante el artículo “Panorama sociodemográfico del envejecimiento en Hidalgo”, el cual muestra el análisis de una serie de indicadores que permiten observar las problemáticas que enfrenta la población adulta mayor en Hidalgo. Esto podría ser una muestra de lo que enfrenta el país en su conjunto: el aumento de la esperanza de vida no ha ido necesariamente a la par de un aumento en la calidad de vida. Tal población sigue presentando un gran rezago social que se puede ver a través del analfabetismo, el bajo poder adquisitivo, la falta de recursos económicos y de acceso a la salud, entre otros factores que están estrechamente vinculados al propio desarrollo de la región, pues Hidalgo ocupa el noveno lugar a nivel nacional en marginación y el treceavo lugar en rezago social. Por tanto, este artículo apunta a mostrar las condiciones y necesidades que los adultos mayores hidalguenses presentan en materia social, lo que da pauta para una mayor comprensión de sus condiciones de vida.

El artículo “Aspectos sociales en el diseño urbano de los espacios públicos que incluya a los adultos mayores en Pachuca, Hidalgo” muestra la problemática de la falta de una política pública de planificación de espacios urbanos para una sociedad que envejece, mediante los avances del proyecto de investigación sobre capacidad adaptativa y resiliencia social en entornos vulnerables, el cual evalúa los alcances políticos y de gestión del territorio, enfocados en la atención del adulto mayor. Se realiza una problematización sobre las características de los espacios sociales y públicos, considerando la planeación de ciudades amigables con los mayores como punto clave para otorgarles bienestar, que requiere actuación directa de políticas para el desarrollo urbano y la planificación del territorio.

El capítulo dos habla de las “Nuevas formas de relacionarse con el adulto mayor”. Evidencia la importancia que tienen las redes y las relaciones intergeneracionales como soporte fundamental de las personas

mayores. En el artículo “Cuidado y prevención de la red de apoyo social. Guía para el fortalecimiento de las redes de apoyo social en las personas mayores”, se aborda la importancia que tienen las redes de apoyo social para la calidad de vida de dichas personas, al proporcionarles varios tipos de ayuda: emocional, instrumental, económica e informativa, principalmente. El artículo integra una sección con sugerencias para fortalecer dichas redes de apoyo, que permite identificar el nivel en que se encuentran, mediante una pequeña autoevaluación que sirve para sensibilizar a la persona mayor y delinear una posible intervención gerontológica profesional.

El segundo artículo del mismo capítulo pone el acento en la importancia de la educación en el adulto mayor, analiza las consecuencias que tiene el rezago educativo en esta población, que obstaculiza el desarrollo humano al que tiene derecho, por lo que se debe considerar como una prioridad para las políticas y acciones sociales. A partir de esta premisa, las autoras proponen realizar una exploración del discurso de la inclusión del adulto mayor en la educación, asociado a la equidad educativa y transcrita en la lógica tanto de las políticas como de los programas educativos, así como, en cierta medida, de la investigación educativa en adultos mayores de México, en los últimos años.

El tercer capítulo está dedicado al “Cuidado de la salud en el envejecimiento”, y toca dos temas por demás importantes para la salud de los adultos mayores: la nutrición y los cuidados al pie envejecido. El artículo “Nutrición en el adulto mayor” ofrece al lector una amplia panorámica de las necesidades nutricionales, la alimentación, los cambios fisiológicos, así como las enfermedades asociadas a las personas de la tercera edad. También proporciona información sobre el tratamiento nutricional de las enfermedades asociadas con las personas adultas mayores, tales como obesidad, sarcopenia, osteoporosis, SARS-CoV-2, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus. Sin duda, este artículo proporciona información vital a todo el público, por su visión gerontoprofiláctica, dado que la alimentación correcta es la base de una buena calidad de vida en todas las edades.

Quizás uno de los temas menos tratados en el ámbito gerontológico es el cuidado y la valoración de los pies que envejecen. El artículo “Valoración

gerontológica del pie envejecido”, llama la atención sobre la condición podológica para mantener una buena calidad de vida, dado que la salud del pie está asociada a una serie de patologías que presenta la población adulta mayor, dentro de las que se encuentran: el síndrome de caídas, la diabetes mellitus tipo II, enfermedades vasculares, ósteo-músculo-articulares, por mencionar algunas. La intención de este artículo es aportar información valiosa a nivel preventivo para detectar lo más tempranamente posible los factores de riesgo, asociados a las patologías que podrían afectar la salud del pie del adulto mayor, así como proporcionar una guía de valoración rápida del pie envejecido. Concluye con una serie de recomendaciones para la utilización del calzado.

Los tres capítulos que integran la obra son evidencia de la polifonía disciplinar, que solo puede articularse cuando se cuenta con un sujeto-objeto de estudio tan complejo como la persona adulta mayor. El proceso de envejecimiento y la vejez como una etapa de vida, bajo el prisma de la gerontología, no se trata exclusivamente de sumar conocimientos, sino de crear una nueva sinfonía en torno al adulto mayor, el cual hasta el momento ha sido fragmentado por las propias disciplinas que pretenden estudiarlo. Escribir en clave gerontológica implica tratar de comprenderlo como persona, desde una perspectiva humanista e integral. La presente obra es solo un peldaño que las y los autores de este libro abonan para lograr su comprensión, todavía queda mucho por decir, todavía queda mucho por andar.

CAPÍTULO 1

Contexto social del envejecimiento

Panorama sociodemográfico del envejecimiento en Hidalgo

Lydia López Pontigo¹

María del Refugio Acuña Gurrola²

Edwin Gualberto Barrón Calva³

Bertha Maribel Pimentel Pérez⁴

El contexto general de la población adulta mayor permite identificar que la esperanza de vida promedio de las personas ha aumentado considerablemente, aunque sigue siendo mayor para las mujeres. En el periodo comprendido entre 2005 y 2010, la esperanza de vida era de 68.8 años de edad, mientras que, de 2010 a 2015, era de 70.5 años, tendencia que se espera permanezca en las próximas décadas, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015).

En México, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017), para el año 2015, la esperanza de vida de la población mexicana era de 74.95. El 7.2 por ciento de la población nacional contaba con una edad superior a los 60 años (Instituto Nacional de Estadística y

1 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: lydial@uaeh.edu.mx.

2 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: maria_acuna@uaeh.edu.mx.

3 Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, correo electrónico: edwin_barron@uaeh.edu.mx.

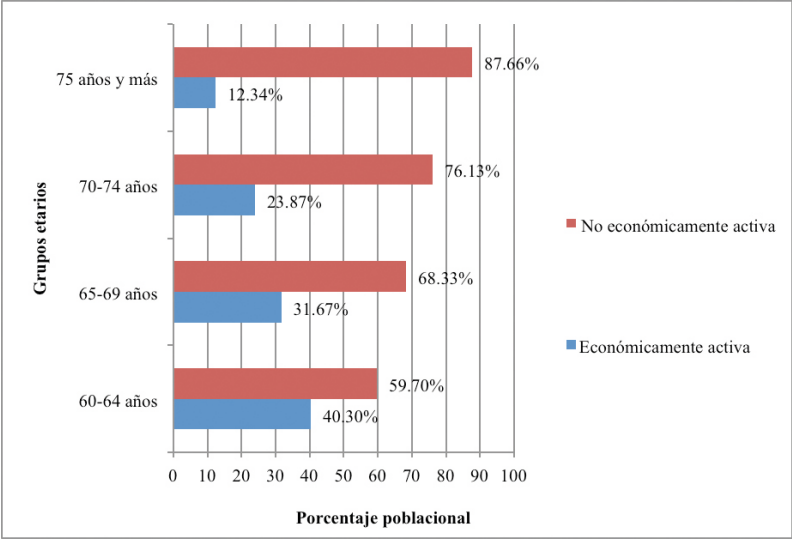
4 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: bertha_pimentel@uaeh.edu.mx.

Geografía, [INEGI], 2015a). Mientras que, en el estado de Hidalgo, el promedio de edad alcanzado era de 74.46 años (CONAPO, 2017).

Condiciones económicas de la población adulta mayor en el estado de Hidalgo

En el estado de Hidalgo, de acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal elaborada por el INEGI en 2015, el principal porcentaje de los individuos mayores de 60 años reporta no ser económicamente activo, proporción cada vez mayor en las etapas etarias posteriores (figura 1).

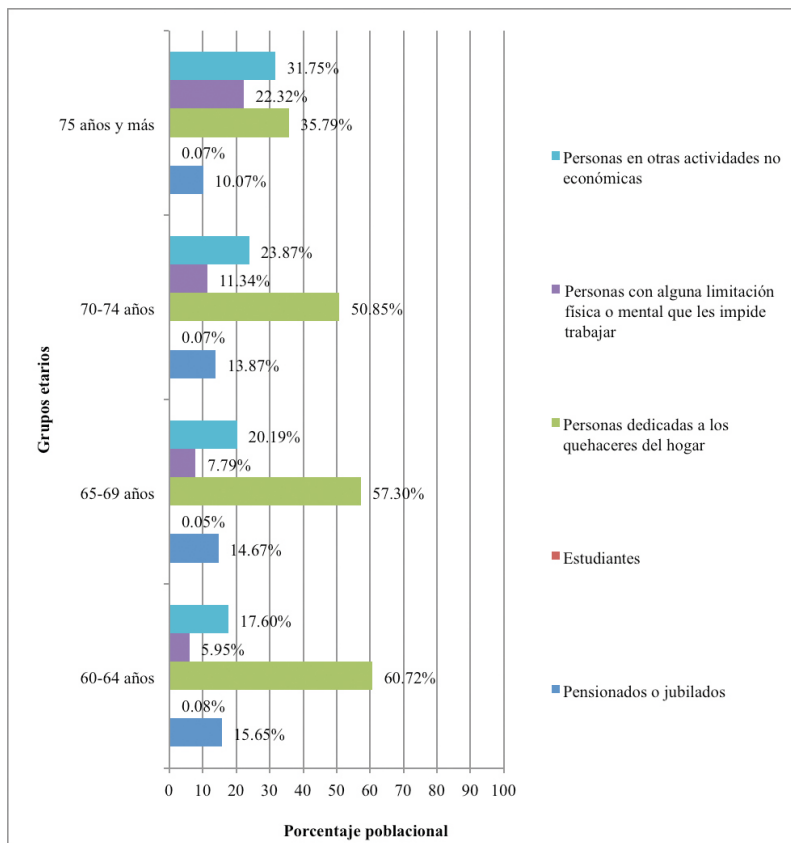
Figura 1. Distribución de la población adulta mayor estatal, con base en su actividad económica



Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

De población mayor no económicamente activa en el estado, el porcentaje más amplio de personas adultas mayores reporta actividades relacionadas con los quehaceres del hogar. Aunque dicha frecuencia disminuye en grupos etarios más avanzados, en la medida que aumenta la categoría de otras actividades no económicamente remuneradas (figura 2).

Figura 2. Distribución de la población adulta mayor estatal no económicamente activa



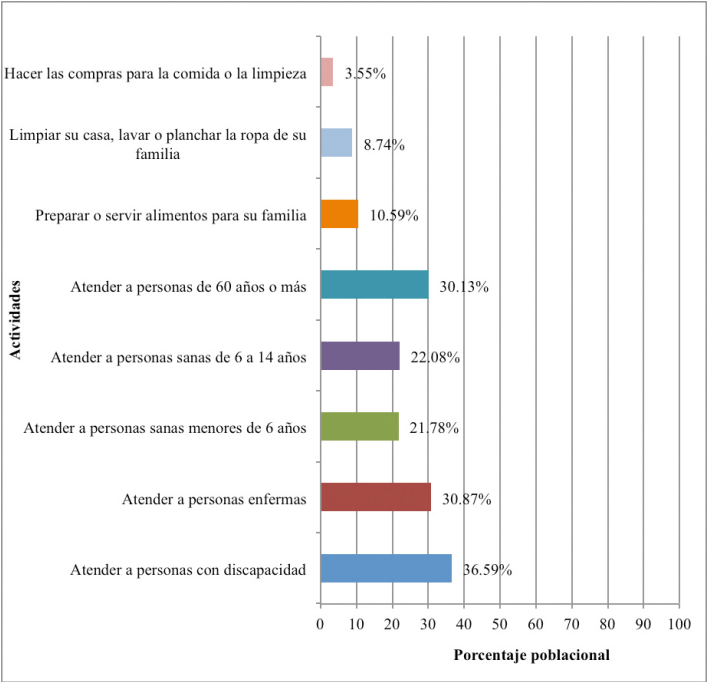
Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

Es así como la población adulta mayor, de manera predominante, es no económicamente activa. Situación frecuente en edades más avanzadas, pero bastante marcada incluso en edades apenas superiores a los 60 años, por lo que es requerida la intervención en la capacitación e inserción, o mantenimiento, de los individuos de estos grupos etarios.

Respecto de otro tipo de trabajos no remunerados económicamente, como se observa en la figura 3, las personas mayores de 65 años del estado de Hidalgo reportan una mayor frecuencia en las labores relacionadas con

atender a otros, en especial a personas con alguna discapacidad, así como a otras personas mayores de 60 años, atender a personas enfermas y atender a menores de seis años.

Figura 3. Distribución de la población adulta mayor estatal en actividades no económicamente remuneradas



Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

El hecho de que los mayores desempeñen quehaceres domésticos, probablemente, posibilita que otros miembros de sus hogares, o del contexto en el que habitan, puedan dedicarse a otras actividades económicas o de interés comunitario, por lo que dicha labor tiene un impacto positivo, directo o indirecto, en el contexto sociocultural general.

Además, un importante porcentaje de personas mayores también se dedica al cuidado de otros que, en muchos casos, puede no ser transferible

a otro individuo de la familia o de la sociedad, debido a diferentes factores que pueden ser desde económicos, culturales, estructurales, etcétera. De esta manera, mejorar y mantener su salud integral se ve reflejado en el mantenimiento de sus capacidades, para continuar desempeñando estas y otras labores que contribuyen a su contexto inmediato y futuro, en el sostenimiento y mejora de la dinámica social, actual y posterior.

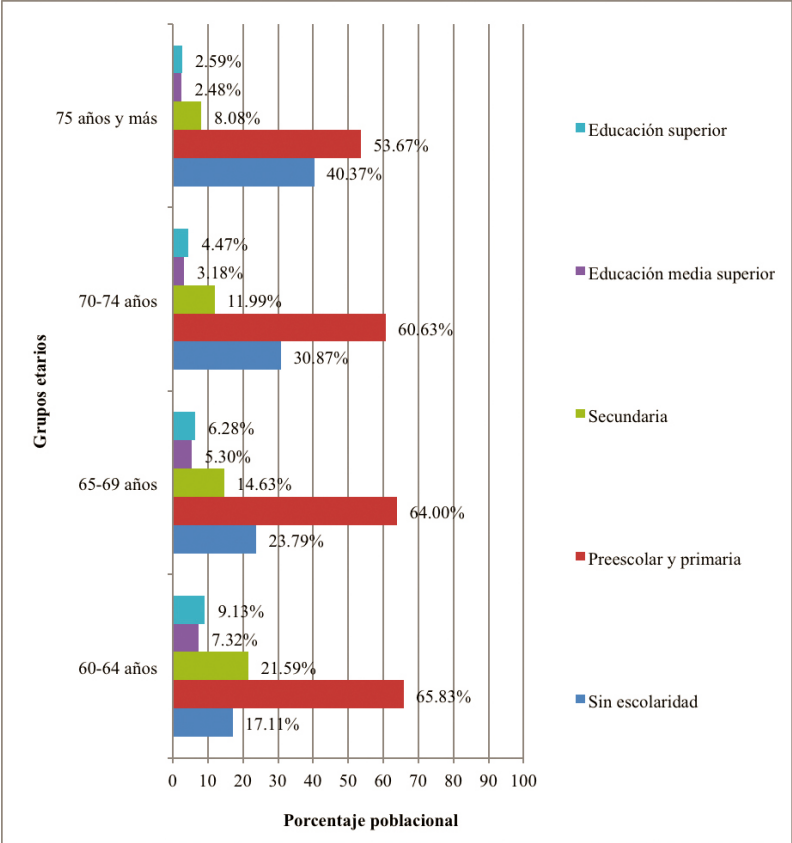
Por otra parte, el nivel educativo de la población adulta mayor podría ser factor determinante, ya que puede permitir u obstaculizar su desenvolvimiento, así como la comprensión de los elementos socioculturales de su contexto.

Escolaridad de la población adulta mayor en el estado de Hidalgo

De acuerdo con datos de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b), alrededor del 62.96 por ciento de la población adulta mayor del estado de Hidalgo reporta ser analfabeta, sin embargo, más de la mitad de los individuos refieren haber recibido únicamente una instrucción básica: primaria o preescolar (figura 4), lo que podría ser un factor de riesgo integral en términos de violencia, desinformación y salud integral. Esto les coloca en una posición de vulnerabilidad ante la falta de información o la dificultad de la comprensión, lo que puede conllevar a situaciones de riesgo personales, tanto en campo de la salud integral como en otros.

La constitución de los hogares en los que habitan las personas mayores de 60 años también representa un elemento básico para su calidad de vida integral, ya que las personas con las que viven son, posiblemente, el principal contacto y la virtual fuente de apoyo, por lo que la ausencia de ellas puede influir en el riesgo de la percepción de soledad, así como en otras patologías físicas y psíquicas.

Figura 4. Distribución de la población adulta mayor estatal con base en su grado de escolaridad

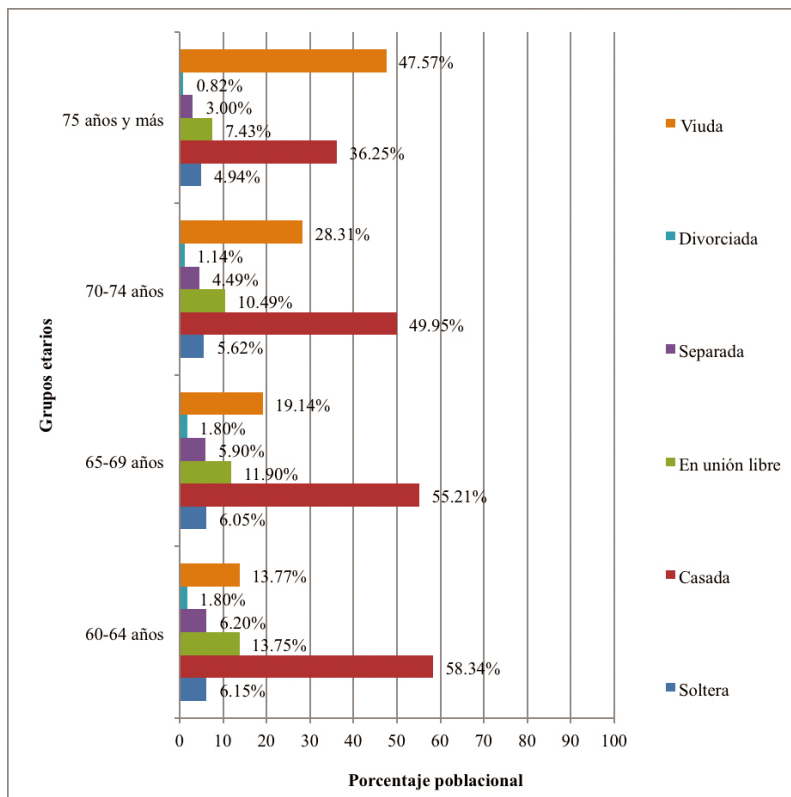


Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

Condiciones de hogares de la población adulta mayor en Hidalgo

De esta manera, respecto del estado civil de la población adulta mayor que habita en el estado de Hidalgo, aunque casi el 60 por ciento del grupo de 60 a 64 años reporta ser casada, dicho porcentaje decrece en más del 20 por ciento para la edad de 95 y más años (figura 5).

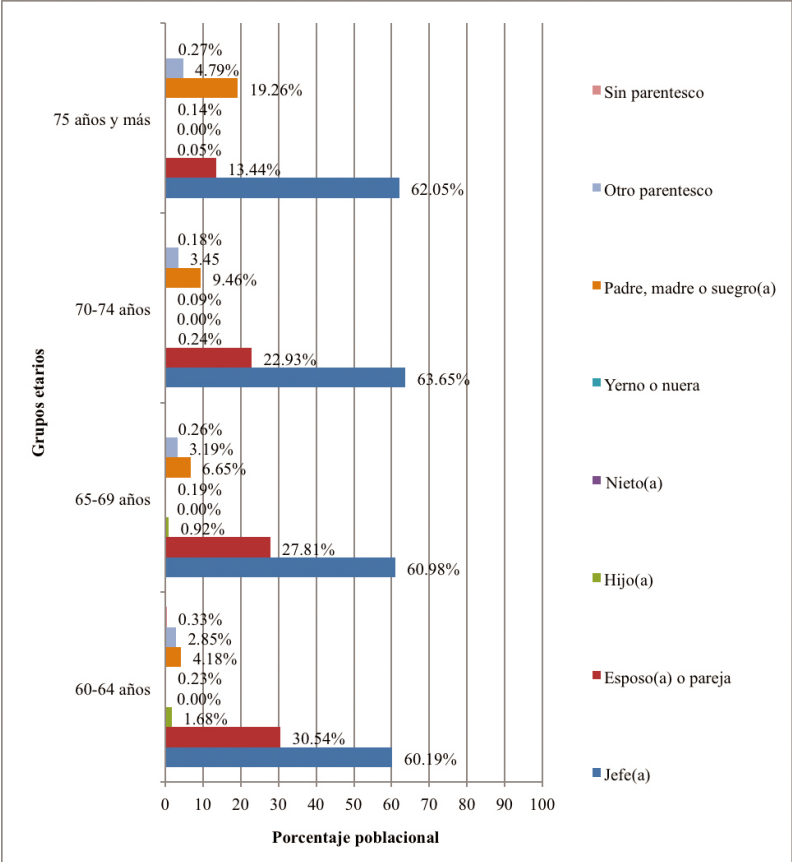
Figura 5. Estado civil de las personas adultas mayores hidalguenses



Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

En Hidalgo, más de la mitad de las personas adultas mayores viven en hogares en los que son jefas o jefes de familia, seguido por hogares en los que el jefe es su cónyuge, como se puede observar en la siguiente figura.

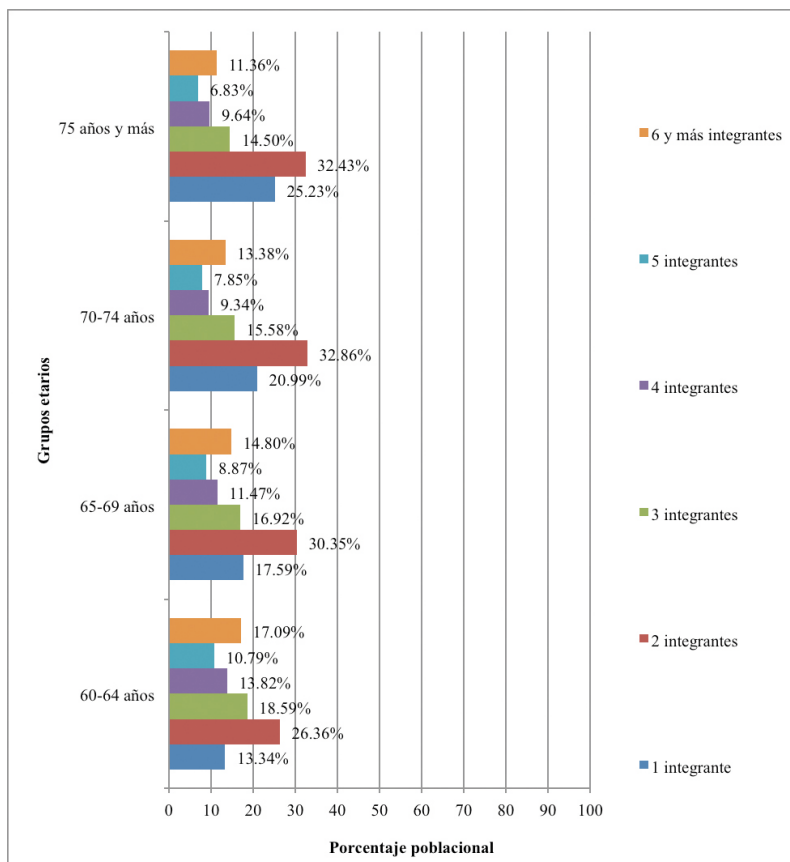
Figura 6. Parentesco con el jefe de familia de los hogares donde habitan los adultos mayores hidalguenses



Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

De los hogares en los que el adulto mayor es el jefe, más del 30 por ciento está compuesto por únicamente dos integrantes y, a medida que este porcentaje decrementa, la categoría de un integrante (solo) aumenta (figura 7).

Figura 7. Número de integrantes de la familia de los adultos mayores hidalguenses



Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

Respecto del tipo de hogar, la mayoría de los adultos mayores hidalguenses viven en hogares familiares, pero un porcentaje cada vez mayor en edades avanzadas vive en hogares de tipo no familiar, principalmente unipersonales (98.77 por ciento). Asimismo, más de la mitad está conformada únicamente por la familia nuclear, sin embargo más del 40 por ciento también habita en hogares ampliados (tabla 1).

Tabla 1. Estructura de los hogares a los que pertenece la población adulta mayor nacional y estatal

Estatal				
Familiar			No familiar	
80.22%			19.54%	
Nuclear	Ampliado	Compuesto	Unipersonal	De corresidentes
53.62%	44.57%	0.73%	98.77%	1.23%

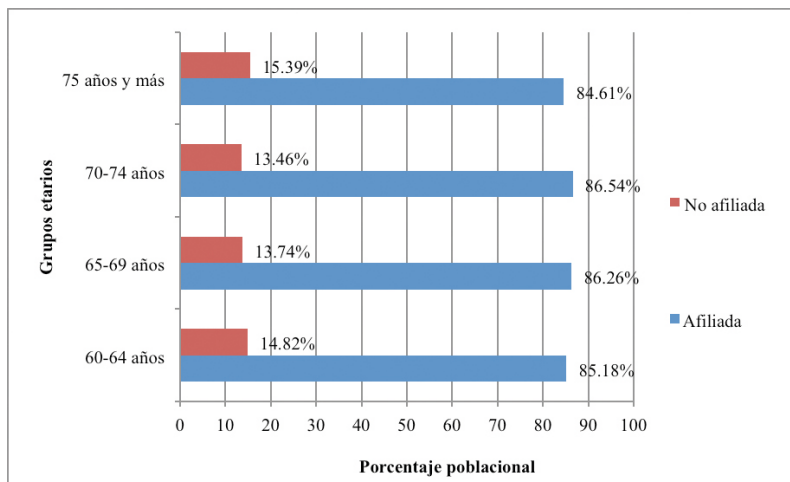
Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

Acceso a los servicios de salud de la población adulta mayor

De acuerdo con Peña-Montoya (*et al.*, 2016), el acceso a los servicios de salud permite mejorar el bienestar de las personas mayores, mediante la detección y atención tanto de patologías como del declive producido por el avance de la edad. Así, con el avance de la edad, presentan modificaciones fisiológicas que pueden calificarse como déficits en los sistemas que componen el cuerpo humano, tal es el caso de la motricidad, la vista y la mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que el acceso a los servicios de salud se convierte en un tema básico para el bienestar de este grupo poblacional.

Respecto del acceso a los servicios de salud en el estado de Hidalgo, un amplio porcentaje de adultos mayores requiere estar afiliado a un servicio de salud, es decir, 80 por ciento de las personas de 60 años en adelante (figura 8).

Figura 8. Distribución de la población adulta mayor estatal, con base en el acceso a servicios de salud

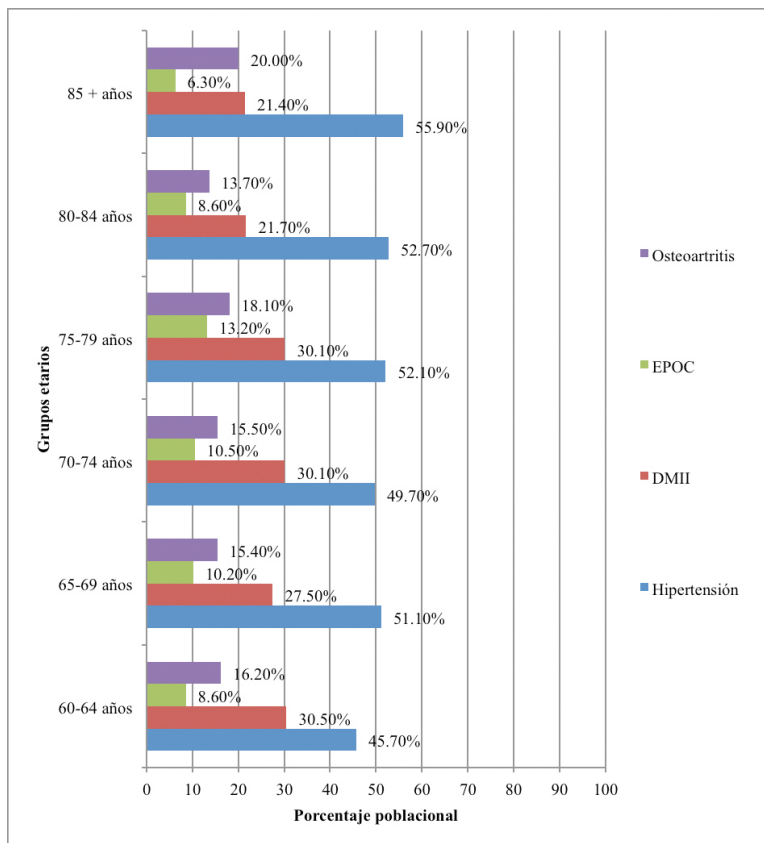


Fuente: datos tomados de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015b).

Estado de salud de la población adulta mayor del estado de Hidalgo

Al considerar la necesidad del personal profesional calificado en la atención integral del adulto mayor, se deben tener en cuenta las características propias del estado de salud del individuo. Respecto de la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor hidalguense, de acuerdo con la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE (Secretaría de Salud/Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, 2016), como se puede observar en la figura 9, más de 50 por ciento de los individuos reportan tener diagnóstico de hipertensión sistémica; entre 20 y 32 por ciento, de Diabetes Mellitus tipo II (DMII); más de 15 por ciento, de osteoartritis, y entre seis y 13 por ciento, de Enfermedades Pulmonares Obstructivas (EPOC).

Figura 9. Porcentaje de presencia de enfermedades crónicas en la población adulta mayor estatal

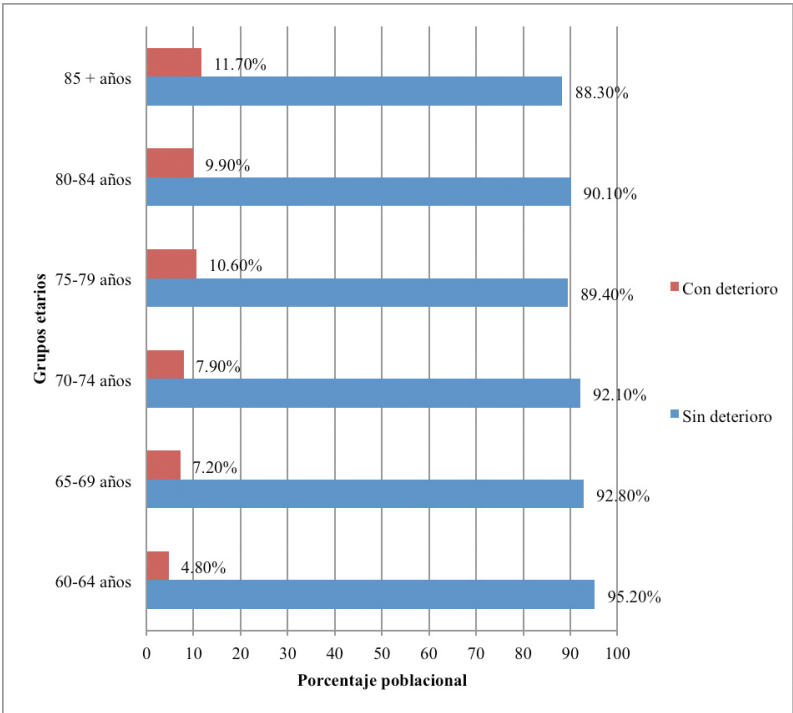


Fuente: datos tomados de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2016) del estado de Hidalgo.

Es así que la presencia de diferentes enfermedades crónicas, principalmente hipertensión sistémica y diabetes mellitus tipo II, con sus posibles comorbilidades, determinan un estado de vulnerabilidad en la salud física del adulto mayor. El cual puede requerir una intervención integral, en términos de la adherencia terapéutica, las condiciones contextuales protectoras de la salud y los elementos conductuales de riesgo para la salud, entre otros.

Respecto de la salud mental de la población adulta mayor encuestada en la SABE (2016), cerca de 10 por ciento reporta indicadores de deterioro cognitivo (figura 10). Esto implica, virtualmente, que una de cada diez personas mayores de 60 años que habita en el estado de Hidalgo, presenta algún deterioro en sus funciones cognoscitivas, con lo cual, el individuo, sus vínculos sociales y su contexto, pueden requerir apoyo para prevenir, contrarrestar o ralentizar dicho deterioro.

Figura 10. Distribución de la población adulta mayor estatal, con base en la presencia de deterioro cognoscitivo

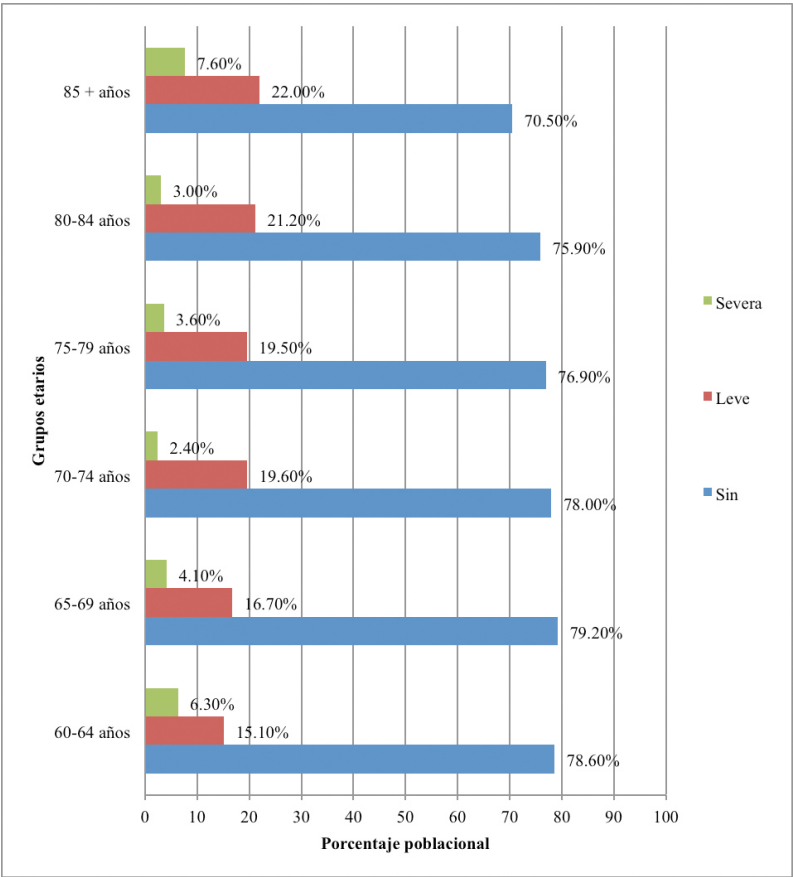


Fuente: datos tomados de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2016) del estado de Hidalgo.

Por otra parte, más de cinco por ciento de la población mayor encuestada tiene sintomatología depresiva severa, y alrededor de 20 por

ciento, una sintomatología moderada (SABE, 2016). En otras palabras, de dos a tres de cada diez personas mayores tienen indicadores de depresión (figura 11).

Figura 11. Distribución de la población adulta mayor estatal con base en la sintomatología depresiva



Fuente: datos tomados de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2016) del estado de Hidalgo.

La presencia de sintomatología depresiva, leve o moderada, requiere intervenciones en el contexto, así como el individuo, realizadas por expertos en el área de la salud y acompañadas por especialistas con habilidades en la intervención integral dirigida a la población adulta mayor, como seres no segmentados.

Referencias

- Consejo Nacional de Población (2017). *Datos de Proyecciones*. httpwww.conapo.gob.mxesCONAPOProyecciones_Datos.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2015a). *Resultados Definitivos de la Encuesta Intercensal 2015*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/Intercensal/2015/doc/especiales2015_12_3.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Resultados definitivos de la encuesta Intercensal 2015*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/Intercensal/2015/doc/especiales2015_12_3.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). *Encuesta Intercensal*. <httpwww.beta.inegi.org.mxproyectosenchogaresespecialesIntercensal>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía & Gobierno del Estado de Hidalgo (2016). *Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo 2016*. httpwww.datatur.sectur.gob.mxITxEF_DocsHGO_ANUARIO_PDF16.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *World Population Prospects. The 2015 Revision. Key Finsings and Advance Tables*. ONU. https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- Peña-Montoya, M., Garzon-Duque, M., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. *Antioquia - Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia - Colombia. Universidad y Salud*, 18(2), 219-231. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200004&lng=en&tlng=es.
- Secretaría de Salud/Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (2016). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento del estado de Hidalgo*. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/ENCUESTA_SABE_FINAL_01_11_16.pdf.

Aspectos sociales en el diseño urbano de los espacios públicos que incluya a los adultos mayores en Pachuca, Hidalgo

Silvia Lizbeth Aguilar Velázquez¹

Sonia Bass Zavala²

Lilia Susana Carrillo Medina³

La realidad latinoamericana presenta características específicas que deben ser consideradas en un modelo de estructura interna de ciudad, tales como la estratificación social, el bajo poder adquisitivo de estratos medios y bajos, y el uso reducido del automóvil, entre otros factores. Además, en la estructuración del espacio existe una diversidad de elementos que inciden sobre él y, sin duda, sobre la organización social que lo conforma.

Para atender estos problemas, la planificación urbana debe incluir las características sociales de los habitantes de la ciudad, si se contempla lo anterior podría lograrse la resolución de múltiples problemas urbanos, atendiendo las necesidades sociales y la calidad de vida. Pero, para esto, debe admitirse que la praxis urbana “requiere establecer políticas realistas que enfrenten los múltiples retos del acelerado crecimiento de las ciudades” (Garza, 1986, p.78).

1 Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Área Académica de Sociología y Demografía, correo electrónico: silvia_aguilar@uaeh.edu.mx.

2 Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Área Académica de Sociología y Demografía, correo electrónico: sonia_bass10401@uaeh.edu.mx.

3 Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería, Área Académica de Ingeniería y Arquitectura, correo electrónico: red.nomadic.scm@gmail.com.

Si la planificación es el método por el cual la sociedad, a través del sector público, selecciona el camino de acción más eficiente entre distintas alternativas que tienden a un conjunto de fines prefijados. El sistema de decisiones puede tener grados distintos de centralidad, pero lo esencial es que siempre exista un control que obligue a cada unidad gubernamental descentralizada a integrar sus decisiones a los objetivos del plan (Bass, 2006).

Para lograr lo anterior, es necesario considerar los aspectos sociales y físicos dentro de los análisis de estructura interna de la ciudad. En tanto, si no conocemos con detalle las características sociales, se seguirá planificando sin bases sólidas que no permitan afrontar los problemas que se viven cotidianamente (Ortega, 1982). Bajo esa línea, incluir el elemento demográfico (las características de los habitantes, como edad, sexo, educación, número de hijos, migración, empleo, desempleo, entre otras variables) permite considerar en la implementación de proyectos que atiendan los espacios públicos, el tipo de diseño necesario, para quién debe dirigirse, edades, tipo de actividad que pretende ofrecer, etcétera, que permita la utilización de los mismos por toda la estructura social (Sabate & Carrión, 1992).

Lo anterior debe considerarse porque el planeta enfrenta una fuerte transición demográfica, a raíz de una baja en las tasas de mortalidad y fecundidad, además del aumento en la esperanza de vida. En algunos países europeos se ha producido un envejecimiento de la población, se redujo el número de individuos de las edades más jóvenes, y aumentaron los sectores de edad avanzada (RedActiva, 2018).

Ante estos cambios en los patrones demográficos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició en 2005 el proyecto Red mundial de ciudades amigables con la edad (*Age-friendly Cities*), que tiene como finalidad ayudar a las ciudades y municipios cuya población adulta mayor incrementa, considerando que este grupo constituye un recurso imprescindible para la familia, la comunidad y la sostenibilidad de la economía (a través del trabajo voluntario, transmitiendo sus experiencias y conocimientos, ayudando a sus familias en las responsabilidades del cuidado o participando en el mercado laboral) (OMS, 2007).

Para ser una comunidad amigable con las personas en la etapa de la senectud, es necesario fomentar la convivencia entre los habitantes de todas las edades, la promoción de una cultura inclusiva, así como incorporar en los diseños de ciudades, políticas, servicios y estructuras relacionadas con el entorno físico y social, que permitan a los adultos mayores participar activamente, además de disfrutar de elementos que ayuden a una buena salud. Esta iniciativa enseña sobre el envejecimiento a todas las generaciones (Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS], 2016), por lo que resulta indiscutible promover un rediseño en las políticas y planeación urbana de la capital del estado de Hidalgo, que incluya a esta población vulnerable.

El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación sobre capacidad adaptativa y resiliencia social en entornos vulnerables. Evalúa los alcances políticos y de gestión del territorio, enfocados en la atención del adulto mayor, frente a una realidad inherente a las sociedades latinoamericanas: el envejecimiento de la población. Plantea el espacio social y público como el catalizador que permea en la capacidad de otorgar bienestar, así como sano desarrollo a la población envejecida, que le identifica como un grupo vulnerable que requiere actuación directa de políticas para el desarrollo urbano y la planificación del territorio.

Ciudad y envejecimiento

En México, la distribución desigual de la población en el espacio genera una serie de efectos negativos en los diferentes grupos que conforman la estructura social, uno de estos son los adultos mayores que, siguiendo el comportamiento de envejecimiento de la población, han incrementado por el avance de la transición demográfica regional y por la emigración. Al mismo tiempo, se observan grandes coincidencias entre las zonas con baja densidad y elevados índices de envejecimiento, sobre todo en las regiones tradicionalmente agrícolas que han padecido el efecto de llamada de la población activa joven hacia las grandes áreas urbanas, industriales y turísticas. Además, en las regiones rurales, la permanencia de la población adulta mayor se ha visto incrementada por la llegada de emigrantes de retorno de edades avanzadas a sus lugares de origen (Sánchez, 2007).

De acuerdo con las proyecciones de población que elabora el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que para el año 2030 esta población de 60 años o más aumentará a 20 millones 365 mil 839 personas (INAPAM, 2018).

En este proceso debe incorporarse el diseño de la estructura física de las ciudades, con la llamada planeación gerontológica en municipios urbanos y áreas metropolitanas, dado que deben incluirse aproximaciones teórico-metodológicas sobre el conocimiento de los distintos escenarios demográficos, socioeconómicos y políticos, para la elaboración de políticas sociales eficaces que garanticen ciertos niveles de bienestar a la población adulta mayor (Sánchez, 2007).

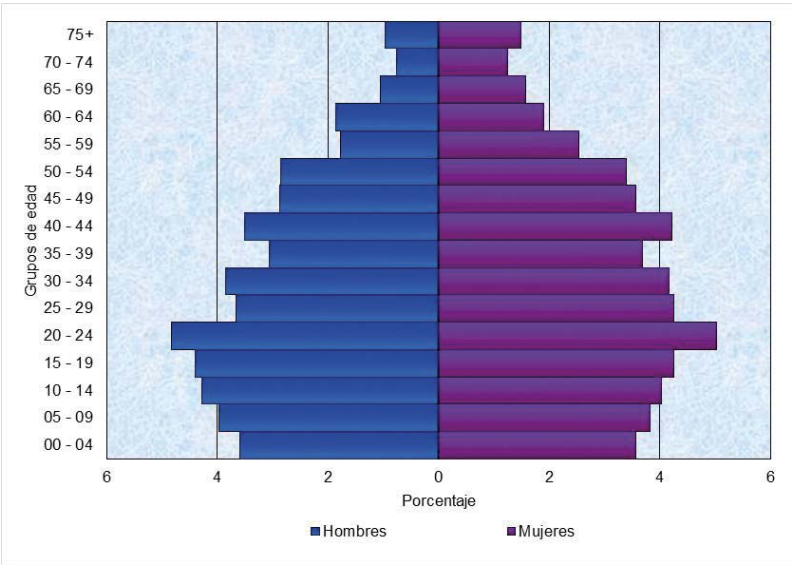
Según Sánchez (2005; 2007), el aumento de la concentración de la población de adultos mayores en las grandes áreas metropolitanas, exige incluir dicha escala espacial en la planeación urbana. La planeación gerontológica de los espacios urbanos exige tomar en cuenta el proceso de envejecimiento de la población de México para tener una visión preventiva. El rápido avance del envejecimiento demográfico se atribuye, principalmente, a tres factores demográficos asociados: la caída de la tasa de fecundidad, el descenso generalizado de la mortalidad, que ha significado el aumento de la esperanza de vida en todo el mundo, y los movimientos migratorios.

La ciudad de Pachuca tiene una característica particular del espacio urbano en el centro tradicional, producto de la geografía de un pueblo minero, donde su morfología urbana se caracteriza por pequeñas calles y callejones, en zonas de alto riesgo geológico, elevadas pendientes, además de tener pocas áreas verdes o recreativas.

En cuanto a su población, de acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), al año 2015, esta ciudad concentró el 9.7 por ciento de la población estatal. La figura 1 permite observar los cambios en la dinámica de su población, se producen importantes modificaciones en la estructura por edad y sexo. Durante el año citado, se percibe una contracción de la pirámide poblacional inmersa en el proceso de envejecimiento, la base de la pirámide se reduce, resultado en gran medida del descenso de la

fecundidad presente desde mediados de la década de los setenta, mientras que la cúspide se amplía. De los 277 mil 375 habitantes de Pachuca el 10.8 por ciento es de adultos mayores.

Figura 1. Pirámide de población de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, 2015.

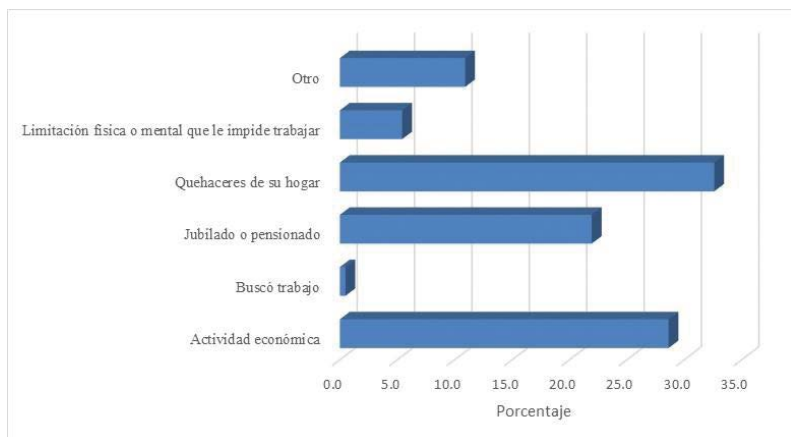


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015).

Lo anterior lleva a enfocar la mirada en este segmento de la población que, a pesar de estar en la etapa de la senectud, un porcentaje importante participa en el mercado laboral (28.6 por ciento) como se muestra en la figura 2. De igual forma, el 32.6 por ciento realizó quehaceres en el hogar, en tanto, sólo un 21.9 por ciento es jubilado o pensionado. Lo anterior permite visualizar la importancia que tienen tanto al interior del hogar como en la economía local. Además, las crisis económicas, los cambios en los sistemas de pensiones y la flexibilización del mercado laboral, convierten a este grupo de población en el más vulnerable, ante la necesidad de generar ingresos para su subsistencia, ya que, en muchas

ocasiones, conseguir un trabajo les resulta más complicado, como 0.5 por ciento de los adultos mayores que engrosan las filas de los desocupados.

Figura 2. Adultos mayores, según actividad realizada, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015).

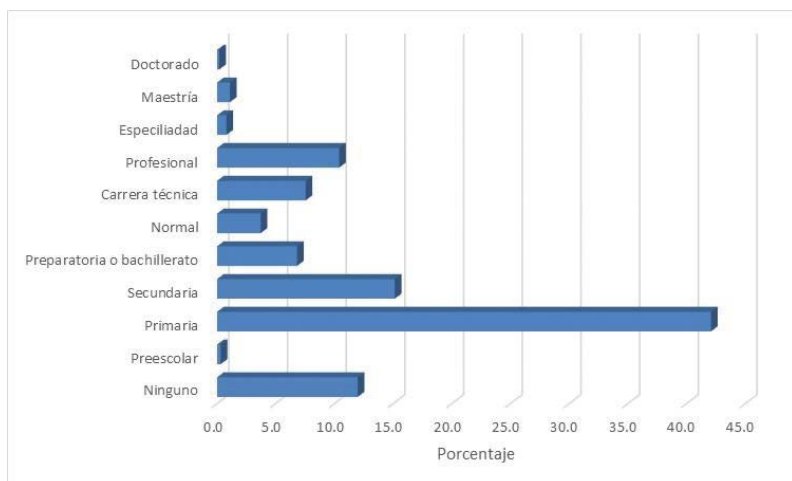
Respecto del grado escolar de los adultos mayores, resalta en la figura 3 que 42.1 por ciento solo cuenta con primaria, 15.1 por ciento terminó la secundaria, y 10.4 por ciento estudió una carrera profesional, en contraste con 12 por ciento que no acudió a la escuela.

Para Robert Park, clásico de la Escuela de Sociología de Chicago (citado en Harvey, 2003), la ciudad es el mundo que el hombre ha creado, uno de sus intentos más consientes a partir de sus anhelos más profundos y en el que está condenado a vivir. Por su parte, Schteingart (2001) enfatiza que “[...] la ciudad trae aparejada procesos contradictorios de unidad y separación, de integración y de conflicto” (p. 26).

En el estudio sobre selectividad de espacios relevantes en la ciudad de Pachuca, Carrillo-Medina (*et al.*, 2016) identificó como parte del entorno público y social privado para el esparcimiento, plazas y centros comerciales, que 72 por ciento de los usuarios que hacían uso de aplicaciones y redes sociales, destacaban como hitos de la ciudad a las plazas Independencia y

Juárez, además de los centros comerciales Galerías y Plaza Q, al observar el diseño y aforo en frecuencias de uso. Asimismo, se destacó la carencia de dispositivos de accesibilidad universal por los largos recorridos, la disminución de indicadores de confort, como asientos, sombreado, indicadores podotáctiles, así como los paisajes con señalética que no consideran el deterioro de la capacidad visual y auditiva, característica propia del adulto mayor.

Figura 3. Grado escolar aprobado de los adultos mayores, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015).

Conclusiones

El acceso universal, como estadio fundamental para el desarrollo de ciudades sostenibles y sustentables, incorpora dentro de las políticas de desarrollo urbano todo instrumento que permita erradicar las disparidades, la condición de riesgo y vulnerabilidad.

Sin embargo, es evidente que un análisis prospectivo del comportamiento de la población dependiente, permitiría comprender cambios estructurales que demandan atención.

Resguardar, a partir de las acciones directas en el territorio, el desarrollo social y el bienestar, exige atender la población envejecida. De esta forma, será propicio incluir en el entorno urbano: infraestructura, equipamiento y sistemas de movilidad, así como todo aquel instrumento político y de intervención, que atienda a un grupo prioritario y cada vez más activo en la dinámica poblacional de las ciudades.

Finalmente, con los cambios estructurales y de participación económica, se observa un envejecimiento activo que requiere atención directa en el ordenamiento territorial.

Referencias

- Bass, S. (2006). *Estructura social y planeación urbana en la Ciudad de México, 1990-2000* [tesis de doctorado, El Colegio de México]. Repositorio Institucional UN. https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/5712m688h?f%5Bdegree_program_sim%5D%5B%5D=Doctorado+en+Ciencia+Social+Especialidad+en+Sociolog%C3%ADa&f%5Bsubject_sim%5D%5B%5D=Urbanizaci%C3%B3n&locale=es.
- Carrillo-Medina, L.S., Reséndiz-Dávila, J.J., & de Hoyos-Martínez, J.E. (2016). Percepción y apropiación del espacio público. Estudio de caso: Plaza Independencia, Pachuca de Soto, Hidalgo, México. *Legado de Arquitectura y Diseño*, 11(20), 61-79. <https://legadodearquitecturaydiseno.uaemex.mx/article/view/4761>.
- Garza, G. (1986). Planeación urbana en México en periodo de crisis (1983-1984). *Estudios Demográficos y Urbanos*, 1(1), 73-96. <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/570/563>.
- Harvey, D. (2003). The right to the city. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27(4), 939-991. <https://doi.org/10.1111/j.0309-1317.2003.00492.x>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/Intercensal>.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018, 12 de mayo). CONAPO e INAPAM, de la mano en la atención del envejecimiento. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/conapo-e-inapam-de-la-mano-en-la-atencion-del-envejecimiento-156950?idiom=es>.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2016). *I Conferencia hispana de ciudades y comunidades amigables con las personas adultas mayores* [boletín número 19]. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores. (pp. 12-13). <https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/01/Boletin-OISS-19-Alta.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Ediciones de la OMS. <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1>.
- Ortega, A. (1982). *Diccionario de Planeación y Planificación: Un ensayo conceptual*. Ediciones Edicol.
- RedActiva (2018, 18 de junio). *Fomentando la movilidad de los adultos mayores en la ciudad – Laboratorio de Innovación Pública (LIP)*. FIAP. <https://www.fiapinternacional.org/redactiva-fomentando-la-movilidad-de-los-adultos-mayores-en-la-ciudad-laboratorio-de-innovacion-publica-lip-marzo-2018>.
- Sabate, A. & Carrión, F., (1992). *Planificación urbana periférica bajo inercia recesiva*. CODEL.
- Sánchez, D. (2005). El proceso de envejecimiento demográfico urbano en Granada y su área Metropolitana. *Cuadernos Geográficos*, 2(37), 185-200. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17103608>.
- Sánchez, D. (2007). Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México. Retos de la planeación gerontológica. *Revista de Geografía Norte Grande*, 38, 45-61. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022007000200003>.
- Schteingart, M. (2001). La división social del espacio en las ciudades. *Perfiles Latinoamericanos*, 9(9), pp. 13-31. <https://perfilesla.flacso.edu.mx/index.php/perfilesla/article/view/314>

CAPÍTULO 2

Nuevas formas de relacionarse con el adulto mayor

Cuidado y prevención de la red de apoyo social. Guía para el fortalecimiento de las redes de apoyo social en las personas mayores

María del Refugio Acuña Gurrola¹

Dulce Abril Galindo Luna²

Lydia López Pontigo³

Bertha Maribel Pimentel Pérez⁴

Los seres humanos compartimos miles de características, sin embargo, somos muy diferentes unos de otros. A lo largo de los años, diversos autores han desarrollado gran cantidad de teorías para intentar explicar la naturaleza humana, su origen y evolución. Así se han establecido diferentes categorías de estudio, como los procesos vitales, dentro de los cuales está el envejecimiento, que por mucho tiempo fue considerado como una etapa de deterioro, dependencia, desvalorización y exclusión. Incluso, aún es visto por muchos sectores sociales como una carga (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

1 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: maria_acuna@uaeh.edu.mx.

2 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: dulce.galindo@uaeh.edu.mx.

3 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: lydial@uaeh.edu.mx.

4 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: bertha_pimentel@uaeh.edu.mx.

A pesar de las acciones que se emprenden hoy en día para que la población cambie el concepto que se tiene de la vejez, en ocasiones son las propias personas mayores quienes tienen una idea errónea de su desarrollo, al igual que quienes están en proceso de llegar a esta etapa de la vida. Por esta razón, es importante que todas las personas se preparen para el envejecimiento, de una forma responsable. Que, de manera personal, se adopten prácticas de salud positivas y, sobre todo, que se adquieran las estrategias necesarias para mejorar la propia calidad de vida, mediante un envejecimiento saludable, enfocado, fortaleciendo la funcionalidad de los individuos (OMS, 2015).

En este sentido, uno de los aspectos que los individuos frecuentemente dan por hecho, o no analizan, son los recursos de apoyo social con los que cuentan, es decir, si en su contexto existen suficientes personas que les provean del apoyo que requieren en sus diferentes modalidades.

Estas redes de apoyo social pueden tener una gran influencia en la calidad de vida del adulto mayor, ya sea de manera positiva al reforzar, o bien, negativa cuando los lazos con otras personas no tienen la calidad que cada individuo requiere. Dicha influencia se debe a que, como individuos insertos en un contexto sociocultural, se tienen necesidades de apego y amor, así como de apoyo de otros, para la realización de ciertas actividades, al igual que de información y recursos materiales o económicos. Estas necesidades no condicionan una situación de dependencia de los otros, y son variables entre cada uno de los individuos, ya que cada uno cuenta con sus propios referentes y expectativas, pero todos, en mayor o menor grado, requieren de los otros para cubrir una o más de estas necesidades que incluyen la integración y la vinculación con otras personas (Arias & Iglesias, 2015).

De esta manera, para hablar de la red de apoyo social es necesario considerar que es un proceso dinámico integrado por un conjunto de participantes, o actores, y las relaciones que se establecen entre ellos, para satisfacer necesidades sociales básicas, como la pertenencia a un grupo, el afecto, el ser reconocido importante por otros, la seguridad y la aprobación. En otras palabras, dichas necesidades pueden satisfacerse mediante diferentes tipos de apoyo, entre los que se encuentran: el

emocional, el instrumental, el económico y el informativo, principalmente. Por lo anterior, puede establecerse que las redes de apoyo social son determinantes en el proceso de envejecimiento, y están vinculadas a la salud física y mental de los individuos, al igual que factores a la calidad de vida, el bienestar y la soledad (De Jong, Keating, & Fast, 2015).

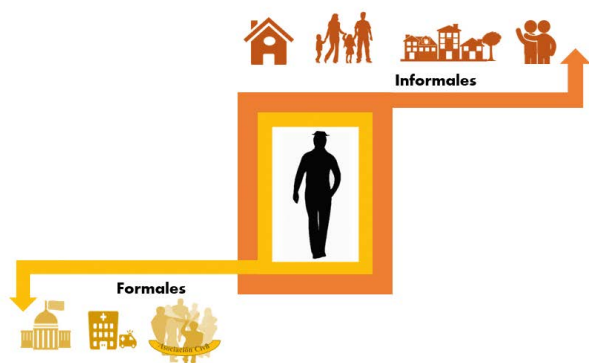
Así, por ejemplo, como lo menciona Sluzki (1996), la red de apoyo social puede actuar como un agente que propicia en el individuo conductas de protección a la salud, pero cuando una persona se encuentra o se percibe enferma es posible que la calidad de su interacción social se vea deteriorada.

Ahora bien, las redes de apoyo social se componen por las personas con las que interactúa el individuo a lo largo de su vida, en diferentes lugares y momentos. Por lo que, su constitución, calidad, función y características específicas, pueden estar sujetas a los cambios producidos por el tiempo y las circunstancias que rodean a cada persona, al igual que del propio individuo y las personas con las que interactúa. Además, los vínculos o relaciones pueden clasificarse en formales e informales, a partir de su naturaleza y origen, como puede verse en la figura 1. Dichos vínculos se establecen con base en la organización y agrupación de las características que le permitirán determinar las distintas modalidades en las que puede recibir o esperar apoyo de éstas, así como los actores potenciales de los que puede provenir dicho apoyo (Terán, 2014).

De esta clasificación, se obtiene que las redes informales o primarias se identifican porque se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas (Terán, 2014), donde se establecen lazos cercanos que pueden ser afectivos y de carácter personal, en los que no existe una estructura de convivencia reglamentada o predeterminada, por lo que suele tratarse de miembros de la propia familia o de externos, como amigos, compañeros y vecinos, entre otros. Estos vínculos pueden estar establecidos mediante la frecuencia de convivencia y/o la cualidad de esta. En otras palabras, se forman más por la calidad de la relación que por el número de veces que se interactúa con la persona. Así, las relaciones que conforman a las redes de apoyo informales, cuando satisfacen exitosamente las necesidades del individuo, pueden brindar un gran soporte a la persona

para desempeñarse de manera autónoma y segura dentro de su contexto sociocultural, a la vez que, sí así se requiere, apoyan al individuo en las actividades que no puede realizar de manera independiente, sin limitarlo o subestimar (Da Silva, 2019; Terán, 2014), donde el cuidador y la familia, con parentesco consanguíneo o no, tienen un rol fundamental para el bienestar del mayor (Da Silva, 2019).

Figura 1. Clasificación de los vínculos de las redes de apoyo social

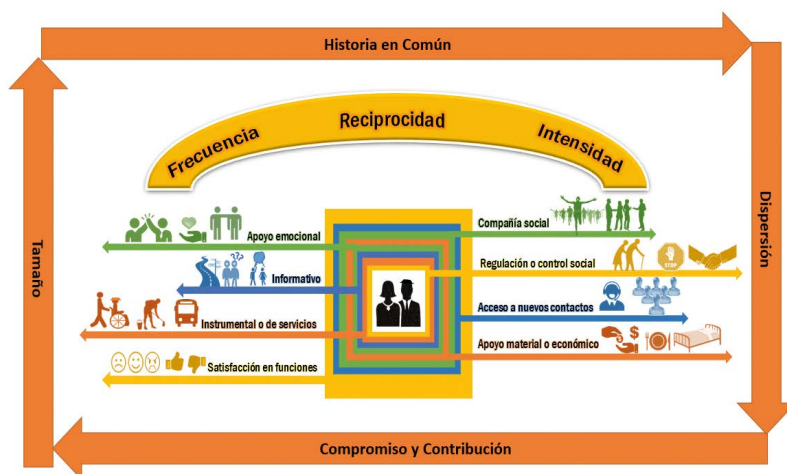


Fuente: elaboración propia.

Por su parte, las redes formales o secundarias han sido creadas con la finalidad de proporcionar apoyo a los individuos, e implican interdependencia entre sus miembros, funciones, intereses y situaciones, que se encuentran basadas en una interacción reglamentada. Dentro de las cuales se encuentran centros de salud o ciertos programas y servicios gubernamentales, y requiere contar con una formación adecuada por parte de los servidores. Asimismo, es necesario que el individuo se comprometa a conocer los servicios que prestan y que sea consciente del tipo de apoyo que pueden esperar de ellos, así como sus derechos y obligaciones para poder solicitar el apoyo que brindan las instituciones en el momento que lo requiera (Terán, 2014).

Aunado a lo anterior, cuando se piensa en los componentes de la red de apoyo social, se deben considerar: el número de personas que la componen, la intensidad o grado de intimidad, y la confianza que hay con cada persona, la posibilidad de acceso o contacto con cada vínculo, la historia en común, que incluye la reciprocidad (es decir no sólo el dar sino también recibir), la frecuencia de contacto, y las funciones o apoyos que se obtienen (figura 2).

Figura 2. Características de las redes de apoyo social



Fuente: elaboración propia.

En otras palabras, aunque es importante contar con diversas relaciones o vínculos dentro de la red social para aumentar las posibilidades de que las necesidades del individuo estén cubiertas, la cantidad no siempre equivale a la calidad. Esto quiere decir que, además del número de vínculos o relaciones, se debe estar consciente de si las personas que se consideran como parte de la red están dispuestas a brindarnos el apoyo requerido y, a su vez, la persona esté dispuesta a solicitarlo. De esta manera, un ejemplo de la influencia de la ausencia de estos elementos es el caso de la Señora I:

A sus más de 80 años, y siendo autónoma, vivía con una de sus hijas y se trasladaba diariamente dos horas hacia un lugar específico para la convivencia de los mayores, donde permanecía un promedio de dos o tres horas y regresaba a casa. Pero, en cuanto a percepción de apoyo, especialmente el emocional, no sentía tenerlo por parte de su hija. En su lugar, se percibía más bien acompañada por otros mayores del centro de convivencia, aunque ello no satisfacía del todo sus expectativas.

Del mismo modo, los vínculos o relaciones que conforman la red de apoyo social también deben ser accesibles para el individuo, a fin de tenerlos disponibles en el momento que se requiera solicitar apoyo específico. De no ser así, aunque los otros tengan la voluntad de apoyar, dicho apoyo pudiera no verse reflejado en la cobertura de las necesidades de la persona. Un ejemplo de esto es el caso de la Señora C:

Con 75 años. Al momento de la entrevista, vivía sola, aunque tenía cinco hijos. Además, refirió problemas económicos para su manutención, debido a que sus hijos vivían lejos y ella debía esperar a que llegara el dinero que le enviaban. Del mismo modo, aunque hablaba una vez a la semana con sus hijos, mediante el teléfono, la persona por la que se sentía más apoyada emocionalmente era su hermana, con quien tenían contacto telefónico cada seis meses, en promedio, además del apoyo percibido de los compañeros del centro de convivencia para mayores, al que asistía diariamente.

Los casos de la Señora I y la Señora C también sirven para ejemplificar que, aunque la frecuencia de contacto es importante, no es determinante para sentir el apoyo del otro. Asimismo, la presencia o la ausencia de la relación consanguínea puede influir, pero no es condicionante del tipo de relación y calidad del mismo.

Por otra parte, una enseñanza común, desde la infancia, es cuidar del otro y dar, incluso por encima de las propias posibilidades o deseos. Así, a un niño se le enseña a compartir, pero no a identificar y respetar cuando sus deseos son sobrepasados para aprender a marcar límites y saber que tiene derecho a recibir lo necesario para cubrir sus necesidades. No se trata

de que compartir sea malo, por el contrario, mediante esto se desarrollan y ponen en práctica distintos valores, pero es igual de importante tener claro que también cada individuo es merecedor de apoyo y afecto. Por lo que se hace imperativo entender que no es necesario aparentar la ausencia de necesidad de ayuda de los otros porque se es fuerte, por el contrario, se debe admitir cuando existen necesidades, así como el derecho a recibir apoyo para cubrir las propias necesidades. De esta manera, se pueden evitar situaciones como las que enfrenta la Señora J:

Mujer de 64 años quien, mientras permanecía en la sala de espera del hospital para ser valorada sobre una posible intervención en las rodillas, contó que es viuda y tiene cuatro hijos, a quienes les dio carrera y les ayudó a establecerse económicamente. Sin embargo, actualmente, ella vive de vender dulces por la calle y de la caridad de sus vecinos.

Así que, cuando la principal enseñanza en la convivencia con los otros, en especial con los hijos, es solo dar y no la reciprocidad en los vínculos, puede ser un factor que contribuya a que ante una situación vulnerable no se tenga el apoyo requerido, además de no considerarse merecedor de este o con la capacidad de pedirlo.

En el mismo sentido, así como es importante reconocer que necesitamos de otros, también es relevante aprender a expresar los sentimientos positivos y negativos, es decir, se debe trabajar constantemente en la comunicación con las personas que son importantes para la persona y no dar por hecho que saben lo que se piensa o siente, incluso esperar a que se den cuenta o lo adivinen, ya que, mientras exista una mejor comunicación en la expresión y escucha de las emociones, se estará fortaleciendo la relación con los otros. Por ejemplo, no es suficiente amar a los otros y dar por hecho que lo saben, es necesario hacerlo explícito, incluso decirlo, como le sucedió a la señora J:

Mujer de 72 años de edad, casada desde hace más de 50 años con el señor J, con quien se sentía acompañada y amada. Tuvo dos hijos y varios nietos. No acostumbra expresar sus sentimientos a su familia.

Un día llegó muy emocionada a un grupo de reunión para mayores, porque la tarde anterior, por primera vez, le había dicho “te amo” a una de sus nietas, quien la abrazó. Mientras ella lo contaba, lloraba de felicidad por expresar amor y recibirlo tan abiertamente de su nieta.

Por otra parte como ya se ha venido vislumbrando, las relaciones o vínculos que conforman a la red de apoyo social cumplen distintas funciones que tienen el objetivo de cubrir diferentes necesidades de sus protagonistas. Por lo que, además de ser importante cada uno de los tipos de apoyo que se requieren, es aún más importante que este apoyo tenga la calidad para satisfacer las expectativas individuales, ya que dicha satisfacción proporciona al individuo un sentido de competencia personal, control sobre su entorno y sobre su propio proceso de envejecimiento. Así, dentro de las diversas funciones que pueden cumplir los vínculos o relaciones de la red de apoyo social, como pudieron observarse en la figura 2, se encuentran (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003):

- Apoyo emocional. Implica empatía, el intercambio de expresiones de emociones positivas, entre las que se encuentran: empatía, escucha, amor, cariño, simpatía y comprensión, compañía, entre otras. Por ejemplo, la compañía se refiere a la realización de actividades entre dos o más personas, aunque no implica la existencia de una relación cercana o íntima.
- Apoyo informativo. Incluye las interacciones interpersonales dirigidas a la guía cognitiva, la enseñanza o los consejos, con base en el cumplimiento de distintos roles de interacción, personal, social y/o institucional. Dentro de este tipo de apoyo, se podría encontrar la regulación o control social, que parte de interacciones en las que se orienta, recuerda y reafirma las obligaciones, los derechos y los límites, favorece los comportamientos del individuo dentro del contexto, así como la resolución de conflictos o problemas.
- Apoyo instrumental. Relativo a los servicios. Implica colaboración entre los participantes en distintas labores, comunes o individuales,

sobre funciones, o bien, labores físicas como traslado, cuidados o ayuda en tareas y actividades, entre otros.

- Apoyo material. También nombrado como económico, se refiere a proporcionar soporte mediante dinero, compra de cosas, manutención, pago de servicios, etcétera.

Las redes sociales de apoyo pueden promover elementos que satisfacen las necesidades básicas, así como de amparo y vinculación, para las personas adultas mayores (Arias & Iglesias, 2015).

Por lo tanto, favorecen a la población mayor, tanto por los apoyos materiales e instrumentales que mejoran las condiciones de vida, como por el impacto significativo dentro del ámbito emocional. De tal manera que, cuando las relaciones son positivas y proveen tanto apoyo como confianza, contribuyen al envejecimiento saludable del mayor (OMS, 2015).

Cuando se diversifican las relaciones y se fortalecen, se tiene una mayor probabilidad de poder recibir el apoyo que se requiere y lograr un mayor nivel de bienestar, ante las posibles pérdidas y cambios que se pueden enfrentar a lo largo de la vida, en especial ante la potencial jubilación, la independencia o el matrimonio de los hijos, la muerte de las personas amadas, entre otros elementos. Un ejemplo es el caso de la señora T:

Mujer con 60 años de edad, quien no tenía buena relación con su esposo. Sus tres hijos, ya casados, vivían de manera independiente, sin embargo, ella se sentía acompañada y aceptada, si bien por sus hijos, en gran medida, también por sus amigas.

Así, el establecimiento de nuevas relaciones o vínculos de potencial apoyo social debe ser una tarea constante, al igual que el fortalecimiento de la calidad de interacción y el apoyo que se comparte con personas que se consideran importantes. Es por eso que, mientras se cuente con un mayor número de personas de las que se tiene la certeza que pueden brindar apoyo, existirán más posibilidades de cubrir las propias necesidades, a pesar de la pérdida o modificación de la interacción, con una o más de

ellas. A continuación, se enuncian algunos de los puntos importantes a mantener y reforzar:

- Identificar claramente los vínculos o relaciones personales con los que se cuenta. Además de determinar el tipo y grado de apoyo que proporciona cada uno de esos vínculos.
- Evaluar si el apoyo que brinda cada vínculo, y las características del mismo, satisfacen las propias necesidades.
- Ser consciente de qué tipo de apoyo se brinda a las personas que se consideran importantes y si es lo que se les quiere dar. De no ser así, si se desea dar más o menos.
- Diversificar vínculos, es decir, conocer nuevas personas y abrir la posibilidad de que estas u otras, con las que ya interactuamos, formen parte de la propia red de apoyo.
- Fortalecer la comunicación con las personas, mediante la expresión adecuada y oportuna, tanto de pensamientos como de emociones, incluso el desacuerdo, así como poner en práctica la escucha y empatía hacia ellos.
- No dar por hecho que las cosas sucederán y esperar a que ocurran. Es necesario buscar y trabajar para que se realicen.
- Comenzar a hablar desde primera persona, por ejemplo, desde “yo me siento”, “yo pienso”, “yo creo” o “yo necesito”, más que desde cómo te hace sentir o lo que provoca el otro en la propia persona.
- Escuchar a los otros, lo que implica poner atención y considerar lo que dicen, es decir, valorar si lo que expresan tiene alguna veracidad o motivo de ser, para actuar en consecuencia y no sólo por lo que se considera real desde una visión individual.

Se debe tener en cuenta que cada individuo ve las situaciones desde su perspectiva y reacciona con base en esta. Si bien una relación es bidireccional, para lograr establecerla o fortalecerla es necesario proveer la propia aportación y permitir al otro poner la suya.

Sugerencias de estrategias para fortalecer las redes de apoyo

Evaluar vínculos sociales y calidad

El evaluar los vínculos o relaciones sociales de las que dispones es el primer paso para determinar si estas satisfacen las necesidades del individuo o se requiere modificarlas, incluso generar nuevas.

Podría ser de utilidad un listado en el que, además de indicar el nombre de cada una de las personas con las que existe una relación y que son importantes para el individuo, se señale la frecuencia de contacto y el medio, así como el tipo, el grado y la satisfacción con el apoyo que se recibe. Una vez concluida la tabla, es posible plantear las siguientes preguntas:

- ¿Los vínculos de los que se disponen son todos los que se necesitan?
- ¿Se desea ampliar el número de relaciones de las que se dispone?
- ¿El grado y tipo de apoyo que brinda cada persona satisface las propias necesidades?
- ¿El grado y tipo de apoyo que se brinda a cada persona satisface lo que se quiere dar (sin excederse o limitarse)?
- ¿Qué está dispuesto a hacer para modificar la red de apoyo social y su calidad?

Tabla 1. Listado de relaciones

Nombre	Parentesco o relación (pareja, hijo, nieto, amigo, vecino, etcétera)	Frecuencia de contacto (ninguna, pocas, algunas, pero me gustarían más, suficientes, todas las que quiero.	Grado de apoyo que recibo de la persona (nada, poco, regular, mucho, pero necesito más, suficiente, todo el que necesito para cubrir mis necesidades.				Grado de apoyo que recibo de la persona (nada, poco, regular, mucho, pero necesito más, suficiente, todo el que necesito para cubrir mis necesidades.			
			Emocional	Material	Instrumental	Informativo	Emocional	Material	Instrumental	Informativo
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
7										
8										
9										
...										

*El número de vínculos o relaciones puede ser tan largo como lo desees.

Mejorar la comunicación

Para mejorar la comunicación es necesario practicar una estrategia asertiva que permite expresar sentimientos positivos, como amor y afecto, así como negativos que incluyen tristeza y molestia o enojo. Asimismo, permite establecer límites o negarse, hacer peticiones, iniciar y mantener conversaciones, entre otras acciones (Caballo, 1993). Por tanto, la asertividad implica:

- Expresar sentimientos, ideas y opiniones.
- De manera adecuada: honesta, directa y firme.
- Sin atentar contra los derechos de otras personas: sin dominar, humillar o degradar, manipular o fastidiar a los demás.
- Sin agredir ni ser sumiso.

Del mismo modo, para expresarnos de manera asertiva es necesario tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Postura corporal: postura recta, abierta y manos visibles.
- Mirada: ver al interlocutor a los ojos o en la mitad superior de su cara.
- Gestos: movimientos de cabeza, sonreír, fruncir, etcétera.
- Elementos paralingüísticos: silencios, volumen, timbre o claridad, tono para sentimientos, vacilaciones o repeticiones, tiempo de habla, la claridad y la velocidad.

Además, es importante recordar que hablar en primera persona y escuchar es igual de importante que asegurarse de que el mensaje que se emite es recibido, de manera efectiva, por las personas a quienes se les quiere enviar.

Finalmente, como en todo, la práctica genera hábitos, así que habrá momentos en los que sea difícil e incluso se llegue a fallar, pero lo importante es seguir intentando. De manera que, eventualmente, se volverá algo natural en nuestra forma de comunicación.

Llegar a acuerdos

Es común que el contexto o las personas con las que se convive requieran cosas del individuo, a la vez que la persona de ellos. Por tal motivo, los acuerdos son otra herramienta que puede ayudar a mejorar las relaciones con los otros, para mediar entre lo que se demanda de cada uno y lo que se está dispuesto a dar.

De esta manera, hay elementos básicos a tomar en cuenta cuando se desea establecer y poner en práctica los acuerdos (Galván, *et al.*, 2016), los cuales se pueden dividir en momentos:

Antes:

- Admitir que las cosas no se arreglan solas.
- Convocar a los involucrados.
- Concertar la cita y asistir.
- Tener claras las metas o propósitos.
- Empatía, escucha y respeto mutuo.
- Reconocer emociones y elementos que alteran.

Durante:

- Expresar, correctamente, emociones, necesidades, problemas y desacuerdos.
- Apoyo mutuo y voluntario en la medida de las posibilidades y habilidades.
- Comprender que los otros no tienen la misma necesidad o interés.
- En caso de pelea, chantaje, etcétera, descansar de quince a veinte minutos.
- Búsqueda de alternativas que beneficien a todos y se adapten a las necesidades.

Al cierre:

- Escribir metas, acuerdos, participantes y roles.
- Ser claros y concretos, sin imponer tareas a presentes o ausentes.
- Voluntad para cumplir acuerdos.

Después:

- Apoyar a quienes soliciten el acuerdo.
- Apoyar a quienes tienen voluntad para cumplir el acuerdo.
- Revisar y ajustar acuerdos:
 - Cuando ya no existe la necesidad de origen.
 - Cambian las condiciones.
 - Con base en las necesidades.
 - Por incumplimiento constante de una o más partes.

Referencias

- Arias, A. & Iglesias, S. (2015). Estudio del efecto mediacional de los vínculos sociales. La generatividad como una forma de envejecimiento exitoso. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 109-1209. <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/94/81>.
- Caballo, V. (1993). *Manual de la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo Veintiuno.
- Da Silva, Ch. (2019). Lo que los cuidadores deben saber. En: *Ser Cuidador. Estrategias para el cuidado del adulto mayor* (pp. 117-132). Manual Moderno.
- De Jong, J., Keating, N. & Fast, J. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*, 24(2), 125-36. <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070> PMID: 25707297.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecimiento satisfactorio. En: Zarco, D. & Martínez, J. (ed.), *Corazón, cerebro y envejecimiento* (pp. 35-53). Tricastela.
- Galván, M. (2016). *Autocuidado del adulto mayor: construyendo acuerdos*. Yecoliti.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (2003). Marco Teórico conceptual sobre las redes de apoyo social de personas mayores. En: Naciones Unidas (ed.) *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, (pp. 25-36). Naciones Unidas.
- Sluzki, E. (1996). La red social proposiciones generales. En: *La red social: frontera de la catta práctica sistemática*, (pp. 37-61). Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es>.
- Terán, M. (2014). *Test para la identificación de la red social egocéntrica de apoyo social. Serie Cuadernos e Instrumentos de apoyo para la atención social en cuidados paliativos y Tanatología*. UNAM/ENTS.

La importancia de la educación en el adulto mayor

Ana Gabriela Olvera Cruz¹

Lydia López Pontigo²

La vulnerabilidad social que sufre la población de adultos mayores con rezago educativo en México está relacionada de alguna manera, con su escasa preparación, lo que le imposibilita insertarse en mejores situaciones en la dinámica socioeconómica actual. La Organización de las Naciones Unidas, en su informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), puntualiza que el adulto mayor tiene derecho a su independencia, así como alimentación, vivienda digna y educación, junto con el libre acceso a todos los servicios sociales. En el artículo 12 de la Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, menciona:

Las expectativas de las personas de edad y las necesidades económicas de la sociedad exigen que las personas de edad puedan participar en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades. Las personas de edad deben tener la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación.

1 Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, correo electrónico: olvera.gb@gmail.com.

2 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: lydial@uaeh.edu.mx.

La habilitación de las personas de edad y la promoción de su plena participación son elementos imprescindibles para un envejecimiento activo. Es necesario ofrecer sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social a las personas de edad (p. 3).

La capacidad de un sistema educativo para ofrecer una educación básica de calidad a grupos cada vez más extensos de la población, favorece a la equidad social. Reduce la pobreza al extender las oportunidades de empleo e ingreso económico. Impacta acertadamente en la salud y en la demografía. Al mismo tiempo, puede revertir la predisposición hacia la inequidad, la desinformación y el limitado acceso a la salud.

La importancia de mejorar el nivel educativo de la población en general, con la premisa de una mejor calidad de vida, se establece por medio de enfoques del desarrollo humano, los cuales evidencian, en gran medida, los esfuerzos que se llevan a cabo en el ámbito educativo dentro de una política social.

El desarrollo humano, fundamentado básicamente en las contribuciones doctas de Amartya Sen (2000), concibe el desarrollo como un proceso de esparcimiento de libertades reales que disfrutan los individuos, y exige la eliminación de las principales fuentes de ausencia de las mismas, como son las privaciones sociales, entre las cuales se encuentra la falta de educación.

Este modelo centra su atención en los derechos humanos. Sen (2000) indica que, desde la mira más básica del desarrollo como una libertad, el rezago educativo limita las capacidades del individuo para desarrollarse, ya que no le permite insertarse de manera propicia en un contexto social y, a su vez, le impide disfrutar de los derechos para tener una vida plena.

El rezago educativo es percibido como un obstáculo grave para el desarrollo humano y, por ende, se debe considerar como una prioridad para las políticas y acciones sociales. La educación de adultos mayores, y las instituciones que atienden este rezago, tienen una responsabilidad social de la construcción de raíces sólidas del desarrollo del país, compromiso que en México aún no se ha percibido ni aceptado en toda su magnitud.

Así es como el siguiente apartado aborda el tema particular de la relación

de la educación con los adultos mayores. La necesidad de oportunidades representa una de las demandas más agudas y existentes que tienen lugar en los contextos actuales, puestos en situaciones marginales, que representan a un porcentaje mayoritario de las poblaciones. El contexto en el que se aborda este tema es el de México, en donde, actualmente, la falta de oportunidades para tener una educación básica integral constituye uno de los factores que atañe a los adultos mayores en América latina.

De este modo, se propone realizar una exploración del discurso de la inclusión del adulto mayor en la educación, asociado a la equidad educativa y transcrita en la lógica tanto de las políticas como de los programas educativos, así como, en cierta medida, de la investigación educativa en adultos mayores en México, en los últimos años.

La función cognitiva en el desarrollo educativo del adulto mayor

Desde la posición de Gorostegui y Dörr (2008), la función cognitiva es el conjunto de procedimientos mentales que se desarrollan mediante la interpretación perceptual de estímulos, para transformarla a una respuesta o conducta ejercida. En estas operaciones, se encuentran implicados los procesos cognitivos simples y complejos, como sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Hablando de la contraparte, y de acuerdo con el artículo “Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo” de Borrás y Viña (2016), el deterioro cognitivo de los seres humanos tiene que ver con la pérdida de funciones como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información que perciben, que se produce con el envejecimiento normal. Este deterioro cognitivo del cerebro depende de factores fisiológicos y ambientales. Dentro de las afectaciones más importantes, están los procesos relacionados con la memoria para registrar información, retenerla y consecutivamente recordarla. Esto comienza a declinar en la adultez, se ve afectada principalmente la memoria para hechos recientes. Sin embargo, capacidades como el lenguaje, sobre todo en su aspecto léxico semántico y el razonamiento verbal, no parecen verse alteradas con el envejecimiento.

Evidentemente, el deterioro cognitivo, entendido como toda alteración de las capacidades mentales superiores, como la memoria, el juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención y praxis, el cual de acuerdo con Franco y Criado (2002), es un tema muy relevante y que sobrelleva claramente una serie de limitaciones, en referencia tanto a la autonomía como a la calidad de vida de los adultos mayores.

Aunque algunas personas envejecen sin ningún problema en sus características cognitivas, es decir, muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, se sabe que el envejecimiento suele ir acompañado de una serie de modificaciones en el funcionamiento cognitivo, tales como las de aprender nueva información y realizar funciones motoras agudas, como agarrar un lápiz y escribir. Por otro lado, otros padecen condiciones como alguna enfermedad que deteriora severamente su funcionamiento cognitivo (Borrás & Viñas, 2016).

Así, sería oportuno mencionar que existen investigaciones respecto de las personas que reciben pocos estímulos de su entorno, quienes padecen más rápidamente el declive de sus funciones cognitivas, a diferencia de personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003). Es decir, entre mayor estimulación cognitiva, mayor autonomía tendrá la persona adulta mayor.

Los procesos de estimulación cognitiva para personas adultas mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden aumentar la actividad de habilidades como memoria, orientación, razonamiento, atención, lenguaje y praxis, que intentan mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible, con el propósito de restaurar la autonomía del ser humano (Puig, 2001).

De acuerdo con lo anterior, es importante reconocer las diferencias y necesidades individuales al momento de interactuar con una persona adulta mayor, incluso, prever las posibles reacciones y conductas de las personas, con el fin de que, a través de ofrecer una alfabetización o educación básica, se beneficie y se dé oportunidad de expresión acerca de experiencias vividas, con el fin de estimular sus funciones cerebrales, con la ayuda de sesiones grupales con personas de edad similar y afines, así

como la utilización de recursos prácticos, como libros, material didácticos, juegos, etcétera.

Cualquier tipo de programa o actividad, como la educación aplicada a la población longeva, favorece el mejoramiento de las funciones cognitivas, aumentando así la autonomía de estas.

La educación no formal como alternativa para el adulto mayor

El sistema educativo formal obligatorio en México no alcanza a cubrir todas las necesidades presentes en la sociedad, como la inserción del adulto mayor. Es así como surgen elementos que posibiliten ampliar las etapas de formación a lo largo de toda la vida, para las personas que están fuera del sistema educativo formal, es decir, nace la educación no formal, se trata de aprender con experiencias previas.

En este sentido, todos los actores sociales requieren de una formación constante para desempeñarse en cada momento de su vida. Los adultos mayores cuentan con la ventaja de la experiencia y de los conocimientos previos relacionados a la historia vivida, pueden hacer uso de estos para poder insertarse en un sistema educativo.

La educación no formal fue desarrollada por Coombs y Ahmed a mediados de la década de los sesenta, como una contribución teórica a los modelos de aprendizaje, determinada por un alto grado de flexibilidad, apertura al cambio y la innovación en su organización, su pedagogía y métodos de enseñar. La educación no formal satisface muchas de las necesidades de aprendizaje específicas en contextos educativos para niños, jóvenes y adultos (Yasunaga, 2010).

La educación no formal es un campo significativo en el ámbito de la educación de adultos mayores, lo que significa que, actualmente, las necesidades educativas de estos se refieren principalmente a la satisfacción de necesidades básicas, como salud, vivienda y alimentación, así como el acceso a información sobre sus derechos. Al mismo tiempo, se generan estrategias de estabilidad que les permitan elevar y mejorar su calidad de vida. De acuerdo con Pieck (1998), la educación no escolarizada o no

formal, tuvo un extenso progreso a partir de los años cuarenta. Fue vislumbrada como una estrategia educativa que tenía como finalidad atender las necesidades de rezago educativo de varios sectores de la población, donde las distintas propuestas de desarrollo no habían podido satisfacer en su momento. Estos programas han avanzado y cubren varios planos, entre estos, la salud, la vivienda y la capacitación para el trabajo, enfocados a elevar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad. Así, la educación de adultos, mediante la educación no formal, constituye una de las propuestas más promovidas por las instancias gubernamentales, pero sus alcances son muy limitados.

La educación para adultos mayores vislumbra los procesos de alfabetización y educación básica (primaria y secundaria). Dentro de estos, existen rubros como la educación para el trabajo y la formación para la ciudadanía, situados a través de programas educativos orientados a personas jóvenes y adultos que no tienen desarrolladas las destrezas básicas para leer y escribir, o bien, que no tuvieron la oportunidad de iniciar o concluir su educación primaria o secundaria.

El Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) tiene la premisa de atender esta modalidad educativa, y ofrecer a la población adulta una educación, integral y de calidad, que responda a sus necesidades y fines, tanto individuales como sociales (INEA, 2017). En 2018, dicho instituto realizó una propuesta integral para la atención de esta población específica, dentro de su Modelo de Educación para la Vida y el Trabajo (MEVyT), se desarrolló la vertiente para la atención a personas mayores de 60 años.

Dentro de esta línea se desarrollan los ejes de: comunicación, pensamiento crítico y resolución de problemas; salud, medio ambiente y bienestar; participación en la vida social y recreación, y el eje de economía y seguridad. Se pretende ir más allá de la alfabetización tradicional, por lo tanto, se realizó el módulo “La palabra de la experiencia”, cuyos contenidos representan una base sólida para favorecer la continuidad educativa y mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. Dentro del módulo se realizan diversas actividades, a continuación, se especifican dos de ellas que favorecen al aprendizaje integral de los adultos mayores:

Trabajo grupal

Este apartado se puede sustentar con el artículo de la psicóloga Teresa Orosa (2003), quien enfatiza la importancia de las obras de Vigostky como marco teórico y metodológico en el estudio que realizó de la tercera edad. Destaca que en la tercera edad se establece una etapa del desarrollo individual muy significativa, y debido a eso debe tenerse en cuenta en el estudio de la relación del adulto mayor con la familia. Esta es una edad con rasgos propios que presenta regularidades en su desarrollo, pero al mismo tiempo está determinada por influencias sociales, culturales, familiares e individuales.

Se puede inferir que una de las competencias más importantes a desarrollar es la comunicación, en conjunto con la interacción, y que se derivan de la convivencia grupal. Estas, a su vez, fortalecen las habilidades sociales, creativas y cognitivas en el adulto.

Siguiendo a Goffman (1972), las interacciones son la realización, regular y habitual, de los encuentros, es decir, son entornos sociales completos. Desde esta mirada, el concepto de interacción hace referencia a una perspectiva epistemológica, en la que los procesos de comunicación entre seres humanos pasan a ocupar un lugar central para la comprensión de los fenómenos sociales. Por esa razón, la interacción comunicativa, en definitiva, es un proceso de organización discursiva entre personas que, con el uso del instrumento del lenguaje, intervienen en un proceso constante. La interacción es la trama discursiva que permite el acto socialización de la persona, por medio de sus actividades, su adaptación al ambiente y la comprensión sus propias acciones.

El juego, por ejemplo, es considerado como una actividad recreativa que promueve el esparcimiento y la convivencia entre las personas, mediante este, los aprendizajes son más significativos. Las actividades lúdicas pueden resultar beneficiosas para el adulto mayor, ya que promueve las habilidades cognitivas y de percepción, como la memoria, reduce el estrés, permite la concentración y facilita la toma de decisiones. También propicia más seguridad, ya que la persona adulta mayor se acerca a realidades que tal vez nunca ha experimentado, por medio de una representación simbólica.

El INEA (2018) generó algunas estrategias, vinculadas con actividades lúdicas y de interacción, que pueden ser adaptadas con la finalidad de favorecer la alfabetización de las personas adultas mayores:

- Conversar o dialogar al inicio de cada palabra, acerca de sus significados, problemas o situaciones que refiere.
- Resolver problemas de manera conjunta y compartir las diferentes estrategias utilizadas.
- Leer un texto y comentar acerca de su contenido.
- Escribir ideas, pensamientos o deseos en conjunto, apoyándose y corrigiéndose.
- Organizar clubes de lectura, cine, teatro, música, entre otros.
- Elaborar textos a partir de necesidades propias de la persona adulta mayor, con apoyo de otras personas adultas mayores.

Actividades de memoria y atención

Cabrera (2002) menciona que el proceso de envejecimiento trae consigo una disminución de los aspectos cognitivos. Los adultos mayores habitualmente muestran actividades de memoria inferiores a las personas más jóvenes, lo que genera una limitante que podrían tener para adquirir nuevos conocimientos, la utilización de la atención y la memoria. No obstante, la estimulación de estos procesos, mediante diversas actividades que involucren la actividad cognitiva y la plasticidad cerebral, repercute directamente en la ejecución de actividades diarias, la conducta del adulto, el estado de ánimo y el nivel de concentración, recurriendo a ejercicios muy sencillos y significativos.

El objetivo es que la persona realice dichos ejercicios y que, al mismo tiempo, se beneficien habilidades como la atención y la memoria, con actividades que involucren aprendizajes significativos. La importancia de los ejercicios va más allá de estimular momentáneamente, ayudan a prevenir la pérdida progresiva de la memoria, así como situaciones que tengan que ver con brotes de ansiedad, favorecen la resolución de conflictos, participación, percepción y autoestima, promoviendo así el envejecimiento activo (INEA, 2018).

Algunos aspectos que maneja continuamente el INEA (2018) para las actividades de memoria y atención son los siguientes:

- Ubicación espacio temporal.
- Atención.
- Cálculo matemático.
- Asociación.
- Memoria corto y mediano plazo.

El papel de los asesores y alfabetizadores en la educación para el adulto mayor

La persona adulta mayor que se encuentra en un proceso de alfabetización cuenta con características comunes, aunque cada quien es diferente y tiene su propia historia. Las estrategias y actividades pueden adaptarse de manera individual, tomando como guía la experiencia personal. Es por eso que, durante este proceso, existe el acompañamiento de un asesor o alfabetizador, pero ¿quiénes son estas figuras?

Los actores que participan con el papel de docente, en este caso llamados asesores o alfabetizadores, trabajan con el módulo “La palabra de la experiencia” del INEA, y se les capacita por medio de talleres para impulsar su práctica educativa y reforzar el acompañamiento pedagógico, con el objetivo de fortalecer los aspectos metodológicos para el aprendizaje de la lectura, la escritura y las matemáticas básicas.

El alfabetizador impacta en este proceso cuando la intervención es adecuada, para permitir que sea un proceso significativo y lleno de aprendizajes que trasciendan en el esquema de conocimiento de la persona adulta mayor. También propicia un ambiente apropiado, crea desde el principio una interacción de igualdad, en la que se tomen en cuenta tanto los aprendizajes previos como las experiencias de vida y se respeten los ritmos de aprendizaje.

Una de las funciones como alfabetizador es promover situaciones en las que la escritura, la lectura y las matemáticas básicas sean útiles para el adulto mayor, así como funcionales y agradables en su rutina diaria. Llevan un registro de cada persona a la que alfabetizan para la revisión

de los resultados, lo cual permite conocer el progreso del adulto mayor y definir las estrategias a seguir.

También son los encargados de aplicar un examen diagnóstico, que consta de varios elementos para evaluar a la persona que entra por primera vez a la educación no formal. Esos materiales se aplican cuando la persona adulta mayor se interesa por iniciar su proceso de alfabetización, esto le permite identificar al asesor sus necesidades e intereses educativos, así como las limitaciones específicas de acuerdo con su edad, lo cual te permitirán anticipar posibles dificultades (INEA, 2018). A partir de la aplicación de los materiales dados, el INEA determina lo siguiente:

- Coincidencia de intereses.
- Conocimientos de lectura, escritura y matemáticas básicas.
- Limitaciones físicas.
- Habilidades cognitivas (memoria y atención).

Con todo lo anterior, el asesor contará con un perfil y con un grupo de personas adultas mayores que asesorará. Escribirá los resultados en su concentrado para poder consultarlos las veces necesarias. De esta manera, podrá planear la asesoría considerando temas, actividades, diálogo e intercambio de experiencias, de acuerdo con los intereses, las necesidades y características que predominen en su grupo de asesorados.

El contexto socioeducativo como factor de apoyo en el adulto mayor

Como se había mencionado anteriormente, la infancia es la edad más propicia para aprender a leer y a escribir, por lo que se podría inferir que la sociedad se asegura que todas las niñas y niños ejerzan el derecho de asistir a la escuela y garantizar su derecho al aprendizaje. Pero existe el otro lado de la moneda, donde no todos disfrutan de este derecho y, por diversas cuestiones, no pueden acceder a espacios educativos. Como consecuencia, millones de infantes, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad, se ven en la necesidad de alfabetizarse fuera de la escuela, ya sea en su juventud o en su edad adulta, a través de programas de educación no formal.

Efectivamente, y dadas justamente las inestables condiciones económicas, sociales y educativas que se ofrecen a amplios sectores de la población en el país, los sistemas educativos deben asumir el aprendizaje a lo largo de toda la vida como una necesidad que debe ser cubierta. Estos espacios educativos requieren abrirse, flexibilizarse y diversificarse, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de la población de edad adulta, dentro y fuera del sistema escolar.

¿Cómo pueden beneficiar los espacios socioeducativos al adulto mayor? Pues bien, saber leer y escribir mejora la calidad de vida de las personas de diversas maneras, ya sea cultural, económicamente o socialmente hablando. La alfabetización y la educación básica mantiene vínculos estrechos con la dignidad humana, la autoestima, la libertad, la identidad, un pensamiento crítico, la comprensión, la creatividad, la participación activa, la autonomía, la conciencia y la transformación social, todos importantes satisfactores humanos y de adaptación a diversos ambientes o contextos sociales.

De este modo, podemos inferir que la interacción social que logran los adultos mayores cuando participan en contextos sociales, los mantiene comunicados, activos y en constante aprendizaje para ir resolviendo retos académicos, de manera individual o apoyados en los consejos de familiares y amigos de menor edad, más experimentados y con el uso de varias herramientas para el aprendizaje (Tirado, *et al.*, 2012).

Conjuntamente, es esencial incluir metodologías didácticas que consideren instrumentos para la evaluación de competencias sociales de las personas mayores. Para esto, son necesarios mecanismos que posibiliten que la enseñanza y el aprendizaje sean continuos, que logren los propósitos planteados de cada asesor de adultos, especialmente a los de edad avanzada que presentan déficits en conocimientos, habilidades y destrezas.

En otro sentido, la marginación de la persona adulta mayor es un hecho real y comprobado en nuestra sociedad actual. Ruvalcaba (2005) menciona en su artículo “Discriminación y adultos mayores: un problema mayor”, a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPyED), específicamente el párrafo tercero del artículo primero, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003, que define discriminación como:

Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas (p. 57).

Frecuentemente, se piensa que la raíz de la exclusión social se debe a un hecho biológico, la edad, pero no es de esta manera, sino viene a ser la consecuencia de una organización social y económica basada en la capacidad personal de producción. La discriminación hacia los adultos mayores surge de diversos factores culturales, sociales y económicos. No obstante, existe uno que puede ser de mayor importancia para aumentar y motivar muchas de las actitudes y conductas de exclusión: la desvalorización, es decir, la construcción de un estereotipo social arbitrario e injusto (Ruvalcaba, 2005).

Siguiendo la línea con el mismo autor, es importante la sensibilización de la cultura de la no discriminación al adulto mayor, en donde se destaquen de manera significativa las redes de apoyo como la familia y su entorno social, fomentar la inclusión y la igualdad en derechos, oportunidades y trato digno, a la educación formal e informal.

Los cambios constantes en la dinámica social, si no son aceptados por los adultos, provocan un alejamiento generacional o una brecha que perjudica en diversos aspectos la convivencia con el mundo actual, perdiendo la posibilidad de beneficios y conocimientos que logran una integración social. Las nuevas generaciones de adultos mayores deben luchar con una cultura que piensa que las personas de edad ya no se incluyen en las actividades educativas, de acuerdo con Narro y Navarro (2013):

El problema del analfabetismo en México no se reduce a los adultos mayores de 60 años y a los indígenas, es un síntoma de la falta de crecimiento del país, de la desigualdad creciente, de un modelo

de progreso que favorece los indicadores macroeconómicos antes que el desarrollo humano (p. 17).

La disposición de participar en un proceso de aprendizaje de adultos constituye una alternativa para poder recuperar el derecho a la educación que les fue negado en la infancia, debido a diversas condiciones. Sin embargo, el proceso de enseñanza aprendizaje por sí solo no garantiza la inclusión, pues esta necesita un contexto donde los actores educativos, como el asesor y los encargados de los programas de educación no formal, posibiliten el mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor.

En relación con lo anterior, se alude a una red social que está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida, pueden caracterizarse en relación con las funciones que desempeñan. Las más significativas se refieren a la compañía social, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información y regulación social (Farías, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el contexto educativo se vislumbra como un factor de apoyo en los adultos mayores, les permite insertarse en un contexto del cual estaban posiblemente excluidos, ya que la educación posibilita una formación de sujetos autónomos, seres críticos y reflexivos frente a su realidad diaria.

Reflexiones

Cuando se hablaba del derecho a la educación y era percibido como derecho a acceder a una educación básica, generalmente se asocia a la escuela primaria y a la niñez. Por el contrario, en la actualidad, las perspectivas que parten de la idea de educación a lo largo de la vida han permitido ampliar el alcance de este derecho, ya que ahora se piensa como propio de la persona y en el contexto donde se desarrolle.

En México, la gran mayoría de la población adulta mayor no tiene la oportunidad de tener una educación básica, Narro y Navarro (2013) enfatizan en su libro *Analfabetismo en México: una deuda social*, que los adultos mayores de 60 años o más registran mayores tasas de analfabetismo. Casi 29 por ciento de las personas del sexo femenino mayor de 60 años es

analfabeta. Es decir, en la actualidad, tres de cada 10 mujeres adultas mayores mexicanas tienen ese nivel de exclusión académica.

Lo anterior es de gran importancia en términos de análisis poblacional, tal como lo afirman Peláez y Ribotta (2008, p. 73), “una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobre mortalidad masculina”.

La tercera edad debe dejar de verse simplemente como una etapa de desgastes y caídas, debe vislumbrarse como un momento de la vida en el cual se pueden obtener ventajas y experiencias positivas para la persona adulta mayor. Por ejemplo, como refiere la psicóloga Teresa Orosa (2003):

En resumen, los ancianos de hoy día y de los próximos años constituyen población culta e intelectualmente activa, por ello los servicios de atención de salud y comunitarios, deberán promover el desarrollo educativo, humanista con vista al crecimiento personal de los adultos mayores (p. 10).

Como se puede observar, la tercera edad es percibida como una etapa de desarrollo humano, porque además de que surgen nuevos procesos psicológicos, es fundamental el apoyo que las personas que rodean al adulto mayor pueden darle sistemáticamente para potenciar dicho proceso.

La importancia de la educación en el adulto mayor, vista como uno de los factores más influyentes en la salud de las personas de la tercera edad, debe ser un aspecto vital a tener en cuenta en nuestra sociedad actual. Así como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la educación tiene su base en la modificación de hábitos y conductas para incorporar otras como el reconcomiendo de sus derechos, la disminución del consumo de alcohol o tabaco, y la adopción de una dieta saludable adaptada a las necesidades propias del envejecimiento, etcétera. Estas acciones deben ser parte de un proceso conjunto entre asesor y educando, para proporcionar una mejor calidad de vida a la persona, en donde se pueda adaptar de una mejor manera a su nueva condición.

El proceso de enseñanza aprendizaje en las personas mayores es un proceso arduo y placentero. También es dinámico y contribuye a que la persona se acepte a sí misma, que se ajuste responsablemente a los avances y cambios de los tiempos. Es un proceso que permite construir y analizar constantemente actitudes, valores, emociones, intereses, conocimientos y formas de expresarse y comunicarse. Así, es importante aclarar que el contenido y la finalidad de la educación para las personas mayores se hacen más urgentes en la actualidad.

En relación con el derecho a la educación, es necesario cuidar que esta no sea restringida a un solo sector, tomando conciencia de que se trata de un proceso que puede mejorar no solo la calidad de vida de las personas adultas mayores, sino la de todos, en tanto sujetos con capacidades y potencialidades para aprender a lo largo de toda su existencia.

La mejor manera de apoyar a los adultos mayores y ayudarlos a adaptarse a los cambios propios de su edad es la educación. Es el mejor camino para comunicarse, conocerse, intercambiar saberes previos, socializar con sus compañeros, realizar actividades, diseñar metas, trazar objetivos, construir y transformar un proyecto de vida sobre la base de la realidad. Además, crear, innovar y aportar a la sociedad.

Para concluir este aparatado, la comunidad de adultos mayores posee un importante bagaje de conocimiento y experiencias, que es muy significativo conservar. En este sentido, por medio de la educación, los adultos mayores externalizan sus experiencias y conocimientos, los comparten en un espacio educativo que persiste a través del tiempo. Al mismo tiempo, se fomenta en ellos destrezas que los habiliten al uso de sistemas sociales y culturales, rescatando sus capacidades de trabajo y el valor de su idiosincrasia, así como sus vivencias acumuladas, además de mantener en ellos el deseo de aprender. Mientras exista eso, se podrá generar una cantidad de conocimiento de ese proceso tan provechoso, como aprender de una buena enseñanza, además de la inquietud y el deseo por experimentar y tener nuevos conocimientos.

Referencias

- Borrás, C., & Viña, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(Supl 1), 3-6. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301366>.
- Cabrera, C., Morales, A., Arias, E., González, G., Vega, M., Coronado, A. & Cepeda, B. (2011). Efecto de una intervención educativa sobre la memoria operativa de trabajo del adulto mayor: estudio cuasi experimental con juegos populares. *Revista electrónica de investigación educativa*, 13(2), 55-67. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000200004.
- Calero, M. (2003). La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores. *Revista Geriatrika*, 38(6), 305-307. Obtenido en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795247>.
- Criado, C., & Franco, M. (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Instituto de migraciones y servicios sociales (Imsero). http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3222/Intervencion_psicoterapeutica_afectados_Alzheimer_deterioro_leve.pdf?sequence=1.
- Goffman, E. (1972). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Alianza Editorial.
- Gorostegui, M. & Dörr, A. (2008). Procesos cognitivos. Dörr, A., Gorostegui, M. & Bascuñán, M. (comp.), *Psicología general y evolutiva* (pp. 36-42). Mediterráneo.
- Narro, J., & Moctezuma, D. (2013). Analfabetismo en México: una deuda social. *Realidad, Datos, y Espacio: Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3(3), 5-17. <https://rde.inegi.org.mx/index.php/2012/09/15/analfabetismo-en-mexico-una-deuda-social>.
- Organización de las Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf.
- Orosa, T. (2003). *Una mirada de desarrollo para la tercera edad*. Facultad de

- Psicología, Universidad de La Habana. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/14.pdf>.
- Peláez, E & Ribotta, B. (2008). Envejecimiento y Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países. En: Peláez, E. (Organizador), *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina: Estudios sobre Envejecimiento en la Región. Serie Investigaciones*, (5). Asociación Latinoamericana de Población. http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/AdultoMayor_Introduccion.pdf.
- Pieck, E. (1998). La educación para jóvenes y adultos. Reconsideración del trabajo en una estrategia educativa para los sectores de pobreza. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, XXVIII(1), 79-113. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27028103>.
- Puig, A. (2001). *Programa de Psicoestimulación Preventiva. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*. Editorial CCS.
- Ruvalcaba, J. (2005). Discriminación y adultos mayores: un problema mayor. *El cotidiano*, (134), 56-63. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513408.pdf>.
- Tirado, R., Hernando, Á., García, R., Santibáñez, J., & Marín, I. (2012). La competencia mediática en personas mayores. Propuesta de un instrumento de evaluación. *ICONO 14*, 10(3), (134-158). <http://dx.doi.org/10.7195/ri14.v10i3.211>.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Planeta. https://www.palermo.edu/Archivos_content/2015/derecho/pobreza_multidimensional/bibliografia/Sesion1_doc1.pdf.
- Yasunaga, M. (2014). *Non-formal education as a means to meet learning needs of out-of-school children and adolescents*. Unicef and Unesco Institute of Statistics. <http://allinschool.org/wp-content/uploads/2015/01/OOSC-2014-Non-formal-education-for-OOSC-final.pdf>.

CAPÍTULO 3

Cuidado de la salud en el envejecimiento

Nutrición en el adulto mayor

Rebeca Vite Hernández¹

María del Refugio Acuña Gurrola²

Lydia López Pontigo³

Alejandro Chebue Romero⁴

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2020, en la República Mexicana el porcentaje de personas adultas mayores de 60 años se incrementó de 9.1 por ciento a 12 por ciento, de 2010 a 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], 2021). Del mismo modo, dentro de la creciente población adulta mayor, también se presentan cambios en las funciones corporales, dentro de las que se incluyen la pérdida de masa magra y relativo aumento de la masa grasa, que son factores determinantes para el desarrollo de alteraciones metabólicas y alimentarias asociadas al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, desnutrición y dislipidemia (Schneider, 2006).

Así, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría

1 Egresada de la Licenciatura en Nutrición, Instituto de Ciencias de la Salud, correo electrónico: rebecavite.40@gmail.com.

2 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: maria_acuna@uaeh.edu.mx.

3 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: lydial@uaeh.edu.mx.

4 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Farmacia, correo electrónico: chehue_alex@yahoo.com.

de Salud, 2020), de las personas mexicanas adultas mayores de 60 años, 25.1 por ciento reportó diagnóstico de diabetes mellitus, 42.4 por ciento, hipertensión arterial, 38.4 por ciento, colesterol alto o hipercolesterolemia, y 28.7 por ciento, anemia.

La nutrición es un elemento determinante para la salud de los adultos mayores, tanto para una intervención integral como para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida (Alvarado, Lamprea & Murcia 2017).

Alimentación adecuada

El llamado “plato del bien comer” es una herramienta gráfica en la que se sintetizan los elementos básicos que debe contener una alimentación. Incluye tres principales grupos de alimentos: verduras y frutas, como fuente de fibra, vitaminas y minerales; cereales, que aportan carbohidratos; además de alimentos de origen animal, como fuente de proteínas (Instinto Mexicano del Seguro Social, [IMSS], 2018).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 de la Secretaría de Salud (2013, p. 6 y 7), una dieta correcta debe cumplir con las siguientes características:

- **Completa:** que contenga todos los nutrimentos, se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos (verduras y frutas, cereales y tubérculos, [así como] alimentos de origen animal).
- **Equilibrada:** que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- **Inocua:** que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas, contaminantes, que se consuma con prudencia y que no aporte cantidades excesivas de ningún tipo y componente o nutrimento.
- **Suficiente:** que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto mayor tenga una buena nutrición y un peso saludable.
- **Variada:** que de una comida a otra, se incluya alimentos diferentes

de cada grupo.

- Adecuada: que esté acorde a los gustos y cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

Porciones de alimentos, “método de las manos”

Así como el equilibrio y la variedad son elementos importantes para una alimentación adecuada, es necesario tomar en cuenta las porciones requeridas, que dependen de las necesidades nutricias de cada persona, con base en sus características fisiológicas y estado de salud. De esta manera, “el método de las manos” es una herramienta práctica que permite a cada persona determinar de manera adecuada la cantidad de alimento que debe consumir, debido a que las manos suelen tener un tamaño proporcional al cuerpo del individuo y su aplicación puede ser la siguiente (Federación Mexicana de Diabetes, 2005):

- Verduras: crudas como cocidas deben ocupar el espacio de las dos manos juntas.
- Frutas: tamaño del puño.
- Cereales: este grupo incluye la pasta, arroz y papa, la cantidad que le corresponde es el puño.
- Proteínas: se refiere a los cortes de carne, se tendrá que escoger el tamaño de la palma de la mano que va desde la muñeca hasta donde empiezan los dedos, el grosor de la pieza debe ser más o menos del dedo meñique.
- Leguminosas: el tamaño será igual al de un puño.
- Quesos: un pedazo de queso no debe ser superior al tamaño que ocupan los dedos índice y medio.
- Grasas y azúcares: debe ser del tamaño de la primera línea del dedo índice, es decir el segmento donde este dedo se dobla por primera vez.

Cabe señalar que los cinco dedos representan las cinco comidas que se deben realizar durante el día (tres completas y dos colaciones).

Tabla 1. Requerimientos nutrimentales en el adulto mayor

Grado	Kcal/ kg/ día	Distribución	Observaciones	Agua	Fibra
Desnutrición	30-35 kcal/ kg/ día	HCO: 50-60% Proteínas: 20% Lípidos: 30%	Para restaurar el déficit, de proteínas la ingesta debe ser de 1.5 a 2 g/Kg/día.	1.5-2 litros de agua, en cualquiera de sus formas. Brindar el líquido sin que lo pidan.	35-50 gramos de fibra.
Normal	25- 30 kcal/ kg/día	HCO: 50-60% Proteínas: 25% Lípidos: 25%	Se recomienda que el 15-20% de grasa sea de mono insaturadas, 7-8% de grasa saturada y 5% de grasa poliinsaturada.		
Obesidad	30 kcal/ kg/día	HCO: 50-60% Proteínas: 25% Lípidos: 25%	La meta es reducir la ingesta energética y no de nutrientes, se recomienda una reducción de 500 Kcal por día de su consumo habitual, esperando una reducción de 450g en al menos una semana.		
Diabetes	Dependerá del estado de nutrición.	HCO: 45-55% Proteínas: 25% Lípidos: 25%			
Hipertensión		HCO: 50-60% Proteínas: 25% Lípidos: 25%			
Dislipidemias		HCO: 50-60% Proteínas: 25% Lípidos: 25%			

Fuente: Aranceta y Serra (2011); Bolet y Socarrás (2009); Instituto Mexicano del Seguro Social (2010); Ministerio de Salud (2014).

Requerimientos nutricionales de la persona adulta mayor

Los requerimientos de energía y, con estos, de ingesta de hidratos de carbono y grasas, disminuyen con el avance de la edad, debido a que el estilo de vida de la persona puede hacerse más sedentario, por lo que demanda un gasto de energía menor en la vida cotidiana (Capo, 2002).

En general, se admite que si el adulto mayor está en situación de normopeso (peso saludable) las necesidades calóricas se encuentran en torno a las 30 kcal/kg de peso/día, por lo que debe elevarse esta cantidad en los casos de desnutrición y reducirla ante la presencia de sobrepeso u obesidad, como se muestra en la siguiente anterior (IMSS, 2010).

De esta manera, en la siguiente tabla se presentan algunas propuestas de menús o comidas diarias, con base en un requerimiento de 1,700 calorías diarias, que incluyen tres comidas completas y dos colaciones, para siete días.

Requerimientos de vitaminas y minerales

Derivado de diferentes cambios, declives fisiológicos, incidencia de enfermedades y complicaciones durante la vejez, la persona adulta mayor puede presentar deficiencias en diferentes nutrientes, como hierro, calcio, magnesio, ácido fólico y tiamina (IMSS, 2018), por lo que es importante incluir en la dieta o suplementar estas vitaminas y minerales.

En la tabla 3 se presentan diferentes vitaminas y minerales importantes para la salud de las personas adultas mayores, sus requerimientos, funciones alimentos de los que se puede obtener y riesgos ante su deficiencia.

Tabla 2. Ejemplos de menú en casa (1700 kcal)

Desayuno	Colación	Comida	Colación	Cena
<ul style="list-style-type: none"> • Huevo con ejotes • 2 piezas de huevo. • ½ taza de ejotes cocidos. • 3 piezas de tortillas. • ½ taza de frijoles caseros. • 1 taza de papaya • 1 taza de té o café. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guayabas hervidas • 3 piezas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fajitas de pollo con calabazas • 1 tazón pequeño de sopa de verduras. • 1 pieza de pechuga fajitas de pollo con calabacitas. • 3 piezas de tortillas de maíz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papaya con amaranto • 1 taza de papaya. • 1 cucharadita de amaranto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Café con leche y pan tostado • ½ taza de leche. • 2 piezas de pan tostado.
<ul style="list-style-type: none"> • Pasta con queso • Té de manzanilla. • ½ pieza de bolillo con una cucharadita de mermelada. • 1 tazón pequeño de pasta cocida con 2 rebanadas de queso panela. • 1 taza de melón picado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yogur con manzana • ½ taza de yogur natural. • 1 pieza de manzana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salpicón de res y soya • 1 taza de carne molida con soya y verduras. • ½ taza de frijoles caseros. • ½ taza de arroz cocido. • 2 piezas de tortilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensalada de betabel • 1 taza de ensalada de betabel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Café con leche y galletas marías • ½ taza de leche. • Café. • 10 piezas de galletas marías.
<ul style="list-style-type: none"> • Quesadillas de quelites • 2 piezas de tortilla, quelites y queso panela (2 rebanadas). • 1 taza de café o té de manzanilla. • 1 rebanada de pan de maíz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papaya con amaranto • 1 taza de papaya. • 1 cucharadita de amaranto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne de cerdo en salsa verde con verdolagas • ¾ de taza de arroz cocido con verduras. • 1 tazón pequeño de guisado. • ½ taza de frijoles caseros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano tabasco • 1 pieza mediana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tortilla española • 2 piezas de huevo. • Verduras cocidas. • ½ pieza de bolillo.
<ul style="list-style-type: none"> • Molletes y té de limón. • 1 pieza de bolillo. • 2 rebanadas de queso panela, jitomate y cebolla. • Frijoles caseros, 2 cucharadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manzana hervida • 1 pieza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bistec ranchero • 1 pieza de bistec. • Nopales cocidos y cebolla. • 1 taza de frijoles caseros. • Sopa de verduras. • 3 piezas de tortillas de maíz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brochetas de fruta • 2 piezas de brochetas de piña, sandía, melón y fresa en cuadros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Café o té • ½ taza de leche. • 10 piezas de galletas ovaladas. • 1 taza de fruta. • Café o té.

Desayuno	Colación	Comida	Colación	Cena
<ul style="list-style-type: none"> • Entomatadas • 3 piezas de tortilla de maíz. • Salsa casera. • Lechuga. • 2 rebanadas de queso panela. • 1 pieza de huevo hervido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plátanos con crema y canela • 1 pieza de plátano tabasco. • 1 cucharadita de crema. • Canela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sopa con pollo • 1 tazón de sopa con verduras. • 1 pieza de pollo. • 2 piezas de tortillas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zanahoria rallada con manzana • 1 taza de zanahoria rallada. • 1 pieza de manzana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sándwich de jamón • 2 rebanadas de pan integral. • 1 rebanada de jamón de pavo. • 1 rebanada de queso panela. • 1/3 de pieza de aguacate. • Café o té.
<ul style="list-style-type: none"> • Enchiladas con pollo • 3 piezas de tortillas de maíz. • Salsa verde. • Lechuga, jitomate, cebolla. • 2 cucharaditas de queso rallado. • 2 cucharadas de pollo deshebrado cocido. • Café o té. 	<ul style="list-style-type: none"> • Granada • 2 piezas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Albóndigas en salsa roja con nopales • 3 piezas de albóndigas. (carne molida y soya). • Salsa roja casera. • 1/2 taza de nopales cocidos. • 1/2 taza de arroz cocido. • 1 pieza de tortilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piña en cocida • 1 taza de piña cocida junto con el jugo del hervor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chayotes con queso panela • 1 tazón pequeño de chayotes cocidos. • 2 rebanadas de queso panela en cuadritos. • Café o té. • 5 piezas de galletas tipo maría.
<ul style="list-style-type: none"> • Codito con atún y ensalada mixta • 1 1/2 taza de codito cocido. • 1 cucharada de atún en agua • 1 cucharadita de crema. • 1 taza de verduras cocidas (chícharo, zanahoria y papa). • Café o té. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelatina y melón • 3/4 de taza de gelatina de agua. • 1 taza de melón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Huevos ahogados • 2 piezas de huevo. • Salsa: jitomate, chile, cebolla, epazote. • 1/2 taza de nopales cocidos. • 3 piezas de tortillas de maíz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión de guayaba • 3 piezas de guayaba hervida junto con el líquido del hervor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobladas de queso • 2 piezas de tortillas. • Rajas. • 2 rebanadas de queso panela. • 1 tazón de verdura cocida. • Te o café.
Las recomendaciones se tendrán que ajustar dependiendo al plan de alimentación, gustos y padecimiento del adulto mayor.				

Fuente: autoría propia.

Tabla 3. Requerimientos de vitaminas y minerales en adultos mayores

Vitaminas	Requerimiento	Función	Deficiencia	Alimentos
D	300 UI/día.	Junto con la vitamina A, permite la absorción de calcio (Ca) y es primordial para la calcificación.	Aumenta el riesgo de inseguridad al caminar y caídas, fracturas, además del riesgo de desarrollar osteoporosis, raquitismo y descalcificación.	Se obtiene por la exposición al sol, productos lácteos, huevo, pescado e hígado.
A	1000 mcg para el hombre y 800 mcg para mujeres.	Interviene en el mantenimiento de tejidos epiteliales, actúan como antioxidantes y ayudan a la visión.	Ceguera nocturna, xeroftalmia y manchas de bitot.	Leche, hígado, huevo, frutas y verduras, de color naranja, amarillo y verde.
B1 Tiamina	1.2 mg para hombres y 1 mg para mujeres.	Interviene en el metabolismo de hidratos de carbono y actúa como coenzima A, para dar energía.	Beriberi y trastornos del sistema nervioso.	Cereales, frijol, habas, lentejas, hígado, verduras, hojas verdes.
B6 Piridoxina	2 mg para hombres y 1.6 mg para mujeres.	Interviene en la síntesis de proteína y participa en la producción de anticuerpos; ayuda al equilibrio de sodio-potasio.	Dermatitis, depresión, irritabilidad, convulsiones, glositis y riesgo de enfermedad cardiovascular.	Tejidos animales, productos lácteos, aguacate, plátano y oleaginosas.
B12 Cobalamina	2 mcg.	Interviene en la formación de glóbulos rojos, participa en la síntesis de neurotransmisores y es necesaria para metabolizar el ácido fólico.	Anemia perniciosa, mala producción de glóbulos rojos, entumecimiento y hormigueo de extremidades, úlceras linguales.	Carnes, huevo y productos lácteos.

Vitaminas	Requerimiento	Función	Deficiencia	Alimentos
Ácido fólico	200 mcg	Ayuda al crecimiento de tejidos, formación de glóbulos rojos, ayuda a producir ADN.	Glositis, anemia megaloblástica, posible daño neurológico, enanecimiento, ulcera péptica y diarrea.	Hojas verdes y leguminosas, particularmente los frijoles.
C	60 mg	Antioxidante, metabolismo de colágeno, ayuda a la absorción de hierro no hémico; previene cataratas y glaucoma; disminuye presión arterial.	Escorbuto, mala cicatrización y hemorragias.	Frutas y verduras frescas, cítricos (naranja, limón, kiwi, fresa, mandarinas, sandía, pimientos, coliflor, espinacas, coles, manzana, tomate).
D	5 mcg	Interviene en la absorción de calcio y fósforo en el intestino; fortalece el sistema inmune.	Osteomalacia.	Leche, huevo, quesos y pescados; exposición al sol.
Minerales	Requerimiento	Función	Deficiencia	Alimentos
Calcio	800 mg	Interviene en la coagulación de la sangre, contracción muscular, constituye huesos y dientes.	Tetania, osteomalacia, osteoporosis, alteraciones del sistema nervioso.	Productos lácteos, tortilla de maíz, charales, sardinas, berro, epazote y verdolaga.
Fósforo	800 mg	Previene caries dental, forma parte de las paredes celulares, ADN y ARN.	Debilidad, anorexia, Fragilidad ósea, parestesia.	Pescado, salmón, pollo, carne de res, cerdo, leche, quesos, cereales integrales y leguminosas.
Magnesio	350 mg en hombres y 300 mg en mujeres.	Mantenimiento de dientes, corazón y huesos; favorece la formación de proteínas y la activación de enzimas que liberan la glucosa.	Alteraciones en el ritmo cardíaco, convulsiones, cambios de personalidad.	Pescados, mariscos, habas, frijoles, maíz, avena.

Vitaminas	Requerimiento	Función	Deficiencia	Alimentos
Hierro	15 mg	Necesario para la producción de hemoglobina, interviene en la respiración celular.	Anemia ferropenia, retardo en el crecimiento y susceptibilidad de infecciones.	Carne magra de res, huevo, cereales, leguminosas y oleaginosas (pepitas).
Zinc	15 mg	Participa en el sistema inmune, promueve la reproducción celular y la reparación de tejidos.	Anemia, alopecia, ceguera, falta de cicatrización.	Pescado, huevo, cereales y nueces.
Cromo		Interviene en la activación de la insulina.	Hiperglicemia, disminución de peso y neuropatía.	Hígado, pan integral y papas.
mcg=microgramos mg= miligramos				

Fuente: Bourges, Morales, Camacho y Escobedo (1996); Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (2000); National Research Council of United States. Subcommittee on the Tenth Edition of the Recommended Dietary Allowances (1989).

Alteraciones nutricionales en la persona adulta mayor

La alimentación y la nutrición de la persona se encuentran estrechamente relacionados con su salud, tanto en el proceso de envejecimiento como en la vejez. Durante esta etapa de la vida suelen presentarse algunos cambios que pueden interferir con una buena nutrición, por lo que es necesario tenerlos presentes y considerarlos al momento de realizar un plan de alimentación:

- Disminución en los sentidos de gusto y olfato, debido a la presencia de atrofia de papilas gustativas, pérdida de piezas dentales y boca seca, que generan dificultades para la masticación (Bolet & Socarrás, 2009).
- Menor tono del esfínter esofágico superior, retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea,

por lo que se incrementa el volumen de líquido requerido para estimular el reflejo de cierre de epiglotis (Bolet & Socarrás, 2009).

- Aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, pero no para sólidos (Bolet & Socarrás, 2009).
- Disminuye la capacidad de concentración urinaria y requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia (Davidson & Getz, 2004).
- Se presenta una menor producción de óxido nítrico, que provoca disminución de la distensibilidad gástrica (Gobierno de la República, 2014).
- Disminuye la digestión gastrointestinal y la absorción de disacáridos (Gobierno de la República, 2014).
- Se presenta una menor fuerza y elasticidad en la pared intestinal del individuo, que deriva en la disminución de la motilidad intestinal (Gobierno de la República, 2014).
- Sobrecrecimiento bacteriano (Gobierno de la República, 2014).
- Mayor incidencia de factores psico-emocionales y cognoscitivos, así como sociales, en una adecuada conducta alimentaria (Gobierno de la República, 2014).

Es así como, con base en las posibles alteraciones intervinientes y presencia de diferentes patologías, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2018), en la Guía de cuidados para la salud de los adultos mayores de 60 años y más, refiere las siguientes recomendaciones para lograr una conducta alimentaria adecuada en este grupo poblacional:

- Realizar tres comidas completas, en horarios regulares, que contengan un elemento de cada grupo alimentario, además de dos colaciones saludables (a media mañana y media tarde).
- Preferir alimentos naturales (no industrializados).
- Consumir frutas y verduras de temporada, en las comidas y colaciones, de manera variada.

- Consumir cereales de grano entero, así como sus derivados integrales, azúcares o grasa añadidas, complementándolos con leguminosas como fuente de proteína.
- Consumo moderado de alimentos cárnicos, priorizando la ingesta de pescado, pollo (sin piel) y de preferencia elija pescado y carne magra, como el pollo (sin piel).
- Si se consumen queso, elegir los tipos bajos en grasa como el panela, el requesón y el cottage.
- Ingerir leche descremada o deslactosada, en caso de intolerancia a la lactosa.
- Evitar el consumo excesivo de sal, en su lugar, utilizar hierbas y especias aromáticas para sazonar los alimentos.
- Ingerir un promedio de seis a ocho vasos de agua natural al día.
- Procurar las medidas de higiene en la preparación y consumo de alimentos.
- Preferir alimentos suaves en forma de papilla, purés, o verdura y fruta hervida, carnes deshebradas o picadas.

Durante esta etapa de la vida se producen cambios y declives fisiológicos, como mayor incidencia de enfermedades metabólicas y crónicas no transmisibles, además de comorbilidades y la ingesta de fármacos para su tratamiento, en los que el estado nutricional de la persona es un factor importante (IMSS, 2010).

Por tanto, se hace necesario puntualizar recomendaciones alimentarias ante la presencia de problemas de salud y enfermedades en personas adultas mayores, como las que se presentan en las tablas 4 y 5.

Tabla 4. Recomendaciones alimentarias ante la presencia de problemas de salud en personas adultas mayores

Problema de salud	Textura y recomendaciones	Alimentos permitidos	Alimentos que evitar
Disfagia	Suave y a temperatura ambiente. Evitar dobles texturas (mezcla de sólido y líquido).	<ul style="list-style-type: none"> • Huevo revuelto o en forma de tortilla, cocido con relleno. • Carne picada, carne para hamburguesa, jamón cocido, pescados sin espinas y en salsas espesas. • Verduras cocidas en purés o cremas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pan tostado, pan de molde y arroz. • Piña, plátano, naranja y kiwi. • Bollería en general. • Leguminosas enteras. • Helados.
Dificultad para masticar	Suave y blanda.	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes: picadas, molida, deshebrada y cocidas o hervidas. • Verduras: cocidas, enteras o picadas, en puré o papilla en función de la tolerancia. • Frutas: enteras bien maduras, picadas, en licuados o hervidas. • Bebidas: agua, té, zumos y licuados. • Sopas: de pasta, arroz, de verdura cocida o cremas. • Dulces: gelatinas, flan y yogur. • Leguminosas: frijoles, habas y lentejas en puré a tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verduras con cáscara y frescas, carnes fritas, frutos secos, semillas y quesos maduros. • Cacahuates, almendras y enteras. • Tostadas, carnes en trozo grande, ensaladas y frituras.
Gastritis/colitis	Alimentos asados, al vapor o hervidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir líquidos fuera de las comidas, para evitar sobrecargar el estómago. • Arroz, pasta, verduras cocidas, frutas sin piel, maduras, cocidas o al horno. • Pescado blanco, pollo sin piel, carnes magras y huevos. • Caldos desgrasados. • Té de manzanilla y hierbabuena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcachofas, cebolla cruda; pimiento crudo, coliflor y col; frijoles, lentejas. • Chorizo, salami, guisos con abundante grasa, lasañas y papas. • Irritantes: picante, chocolate, café y condimentos. • Guisos fritos o estofados.

Problema de salud	Textura y recomendaciones	Alimentos permitidos	Alimentos que evitar
Flatulencia	Masticar y comer despacio.	<ul style="list-style-type: none"> • Emplear hierbas de olor para dar sabor a la comida como: tomillo, toronjil, romero e hinojo. • Pastas bien cocidas, verduras hervidas y yogurt. • Té de hierbabuena o manzanilla. • Remojar y hervir dos veces los frijoles o lentejas, y consumirlas de preferencia molidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comidas muy abundantes o de condimentación fuerte. • Pan recién horneado tipo baguette y leguminosas cocinadas enteras. • Comidas fritas o guisos con exceso de grasa, y salsas con mucha grasa. • Nata, mantequilla y chocolate.
Estreñimiento	Alimentos muy fríos o muy calientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Beber agua de cinco a ocho vasos al día. • Consumir frutas y verduras, con cáscara, a tolerancia. • Consumir alimentos astringentes: manzana, papaya, melón; té, ciruelas y pasas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar harinas, pan dulce, pasteles o galletas. • Evitar abundante carne.
Diarrea	Suave, alimentos hervidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se divide en cuatro fases: • 1º Electrolitos, o suero oral, té de manzanilla, agua de arroz y agua de zanahoria. • 2º Arroz hervido, papa hervida, zanahoria hervida, pastas cocidas, manzana al vapor, pera hervida, guayaba hervida sin semillas y pollo hervido. • 3º Puré de verduras, pollo hervido, claras de huevo y galletas tipo marías. • 4º Platino, verduras hervidas, carne o pescado a la plancha, yogur descremado, queso panela, fruta bien madura y sin hervir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar alimentos fritos. • Cereales integrales, piña, papaya, kiwi, frutas con cáscara y leguminosas. • Evitar uso de especias, café y alcohol.

Fuente: González, *et al.* (2012); Servicio Nacional del Consumidor (2004).

Tabla 5. Recomendaciones alimentarias ante la presencia de enfermedades en persona adultas mayores

Enfermedad	Recomendaciones	Alimentos a evitar
Hipertensión arterial	<p>Quitar el salero de la mesa.</p> <p>Utilice especias y hierbas de olor como sazónadores: orégano, laurel, menta, cebolla, cilantro, epazote y perejil.</p> <p>Prepare salsas caseras.</p> <p>Utilice caldo de res o pollo desgrasados.</p> <p>Consuma quesos bajos en grasa y sal como queso panela, requesón y fresco.</p> <p>Tomar de seis a ocho vasos de agua (dos litros).</p> <p>Consumir alimentos ricos en potasio como las acelgas, elote, chile, lechuga, chícharo, col, plátano, melón, guayaba, papaya, jitomate y calabaza.</p> <p>No exceder de 6 g de sal al día (2.4 g de sodio), lo que equivale a una cucharadita cafetera.</p> <p>Realizar actividad física por 30 minutos continuos por cinco días a la semana (150 minutos a la semana).</p>	<p>Sal de mesa, sal de ajo.</p> <p>Productos enlatados: verduras, pescados, salsas, purés, salsa de tomate y aderezos.</p> <p>Salsas negras: soya, inglesa, Maggi.</p> <p>Carnes secas, alimentos ahumados, cecina.</p> <p>Queso manchego, chihuahua y parmesano.</p> <p>Galletas o tostadas saladas.</p> <p>Frituras o papas con sal.</p> <p>Bebidas gaseosas: refrescos y bebidas <i>light</i>.</p> <p>Saborizantes o conservadores de sodio: glutamato monosódico, bicarbonato de sodio y sulfato de sodio.</p>
Diabetes	<p>Alimentos altos en fibra como: verduras y frutas con cáscara o crudas (tunas, guayaba, granada, fresas, manzana y todas las verduras posibles).</p> <p>Lácteos: quesos bajos en grasa (queso panela, fresco y requesón), así como yogur natural sin azúcar.</p> <p>Consumir cereales integrales, germen de trigo, salvado de trigo, avena, maíz, tortilla de maíz, pastas y arroz integrales.</p> <p>Leguminosas (se recomienda remojar antes de cocinarlas).</p> <p>Semillas: nueces, almendras, semillas de girasol y calabaza.</p> <p>Leche de soya, almendras o maíz.</p> <p>Carnes blancas, pollo sin piel, pescado y carnes magras.</p> <p>Realizar actividad física 30 minutos continuos al día, durante cinco días acumulando 150 minutos por semana.</p>	<p>Frutas secas o deshidratadas, cristalinas. Fruta en almíbar, jugos y néctares.</p> <p>Frutas con alto índice glucémico: papaya, mango y plátano.</p> <p>Verduras cocidas con alto índice glucémico: zanahoria, betabel cocido y jugo de verduras.</p> <p>Leches de chocolate, leche entera, licuados con azúcar, yogur con azúcar, waffles y <i>hotcake</i> de harina refinada, tortilla de harina, pan dulce, cereales azucarados, pastas muy cocidas y abuso de arroz cocido.</p> <p>Dulces garapiñados, palanquetas, chocolates, ates, caramelos y salsas dulces como la <i>BBQ</i>.</p>

<p>Triglicéridos y colesterol.</p>	<p>Frutas y verduras con cáscara. Manzana y arándanos. Cítricos: naranjas, mandarinas, lima, toronja, kiwi y fresas. Espárragos, espinacas, pimienta y cebolla. Lácteos: descremados o bajos en grasa y queso panela. Cereales: germen de trigo, avena, maíz y tortilla de maíz. Pollo sin piel, cortes de carne magros, preferir pescados blancos. Leguminosas: frijol, habas y lentejas. Semillas: nuez, almendra y pistaches. En caso de usar aceite, preferir el de canola, aceite de olivo y extra virgen.</p>	<p>Frutos secos, cristalizados, almibares, coco, así como abuso de frutas dulces como el mango y plátano. Evitar alimentos fritos, así como capeados o empanizados. Evitar la leche entera, quesos grasos como el manchego y queso amarillo. Evitar papas a la francesa, papas fritas, galletas, pan dulce, tortillas de harina y cereales azucarados. Evitar carne de cerdo, chorizo, salami, tocino y embutidos como salchichas, jamón. Evitar mantequilla, mayonesa, manteca, chicharrón, aceite de coco. Disminuir el consumo de azúcares, caramelos y chocolate blanco.</p>
---	--	--

Fuente: Gallo, Núñez, Reyes y Valdez (2013); Secretaría de Salud (2010)a.

Tabla 6. Interacción fármaco-alimento

Fármaco	Función	Interacción	Recomendación
Esmolol Labetolol Metoprolol Propanolol	Se utilizan para tratar: hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, ritmo cardíaco anormal (arritmia), angina de pecho e infarto al miocardio.	Los alimentos ricos en calcio disminuyen su efectividad: cereales, leche, productos lácteos, sardinas y charales.	Los alimentos deben consumirse dos horas después de haber tomado el medicamento; evitar el consumo de alcohol, ya que puede aumentar el efecto del medicamento y generar hipotensión.
Captopril Enalapril Lisinopril	Se utilizan en insuficiencia cardíaca, hipertensión y enfermedades cardíacas.	Los alimentos en general disminuyen el efecto del Captopril, generan deficiencia de zinc, incrementan las concentraciones de potasio.	Tomar el medicamento dos horas antes o después de los alimentos, utilizar suplementos de zinc, limitar alimentos ricos en potasio: jitomate, aguacate, coles, naranja, plátano, melón, kiwi, nueces, soya y té.
Bezafibrato, Ciprofibrato Fenofibrato	Los derivados del ácido fibríco, o fibratos, se utilizan para reducir los niveles de triglicéridos.	Disminuyen la síntesis del factor de coagulación dependiente de la vitamina K.	No tiene interacción.
Artovastatina Pravastatina Rosuvastatina	Se utiliza para reducir niveles de colesterol.	Cuando la Pravastatina se consume con alimentos, disminuye su biodisponibilidad. Los ácidos grasos omega 3 tienen un efecto potenciador. El jugo de toronja incrementa los niveles plasmáticos del medicamento.	Las estatinas deben tomarse por la noche ya que aumenta la síntesis de colesterol en el hígado. No consumir jugo de toronja con el medicamento. No consumir alcohol.
Glibenclá-mida	Se usa en el control de diabetes y síndrome metabólico.	Con la ingesta de bebidas alcohólicas se potencializa el riesgo de hipoglucemia y aumento de peso.	Tomar el medicamento 15 a 20 minutos antes de los alimentos.

Warfarina	Se utiliza en enfermedades cardíacas, hematológicas y reumatológicas, o en trastornos de coagulación.	Alimentos que contengan grandes cantidades de vitamina K y disminuyen la acción del fármaco.	Evitar consumo de hígado de res, pollo, cerdo, té, hojas verdes oscuras, col, espinacas, acelgas, aguacate, leche de vaca, huevo, productos de soya. Evitar el consumo elevado de aceites de soya, canola, oliva y margarinas.
Metformina	Se utiliza para el control de diabetes y el síndrome metabólico.	Su uso a largo plazo causa deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico.	Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, porque aumenta el riesgo de acidosis láctica.
Aspirina	Se utiliza como analgésico.	Disminuye la absorción de hierro.	
Paracetamol	Se utiliza como analgésico.	Mayor utilización de metabólica de proteína.	

Fuente: Arbonés, *et al.* (2003); Gobierno de México. Dirección de prestaciones médicas (2017).

Adicionalmente, es necesario considerar la ingesta de fármacos o medicamentos para el tratamiento patologías, debido a la posible interacción entre las sustancias activas y los alimentos que consumen las personas adultas mayores. En la siguiente tabla se refiere la posible interacción entre los fármacos con algunos tipos de medicamentos y las recomendaciones derivadas para su prevención.

Suplementos nutricionales

En los casos en que no es posible cubrir las necesidades nutricionales con los alimentos y el adulto mayor presenta deficiencia calórica-proteica, pero su tracto gastrointestinal se mantiene funcional, se debe prescribir un suplemento nutricional, líquido o semisólido, para conseguir una ingesta adicional diaria de 300 a 600 kcal (Montero, 2003). De esta manera, los suplementos nutricionales están diseñados para complementar, pero no sustituir, la alimentación del individuo, debido a que sus fórmulas pueden

no contener todos los nutrientes y proporciones que requiere un individuo (Pérez, Morego, Torabuela, García, Santo & Zamora, 2011).

Así, se recomienda el uso de complementos alimenticios en los siguientes casos (Montero, 2003, p. 229):

- Disminución de la ingesta oral: anorexia, disfagia, dentición inadecuada, depresión, demencia, ayuno previo a la realización de pruebas exploratorias y caquexia.
- Trastornos de la digestión y absorción: diarreas crónicas, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino corto, pancreatitis y gastrectomía.
- Aumento de los requerimientos nutricionales: neoplasias, malnutrición proteico calórica, fiebre, sepsis, infección, periodos pre y post operatorios.
- Problemas socioeconómicos: pobreza, soledad, aislamiento y abandono familiar.

Por otra parte, aunque existen muchos suplementos nutricios en el mercado, también es posible elaborar algunos de forma casera. De esta manera, a continuación, se presentan un ejemplo para elaborar una fórmula de dieta polimérica de 300 kcal en casa, para la cual se requieren los elementos y porciones enunciados en la siguiente tabla.

Tabla 7. Ingredientes para fórmula polimérica casera de 300 kcal

Alimento	Medida
Manzana hervida	1 pieza
Galletas marías	2.5 piezas
Atole de harina de arroz	50 ml
Aceite	1 cucharadita
Fórmula polimérica	2 medidas
Caseinato	1 medida

Fuente: autoría propia.

Una vez que se dispone de los ingredientes debe seguirse el siguiente procedimiento:

1. Hervir la manzana.
2. Colocar en la licuadora el atole de harina de arroz, la manzana y las galletas.
3. Introducir fórmula polimérica y caseinato de calcio mientras la mezcla está siendo licuada.
4. El aceite deberá añadirse al final, pero sin dejar de licuar, esto permitirá que la mezcla sea homogénea.
5. Al tener la mezcla, vaciar en un recipiente y colar.

Es necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones para realizar la dieta polimérica:

- Lavar y desinfectar la fruta
- Realizar correctamente el atole de harina de arroz. Si existe sobrante guardar en un recipiente con tapa en el refrigerador.
- Asegúrese de que los utensilios estén limpios y sean especialmente para esta preparación.
- La dieta polimérica deberá consumirse de inmediato y solo podrá mantenerse en refrigeración por dos horas.

Conclusión

Cómo se puede observar, son varias las acciones asociadas a una alimentación correcta. Lo cual, indudablemente, fortalecerá la calidad de vida de las personas adultas mayores, ya que la alimentación es un pilar de la buena salud.

Sin embargo, mantener un estilo de vida saludable, para un adulto mayor implica muchas otras acciones, entre estas la activación física, la estimulación cognitiva, experiencias emocionales gratificantes y el soporte familiar, fundamental para poder desarrollar hábitos alimenticios saludables y, principalmente, cuando acompañan la adherencia a tratamientos por padecimientos crónicos no transmisibles.

Se espera aportar al lector una semilla, o principio para el cambio, que fructifique en buenos hábitos alimenticios, a corto, mediano y largo plazo, con el fin de beneficiar a su estado de salud y bienestar en general.

Referencias

- Alvarado, A., Lamprea, L., & Murcia, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(3), pp. 199-206. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>.
- Aranceta, J. & Serra, L. (2011). Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Objetivos nutricionales en Población Española. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 17(4), 178-199. <https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/objetivos-nutricionales-senc-2011>.
- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González, M., Joyanes, M., Marques, I., Martín, M., Martínez, A., Montero, P., Núñez, C., Puigdueta, I., Quer, J., Rivero, M., Roset, A & Vaquero, M. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición Hospitalaria*, 10(3), 109-137. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300001.
- Bolet, M, & Socarrás, M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020.
- Bourges, H., Morales, J., Camacho, M. & Escobedo, G. (1996). *Tablas de Composición de Alimentos*. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
- Capo, M. (2002). *Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada*. Novartis Consumer Health. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/importancia_de_la_nutricion_en_la_tercera_edad.pdf.
- Davidson, J & Getz, M. (2004). Nutritional risk and body composition in free-living elderly participating in congregate meal-site programs. *J Nutr Elder*, 24(1), 53-68. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J052v24n01_04.
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2005). *La medida exacta. Porciones de alimentos*. <http://fmdiabetes.org/la-medida-exacta-porciones-de>

alimentos.

- Gallo, A., Núñez, M., Reyes, M. & Valdez, E. (2013). *Guía alimentaria para adultos mayores del asilo "San Vicente de Paúl A.C."*. Universidad Mundial.
- Gobierno de México. Dirección de prestaciones médicas (2017). Cuadro básico de alimentos 2017. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/cuadros-basicos/IFA.pdf>.
- González, C., Del Pilar, M., Gómez, A., Pajares, S. & Dávila, R., Barroso, L & Panizo, E. (2012). Guía de nutrición para personas con disfagia. IMSERSO. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Guía para el Cuidado de la Salud. Adultos mayores de 60 años y más. En: *Nutrición*, (pp. 73-96). http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/2018/guia-salud-adulto-mayor-2018.pdf.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). *Guía de Referencia Rápida. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GRR.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2019-2019, Resultados Nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021, 25 de enero). *Comunicado de prensa N. 24/21 [comunicado de prensa]*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (2000). Ingestión diaria recomendada (IDR) por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de energía, proteína vitaminas y minerales para la población mexicana. En: *Tablas de composición de alimentos mexicanos*. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

- Ministerio de Salud (2014). *Guía alimentaria para el adulto mayor*. Estado Plurinacional de Bolivia. https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p346_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_EL_ADULTO_MAYOR_1.pdf.
- Montero, M. (2003). Dietas enriquecidas y suplementos nutricionales en ancianos hospitalizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 226-236. <file:///C:/Users/Acu%C3%B1a%20MR/Downloads/S0211139X03748896.pdf>.
- National Research Council of United States. Subcommittee on the Tenth Edition of the Recommended Dietary Allowances (1989). *Recommended Dietary Allowances*. National Academy Press.
- Pérez F., Morego A., Torabuela M., García D., Santo E., Zamora S. (2011). Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1134-40. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500033.
- Schneider, MJ. (2006). Public health and the aging population. In: *Schneider MJ*, ed. Introduction to the public health 2a ed. Ontario: Jones and Bartlett Publisher, 489-512.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *Diario oficial*. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR37.pdf>.
- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Diario oficial*. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>.
- Servicio Nacional del Consumidor (2004). *Nutrición y cuidados del adulto mayor. Recomendaciones para una alimentación saludable*. Gobierno de Chile. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.

Valoración gerontológica del pie envejecido

Bertha Maribel Pimentel Pérez¹

Adrián Moya Escalera²

Alejandro Chebue Romero³

Elena Guadalupe Olvera Hernández⁴

María del Refugio Acuña Gurrola⁵

Lydia López Pontigo⁶

Raúl Azael Agís Juárez⁷

Eduardo Guzmán Oled⁸

Introducción

La valoración gerontológica del pie envejecido parte de considerar la salud de las personas adultas mayores de forma integral, por lo que su condición podológica es fundamental para mantener una buena calidad

-
- 1 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: bertha_pimentel@uaeh.edu.mx.
 - 2 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Medicina, correo electrónico: amoya@uaeh.edu.mx.
 - 3 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Farmacia, correo electrónico: chehue_alex@yahoo.com.
 - 4 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Farmacia, correo electrónico: olverae@uaeh.edu.mx.
 - 5 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: maria_acuna@uaeh.edu.mx.
 - 6 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: lydial@uaeh.edu.mx.
 - 7 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología, correo electrónico: ragisbe@gmail.com.
 - 8 Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología/CONACYT, correo electrónico: eguzmanol@hotmail.com.

de vida (González, Centeno, Hernández, Báez & Tamariz, 2016), dado que la salud del pie está asociada a una serie de patologías que presenta la población adulta mayor, dentro de las que se encuentran: el síndrome de caídas, trastornos metabólicos como la diabetes tipo II, enfermedades vasculares, ostio-musculo-articulares (Alonso, Álvarez-Calderón, Munuera & Vérges, 2007), por mencionar algunas y que han dado origen al estudio del pie estático, pie plano y cavo del anciano, pie diabético, pie vascular, pie reumatológico, pie artrósico, pie inflamatorio, pie neurológico, así como las afecciones cutáneas y ungueales, entre otras.

La intención de llevar a cabo la valoración gerontológica del pie envejecido es aportar información valiosa a nivel preventivo, para detectar lo más tempranamente posible los factores de riesgo asociados a las patologías, las cuales podrían afectar la salud del pie del adulto mayor. Es necesario conocer de manera general sus características, identificando cada una de estas como factor de riesgo-protección, lo que ayudará más adelante a desarrollar las acciones preventivas para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de esta población.

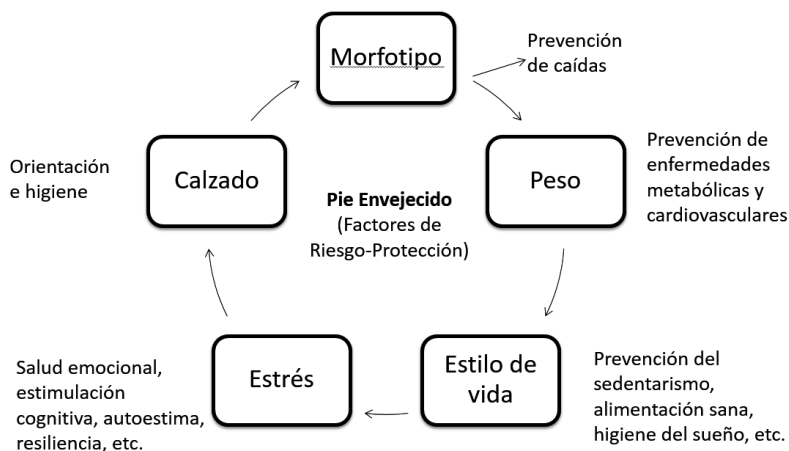
El pie del adulto mayor

La ciencia ha podido demostrar que, a nivel biológico, el cuerpo de cada individuo, con los diversos órganos y sistemas que lo conforman, va envejeciendo a diferentes ritmos con variaciones diversas, dependiendo de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2015). Tal es el caso del pie, que debido a factores como el morfotipo, el peso, los estilos de vida, el estrés y el calzado, puede envejecer de manera prematura, dando origen a diversas patologías que influyen en la calidad de vida (figura 1).

En cuanto al morfotipo, se refiere a los pies que han llevado a cabo ejercitaciones con una gran exigencia de flexibilidad, se vuelven hiperlaxos, y sufren una deformación mayor que los pies rígidos. Tal como lo plantea Daum (2007, p. 354) “la calidad muscular desempeña un papel importante en el equilibrio estático y dinámico del pie [...] Por otra parte, el pie que tiene mejor sujeción plantar resistirá mejor a las tensiones físicas”, lo cual resulta fundamental, en el caso de los adultos mayores, para evitar las caídas. Por otro lado, es uno de los grandes síndromes que pueden

llegar a desarrollar, con las consecuentes caídas y estancias hospitalarias prolongadas.

Figura 1. Modelo de factores de riesgo-protección del pie envejecido



Fuente: Autoría propia.

En cuanto al morfotipo, se refiere a los pies que han llevado a cabo ejercitaciones con una gran exigencia de flexibilidad, se vuelven hiperlaxos, y sufren una deformación mayor que los pies rígidos. Tal como lo plantea Daum (2007, p. 354) “la calidad muscular desempeña un papel importante en el equilibrio estático y dinámico del pie [...] Por otra parte, el pie que tiene mejor sujeción plantar resistirá mejor a las tensiones físicas”, lo cual resulta fundamental, en el caso de los adultos mayores, para evitar las caídas. Por otro lado, es uno de los grandes síndromes que pueden llegar a desarrollar, con las consecuentes caídas y estancias hospitalarias prolongadas.

El peso es un factor importante que se puede considerar, como el predisponente de muchos padecimientos y enfermedades crónicas, como la diabetes, trastornos vasculares y osteo-musculo-articulares, entre otros, presentes en la población adulta mayor. Esto implica una sobrecarga

para los pies, generada por la tensión muscular que contribuye a un envejecimiento prematuro de este.

Los estilos de vida van dejando secuelas en la población adulta mayor cuando han demandado mucho del pie, es decir, con caminatas extensas, largas jornadas parados, además de alteraciones como pie plano, cargar pesos extremos, así como practicar algunos deportes, entre otras actividades que provocan desgaste mayor. Esto se conjunta con “antecedentes traumáticos o inflamatorios [dando] lugar a un envejecimiento más rápido del pie (reumatismo inflamatorio y degenerativo)” (Daum, 2007, p. 354).

El estrés es denominado como uno de los mayores padecimientos del mundo globalizado y ha sido detectado, junto con la ansiedad y la depresión, como patología presente en el perfil de enfermedad de los adultos mayores. Puede ser:

El causante de una serie de cambios posturales que acaban afectando al pie, que actúa como sistema de adaptación a esos cambios generando una fuerte retracción de la musculatura postural para intentar estabilizar la carga corporal, con el consiguiente cansancio de piernas y dolor de pies. [...] Además, se contrae la musculatura, lo que implica menos capacidad de gasto energético, disminución de oxígeno y de ciertos nutrientes y sensación de fatiga. La consecuencia es, en la mayoría de las ocasiones, dolor e inflamación e incluso, con el tiempo, cambios morfológicos o roturas fibrilares (Ares, 2014).

En cuanto al calzado, ocupa un lugar importante, pues ha rebasado su funcionalidad para dar paso al factor estético, no cabe duda, la moda ha generado la utilización de calzado que contribuye a deformar el pie. Del mismo modo, el factor económico también contribuye para utilizar calzado de mala calidad, en el caso de los adultos mayores no cumple con los estándares de calidad que requiere un pie envejecido, para mantener en óptimas condiciones de salud estas extremidades. Se hace necesaria una valoración del calzado usado por los adultos mayores, para lo cual se debe

tener tomar en cuenta algunos elementos, según Herbaux, Blain y Jeandel (2007):

- Zapatos cómodos, ligeros, de material flexible, la parte anterior del pie sin costuras, la parte frontal superior suficiente para que quepan los dedos.
- Fáciles para poner (o calzar) y cerrar.
- La suela de goma, ancha y gruesa, para la estabilidad; con un talón ancho, que contribuya a la estabilidad lateral y para las mujeres un tacón de 2 o 3 centímetros, como máximo en especial para quienes usaban tacón alto que pudo generar pérdida de flexión dorsal y requiere ser compensada.
- Para los adultos mayores que presentan desequilibrio posterior o trastorno mecánico en la parte media del pie, el calzado debe tener suela compensada.

En muchos de los casos, el calzado deportivo tiende a ser empleado debido a su ligereza en materiales, adherencia, estabilidad, facilidad para calzar y coste, además de facilitar la inclusión de ortesis termoformada.

No cabe duda de que la buena calidad del calzado es uno de los principales elementos a cuidar, lo cual está asociado también a factores económicos y culturales, pues aún no se tiene plena conciencia de la importancia de un buen calzado, lo que puede ahorrar en dolor y posturas incómodas para el pie.

Guía de valoración rápida del pie envejecido

Las patologías del pie, como las deformidades, no escapan a ser asumidas como “normales con el avance de la edad”, por lo que tienden a ser poco valoradas, menospreciadas y no tratadas. Sin embargo, su incidencia tiene gran impacto en la salud y la calidad de vida de la población adulta mayor. Así, una persona mayor puede tolerar las afecciones que padece en los pies por un periodo muy prolongado, incluso años, y asume que son problemas de la edad, por lo que su avance o complicación puede

influir seriamente en la marcha, su movilidad y, en general, su capacidad funcional e independencia.

Del mismo modo, las patologías del pie envejecido pueden llegar a influir en el bienestar psicológico del individuo, por el temor a las caídas y la vergüenza, subsecuentes a las complicaciones de la marcha (Alonso, Álvarez-Calderón, Munuera & Vérges, 2007), además de la presencia de dolor crónico, entre otros elementos. Se hace necesario incluir la valoración gerontológica del pie en la evaluación y cuidado integral de la población adulta mayor y, de ser necesario, consultar a un podólogo profesional especializado en pies envejecidos.

De acuerdo con Herbaux, Blain y Jeandel (2007), previo a la evaluación del pie, se debe tener en cuenta los siguientes elementos para una integración completa de la ficha del caso:

- Motivo o demanda de la consulta.
- Grado y tipo de dolor referido, de manera espontánea o por interrogatorio.
- Antecedentes de caída en los seis meses previos a la consulta.
- Miedo a caer.
- Antecedentes médicos y quirúrgicos del adulto mayor.
- Estado nutricional.
- Diagnóstico previo de demencia.
- Tiempo de marcha diaria promedio fuera del domicilio.
- Distancia diaria promedio de la marcha.
- Antecedentes y tratamientos farmacológicos.
- Empleo de soportes para la marcha.
- Práctica de ejercicio o deporte.

Con la finalidad de facilitar la realización de una evaluación integral de la salud del pie de las personas adultas mayores, se presenta la *Guía gerontológica de valoración rápida del pie envejecido*, que se compone de cuatro apartados:

1. Inspección general. Constituida de cuatro indicadores con respuesta dicotómica (sí o no), que de presentar alguno de ellos se considera factor de riesgo.
2. Movilidad articular del tobillo. Integrada por cuatro indicadores con un registro de la dificultad del éxito en la ejecución de cada movimiento (sí, con dificultad, no). Donde se considera que existe un riesgo ante, al menos, un indicador de no movimiento o dos con dificultad.
3. Exploración durante la marcha. Constituida por la valoración del dolor mediante cuatro indicadores de la presencia o ausencia de marcha antiálgica (para evitar el dolor), en una escala dicotómica (sí o no).
4. Exploración cutánea. Constituida por la valoración de la superficie de la piel del pie, mediante siete indicadores de la presencia o ausencia de trastornos cutáneos (pie de atleta, onicomycosis, psoriasis, liquen plano de uñas, heridas, úlceras o escaras y durezas).

Guía de valoración rápida del pie

Inspección del pie		
La inspección se hará con el paciente descalzo sentado y en bipedestación. Se valora la forma general del pie y las posibles alteraciones, tanto del antepié, deformaciones digitales, como el arco interno y el retropié. A continuación, se presentan cuatro indicadores. Señale si alguno está presente durante la inspección.		
Indicador	Sí	No
Pie cavo.		
Pie plano.		
Hallux valgus.		
Desviación del quinto dedo en varo.		
La presencia de uno o más de los indicadores se considera factor de riesgo y se recomienda la consulta especializada, o bien podológica, en casos no avanzados.		
Movilidad articular del tobillo		
Pida al mayor que realice cada uno de los siguientes movimientos y marque con una "X" la opción que corresponda a la movilidad del tobillo del mayor.		
Movimiento	Sí	Con dificultad
Flexión plantar.		No
Flexión dorsal.		
Inversión.		
Eversión.		
Se considera riesgo con el mínimo de un indicador de no movimiento, o dos, con dificultad, y se recomienda la consulta especializada, o bien podológica, en casos no avanzados.		
Exploración durante la marcha		
Ante el dolor, el paciente puede hacer cualquier tipo de marcha antiálgica (para evitar el dolor), por lo que es recomendable identificar la ubicación del dolor mediante los siguientes indicadores.		
Ubicación del dolor	Signo en la marcha	
Tobillo.	Dirige la punta del pie hacia afuera.	Sí No
Planta del pie.	Camina sobre el borde interno del pie.	

Talón.	Se evita la fase de choque del talón y el paso se acorta.		
Antepie.	Metatarsalgia, se inclina el tronco hacia delante.		
Tipo de calzado.	Zapato cómodo y suave.		
Se considera riesgo ante la presencia del dolor en cualquiera de estas ubicaciones y se recomienda la consulta especializada, o bien podológica, en casos no avanzados.			
Exploración cutánea			
La inspección se hará con el paciente descalzo sentado y en bipedestación. Se valoran las posibles alteraciones visibles sobre la piel para identificar alguna erupción, descamación o grietas, así como la apariencia de las uñas. Es recomendable identificar las afecciones a través de los siguientes tres indicadores. Señale si alguno de ellos está presente.			
Afección	Signo en la marcha	Sí	No
Pie de atleta o tiña podal.	La infección puede ser de diferente tipo: interdigital, inflamatoria, ulcerativa, dermatofitosis, que pueden provocar picazón, ardor y piel agrietada entre los dedos del pie.		
Onicomycosis.	Infección por hongos patógenos o saprofitos de la lámina ungueal o el lecho ungueal. Ataca a las uñas de los pies, presenta mancha blanca o amarilla debajo de la punta de una o varias uñas del pie, en infección fúngica más profunda hay decoloración, deformación y engrosamiento de la uña, así como deterioro en el borde de esta.		
Psoriasis.	Lesiones secas, elevadas (engrosadas) y rojas en la piel de las plantas de los pies (placas) cubiertas con escamas plateadas. Las placas pueden producir picazón o dolor, y pueden ser pocas o muchas.		
Liquen plano de uñas.	Lesiones cutáneas típicas de un color oscuro-violáceo.		
Herida en los pies.	Lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo.		
Úlceras o escaras.	Lesiones excavadas con fondo amarillento, blanquecino o incluso negruzco, según predomine la fibrina (más frecuente en úlceras venosas) o la necrosis (más habitual en las arteriales).		
Durezas o heloma.	Son áreas superficiales hiperqueratóticas de la piel, del tamaño de un guisante o incluso algo mayor, que se producen en áreas que sufren pequeños golpes o rozaduras de forma repetida.		
Se considera riesgo ante la presencia del dolor en cualquiera de estas ubicaciones. Se recomienda la consulta especializada, o bien podológica, en casos no avanzados.			

Recomendaciones para la utilización del calzado

No cabe duda de que la buena calidad del calzado es uno de los principales elementos que se debe de cuidar, asociado también a factores económicos y culturales, pues aún no se tiene plena conciencia de la importancia de invertir en un buen calzado, lo que puede ahorrar dolor y posturas incómodas para el pie.

Es importante contar con criterios claros para elegir el mejor calzado, así como el horario idóneo para su adquisición, el cual deberá ser por la tarde, ya que el volumen de los pies tiende a aumentar y se maximiza si se tienen problemas de tipo vascular, por lo que es importante tomar en consideración:




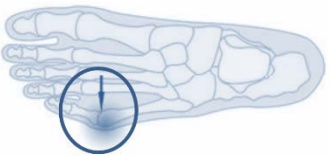
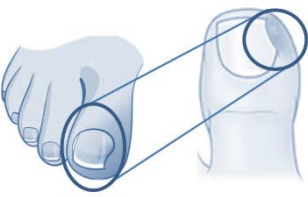
- a) El nivel de funcionalidad que tiene el adulto mayor para calzarse de manera independiente.
- b) Si los pies del adulto mayor presentan alguna deformación, como juanetes. O tiene alguna enfermedad que hace que sus extremidades inferiores se hinchen, como insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática, bien la utilización de algunos medicamentos.
- c) Identificar áreas dolorosas para evitar calzado que roce continuamente esos puntos.
- d) Ubicar para qué será utilizado el calzado. La ergonomía del calzado tiene que ser acorde a su utilización y la forma del pie del adulto mayor, pues con el tiempo va cambiando debido a la postura del cuerpo y enfermedades como la artritis.
- e) Los gustos de la persona y la estética del calzado se toman en cuenta para elegir los zapatos, pues la moda no tiene que estar reñida con la comodidad.


A la hora de elegir un calzado se debe tomar en consideración:

1. La comodidad. Es preferible seleccionar calzado que no tenga costuras interiores y que no sea rígido, a fin de evitar molestias que deriven en lesiones, sobre todo si se tiene pie diabético.

2. La forma. El calzado que es de punta redonda y horma ancha, tiende a ser más cómodo que los de una punta prolongada. Esto evitará que se hinche y al final del día sean incómodos, generando molestias innecesarias al adulto mayor.
3. El peso del calzado debe de ser ligero para evitar cansancio. Los adultos mayores, debido a problemas vasculares como las várices, o diversos dolores por otras afecciones, tienden a sentir pesadez en las piernas para caminar. Un calzado pesado puede agravar esa sensación.
4. El modelo de calzado es clave a la hora de elegirlo, pues es difícil colocarse un zapato con agujetas y hebillas. Debe ser fácil de poner y quitar, pues algunos adultos mayores tienen dificultad para agacharse y ponerse el calzado, o bien no alcanzan a ver bien.
5. Las suelas son otro factor importante, pues deben de ser gruesas y anchas, preferentemente de goma, para evitar resbalones y caídas, así como amortiguar la pisada y proteger el talón contra el suelo y de las piedras que puedan desestabilizar la marcha.

Glosario

Pie cavo.	<p>Es una condición en la que el pie tiene un arco muy alto.</p> 
Pie plano.	<p>Es una situación clínica caracterizada por la desaparición o no formación del arco plantar.</p> 
Hallux valgus.	<p>También llamado juanete. Es la desviación en valgo del primer orjejo (dedo gordo del pie) con una desviación en varo del primer metatarsiano.</p> 
Quintus Varus.	<p>Desviación del quinto dedo en varo.</p> 
Onicocriptosis.	<p>Uña enterrada o encarnada. Se presenta cuando el borde de la uña se entierra dentro de la piel del dedo del pie.</p> 

<p>Durezas o heloma.</p>	<p>Son áreas superficiales hiperqueratósicas del pie, del tamaño de un guisante o incluso algo mayor, que se producen en áreas que sufren pequeños golpes o rozaduras de forma repetida.</p> 
------------------------------	--

Fuente: datos tomados de Alonso, F., Álvarez-Calderón, O., Munuera, P. y Vérges, C. (2007); Daum (2007); Gómez (2010).

Referencias

- Alonso, F., Álvarez-Calderón, O., Munuera, P. & Vérges, C. (2007). Ortopodología en el pie geriátrico. *Revista Española de Podología*, XVII (6), 282-289. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/22822/1/200706282.pdf>.
- Daum, B. C. (2007). El pie reumático en geriatría: enfoque práctico. En: Herbaux, I., Blain, H. & Jeandel, C. (ed.), *Podología geriátrica* (pp. 351-357). Paidotribo.
- González, Y., Zenteno, M., Hernández, J., Báez, F., & Tamariz, A. (2016). Prevalencia de enfermedades podológicas en el adulto mayor de un albergue público. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 331-340. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400004.
- Gómez, J. (2003). *El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*. Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009106.pdf>.
- Gómez, A. (2010). Pie geriátrico. Aproximación desde la farmacia. *Ámbito Farmacéutico. Educación Sanitaria*, 29(3), 54-60. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-pie-geriatrico-aproximacion-desde-farmacia-X0212047X10511902>.
- La psicología de la salud. (2014, 02 de octubre). *Los pies también acaban sufriendo las consecuencias del estrés o la ansiedad*. https://lapsicologiadelasalud.blogspot.com/2014/10/los-pies-tambien-acaban-sufriendo-las.html#.YHuyWp_iuUk.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es>.
- Rivedeneira, S. (2010). Prevención de las enfermedades de los pies en la población nancianaguá para cuidadores [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Ecuador]. Repositorio Institucional UN. repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3979/T-PUCE-3238.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Torralba-Estelles, J. (2013). Patología podológica en pacientes geriátricos: prevalencia, factores de riesgo e implicaciones funcionales

[tesis de doctorado, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir]. Repositorio Institucional UN. https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/825/Torralba%20Estell%C3%A9s%2C%20%20Francisco%20Javier_Tesis%20definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

El envejecimiento desde una mirada multidisciplinaria compartida
se diseñó para su publicación electrónica en el mes de julio de 2025,
en los talleres gráficos de la Editorial Universitaria de la UAEH.
Cuidado del texto: Gabriela Cruz Valdés.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO



CONSEJO
EDITORIAL



www.uaeh.edu.mx

ISBN: 978-607-482-892-4