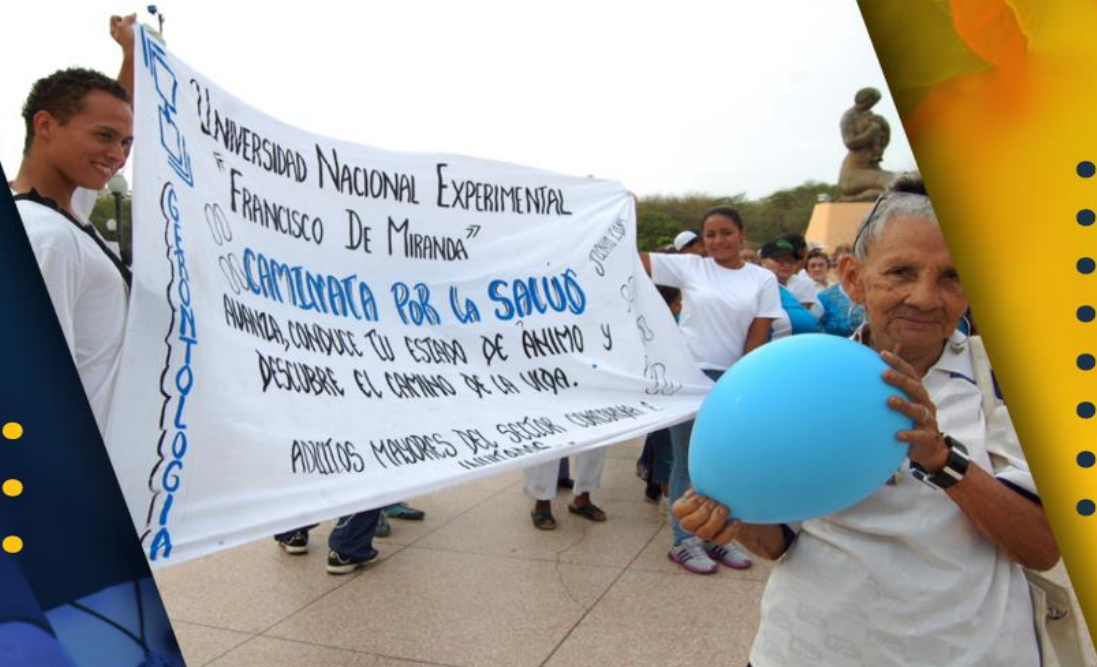




UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

REVISTA GEROCIENCIA

DECIMO
OCTAVA
2025



**Revista electrónica de Gerontología
(Educación, Social, Gerencia, Salud,
Ciencia y Tecnología).**

AÑO IX. Vol. II. N° 18. Julio-Diciembre 2025

Depósito Legal. FA2017000074

ISSN.2959-6572

Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela

Director-Editor

Dra. Sandra Quintero PhD. (UNEFM)

Comité Editor

Dra. Sandra Quintero PhD. (UNEFM)

Lcda. Belen Cásares. MSc. (UNEFM)

Dr. Nohé Ramón Gilson. PhD. (UNEFM)

Comité Redacción

Dr. Nohé Ramón Gilson. PhD. (UNEFM-Venezuela)

Lcda. Josefingre Rujano /UNEFM-Venezuela)

Consejo Asesores

Lcda. Maroly Quevedo. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Dr. Jairo Villasmil (UNEFM-Venezuela)

Dra. Carlina García (UNEFM-Venezuela)

Dra. Ivonne Medina. PhD. (UNEFA-Venezuela)

Dr. Gilberto Ereú. PhD. (UNEFA-Venezuela)

Comité Memoria

Lcda. Belen Cásares. MSc. (UNEFM-Venezuela)

Árbitros colaboradores

Dra. Nerys Ortega. PhD. (Univ Carabobo
Venezuela)

Dra. Maribel Osorio (UCV- Venezuela)

Dr. Jairo Boscan (LUZ-Venezuela)

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud Perú)

Dra. Claudia Mendoza (Univ.Aut. Tlaxcala-
México)

Mg. Sergio Flores (Univ. del Valle de Toluca-
México)

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met.
Quito Ecuador)

Dra. Marissa Zazzetta (Univ Fed. San Carlos-
Brasil)

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno (Univ.
Nac de Colombia. Colombia)

Master. Laura Salatino (Maimonides-
Argentina)

Mag. Yéis Borré (Univ. Met. Barranquilla-
Colombia)

Master. Juleiky García Beracieto (Univ. Met.
Quito Ecuador)

Dr. Omar Antonio Vega (Univ. Manizales-
Colombia)

Dr. Carlos Miranda (UNACH-México)

Dr. José Guarapana (UNEFM-Venezuela)

Dra. María de Luz Goncalvez (UNEFM-
Venezuela)

Dr. Psic. Waldemar Piña (UCLA-Venezuela)

Dra. Letty Moreno (UNEFM-Venezuela)

Dra. Maryoly Blanco (UNEFM-Venezuela)

Mtra. Lilian López (UNIQUEINDIO-Colombia)

Dr. Luis González. MSc. (UNERMB
Venezuela)

Dra. Linda Martínez (UNEFM-Venezuela)

Dr. Franklin Lozada (UAM-Venezuela)

Dr. Miguel López (UNEFM-Venezuela)

Dra. Elaudi Rodríguez (UNEFM-Venezuela)

Dr. Davide Mobili (UAM-Venezuela)

Diseño de portada

TSU. Julia Mariam Cásares Quintero

(Producción de Medios de Comunicación Social)

CONTENIDO

	Pág.
Editorial de la Revista	4
Filosofía de la Revista	7
Adscripción	9
Artículos	11
Normas editoriales	125
Planilla de arbitraje	131
Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la UNEFM	132
Resumen técnico de comité	133
Resumen técnico de árbitros	136
Resumen técnico de autores	142
Índice de artículos	146

EDITORIAL DE LA REVISTA

La edición que cierra este año 2025 de la Revista GeroCiencia, es una referencia importante multidisciplinar, ya que permite ahondar en temas de índole clínico, como muestra científica que distingue a nuestra Revista cuya publicación ininterrumpida desde el año 2017, da paso a la divulgación de la edición XVIII del año 2025 en su versión Julio-diciembre, donde se presentan varias contribuciones de especialistas o autores que han tenido relevancia para el conocimiento gerontológico.

Es preciso señalar que, en cada edición, colaboran especialistas de alta experiencia y formación con proyección nacional e internacional, los cuales han dispuesto de su conocimiento para servir de árbitros a doble ciego en esta edición. Entre los árbitros colaboradores están especialmente en esta edición, gerontólogos, psicólogos, médicos, educadores, enfermeros, trabajadores sociales, comunicadores sociales, neurocirujano, ginecólogos, reumatólogo, odontólogo, antropólogo, para consolidar la apertura, a todas las corrientes de pensamiento que caracteriza las políticas de la revista.

Esta XVIII edición, presenta producciones como de Márquez y Terán titulado APORTES DE LA BIOÉTICA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR, cuyo objetivo es analizar las cuestiones éticas relacionadas con la vida, la salud y la atención médica, resaltando que todos los aspectos éticos permitirán llevar estilos de vida saludables y acciones preventivas para mantener su autonomía y calidad de vida.

Otra producción es de Rivero, Henríquez, Valles, y Velasco que titularon DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN ADULTOS MAYORES, SANTA ANA, FALCÓN, VENEZUELA siendo su objetivo Asociar la relación del deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada en adultos mayores de Santa Ana, Falcón, Venezuela, los autores concluyen que se establece una correlación importante entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de Santa Ana, Falcón, Venezuela.

También está el aporte de Flores, Estrada, Fernández y Reyes que denominaron EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES DEL SECTOR SALUD SOBRE EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD, 2025. Siendo su objetivo analizar las percepciones y conocimientos que poseen los estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería (2025) sobre el síndrome geriátrico de fragilidad y concluyen el reconocimiento de necesidades formativas, diversas estrategias de intervenciones y recursos orientados a fortalecer la capacitación geriátrica en la práctica de enfermería.

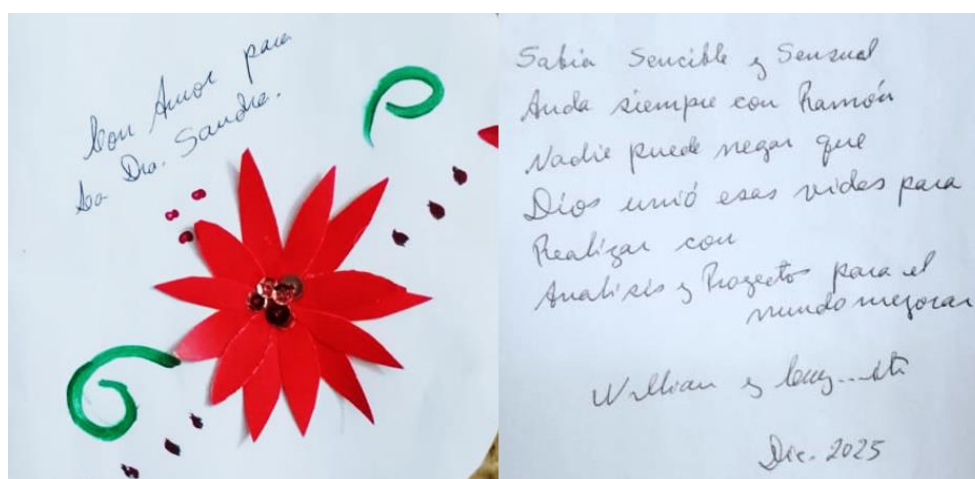
De igual modo, se tiene el artículo de Reyes, Fernández, Reyes y Rosas que titulan EXPERIENCIAS DE MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA EN DERECHOHABIENTES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO, 2025 con el objetivo de analizar la percepción que tenían 3 hombres y 5 mujeres mayores de 60 años, derechohabientes de instituciones públicas de salud en la ciudad de Puebla, sobre dichos procesos. encontraron que la menopausia y la andropausia aún son temas desconocidos para las personas mayores y un reto para el sector salud.

El artículo de Guerra, Reyes y Fernández es otra producción ya que esta titulada EXPERIENCIAS EMOCIONALES DEL FENÓMENO CHILDFREE EN ADULTAS MAYORES 2025 con el objetivo de analizar las experiencias emocionales de mujeres adultas mayores que eligieron no tener hijos y determinar cómo esta decisión influye en su bienestar y sentido de vida en la vejez, concluyen que la plenitud en la vejez no depende de la maternidad, sino de la autenticidad, la autonomía y los vínculos que cada mujer decide construir.

Igualmente se encuentra el artículo de Piña que tituló BIENESTAR EMOCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA siendo el propósito analizar la interconexión de ambos constructos como pilares de la adaptación en la edad avanzada. El autor evidencio, que los factores protectores clave son el apoyo social funcional y la participación comunitaria significativa. Mientras que el aislamiento social y la comorbilidad física son los principales riesgos.

Finalmente, se presenta el artículo de González, Arenas, Martínez, Fernández, Reyes titulado EXPLORANDO EL EDADISMO HACIA LA VEJEZ EN UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN PUEBLA, MÉXICO, 2025 con el objetivo de identificar estereotipos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y las personas mayores en jóvenes universitarios del área de la salud. Los resultados muestran la persistencia de ideas sobre dependencia, rigidez y deterioro cognitivo, aunque también se reconocen aspectos positivos donde es necesario fortalecer la formación en envejecimiento y buen trato, con una visión empática e inclusiva.

Queda evidenciado que los artículos publicados en esta edición adscriben sus aportes al área de la revista, por cuanto, dan muestra del carácter multi e interdisciplinar de cada autor, abonando al entendido de la gerontología, la vejez y el envejecimiento. Como fue referido en la edición anterior, compartimos en cada editorial, algunas experiencias de adultos mayores desde sus talentos de cara a un buen envejecimiento, como es el ejemplo de, Cruz Capielo de Montilla y William Montilla (miembros fundadores del Club de Lectura) con un acróstico para la editora de la Revista Gerociencia en diciembre 2025. Igualmente, en esta edición se presentan fotografías de miembros de este grupo entre los artículos publicados.



Sandra, B; Quintero, R
Directora-Editora

FILOSOFÍA DE LA REVISTA

Reseña.

El Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda fue creado el 04 de julio de 1984 en la gaceta oficial N° 24, con la carrera de Técnico Superior Universitario en Gerontología posteriormente el 05 de mayo de 2006 se aprueba la licenciatura en Gerontología en la Gaceta Oficial N° 38.508 ambas constituyen el marco referencial de la formación de un profesional integral con competencias de educador gerontológico, gerente social planificador, investigador y coordinador de servicios gerontológico.

Desde sus inicios este Programa académico se ha dado la tarea de consolidar una imagen del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento bajo la óptica de la proactividad a favor de la inclusión, la interdisciplinariedad con otras ciencias, la integración activa tanto con las familias como las comunidades; pero, sobre todo, el abordaje integrado de la persona envejecida y envejeciente en su propio contexto.

Descripción de la Revista GeroCiencia.

La Revista GeroCiencia constituye un medio de difusión de los estudios en el ámbito gerontológico a fin de proporcionar una base teórico-social que sirve de referente al desarrollo nuevas maneras de afrontar la vejez y el envejecimiento en pro de políticas, programas y proyectos en instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la satisfacción de sus necesidades biopsicosociales de la población adulta mayor.

Este espacio contribuye además con la consolidación de la integración entre la docencia, investigación y extensión en el campo de la ciencia gerontológica, pero también de modo particular, en la inclusión de conocimientos de otras ciencias en el ámbito educativo, social, gerencial, de salud, comunicacional, tecnológico entre otros, para la comprensión del tema adulto mayor, vejez y envejecimiento a nivel personal, social e institucional en el país y el mundo.

Objetivo.

La Revista GeroCiencia está encaminada a sumar esfuerzos en el ámbito de educación, social, educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología para mostrar el conocimiento contextualizado de las investigaciones y/o experiencias en diversas áreas que tienen que ver con el adulto mayor, la vejez y el envejecimiento, de acuerdo con las problemáticas y necesidades de esta población en el ámbito regional, nacional e internacional.

Misión.

La Revista GeroCiencia, tiene como misión difundir los artículos, reportes, experiencias, productos de las investigaciones y/o revisiones documentales de orden gerontológico, educativo, social, gerencial, humanístico, tecnológico y de salud a tono con la dinámica del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento. Dichos aportes están orientados a contribuir con las áreas o contextos:

- Gerontológico.
- Educativo.
- Demográfico.
- Artístico.
- Biológico.
- Psicológico.
- Social y comunitario.
- Salud.
- Gerencial.
- Metodológico.
- Tecnológico.
- Cultural.
- Antropológico.

Visión.

La Revista GeroCiencia pretende ser el medio de promoción de espacios de participación colectiva de carácter multi, inter y transdisciplinar en razón de la construcción de contextos teóricos actualizados que colinden con la visión integral de la vejez, el envejecimiento, el adulto mayor y el envejeciente. Cuyos aportes sean la referencia teórico-constructiva y contextualizada en el área gerontológica.

ADSCRIPCIÓN

La Revista GeroCiencia está adscrita a la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER que tiene dependencia del: Programa de Gerontología, el Instituto de Investigación del Área Ciencias de la Salud de la UNEFM y a su vez, al Decanato de Investigación, se rige por las líneas de investigación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.



Adela Velarde. 79 años. Expone sobre Oratoria. Miembro Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupeño. Coro estado Falcón Venezuela.

APORTES DE LA BIOÉTICA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Márquez Fernández Erika¹, Terán, Paola ²

erikamarquezf@gmail.com <https://orcid.org/0009-0004-4725-6182> ¹
pyatb19@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-7034-5368> ²

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.
Decanato de Postgrado. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.
Santa Ana de Coro Estado Falcón Venezuela.

RESUMEN

La bioética, descrita como una disciplina, surge con el objetivo de analizar las cuestiones éticas relacionadas con la vida, la salud y la atención médica; dicho concepto aplica para las distintas áreas médicas y grupos etarios; es por ello que, al hablar de envejecimiento, su papel se vuelve fundamental, en virtud de que la población adulta mayor enfrenta una serie de desafíos propios de la etapa de vida y, con ello, cambios en el ámbito de la salud, entorno social y familiar. Cuando se habla de la importancia de la bioética en la atención al adulto mayor, es preciso tomar en cuenta no solo los cambios fisiológicos del envejecimiento, sino que, además, aquellos ocurren cambios a nivel fisiológico, morfológico y psicológicos que requieren una atención especializada y ética. Es vital considerar que, los análisis éticos contribuyen a garantizar que las decisiones relacionadas con el entorno, cuidado y tratamiento de los adultos mayores sean respetuosas de su dignidad, así como su autonomía y derechos. En cuanto a los aspectos bioéticos que giran en torno al adulto mayor, fundamentales para garantizar su dignidad, derechos y bienestar en diferentes contextos de atención y cuidado, destacan: el respeto a su autonomía, la no maleficencia y beneficencia, la justicia y equidad, el consentimiento informado, la confidencialidad y privacidad, los cuidados de su dignidad, la protección frente a abuso y negligencia, las intervenciones preventivas, así como, de promoción. Todos ellos son aspectos que les permitirán llevar estilos de vida saludables y acciones preventivas para mantener su autonomía y calidad de vida.

Palabras clave: Bioética, adulto mayor, cuidados, entorno.

CONTRIBUTIONS OF BIOETHICS TO THE CARE OF THE ELDERLY.

ABSTRACT

Bioethics, described as a discipline, emerged with the objective of analyzing ethical issues related to life, health, and medical care. This concept applies to various medical fields and age groups. Therefore, when discussing aging, its role becomes fundamental, given that the older adult population faces a series of challenges inherent to this stage of life, along with changes in their health, social environment, and family life. When discussing the importance of bioethics in the care of older adults, it is essential to consider not only the physiological changes of aging, but also the physiological, morphological, and psychological changes that require specialized and ethical attention. It is vital to consider that ethical analyses contribute to ensuring that decisions related to the environment, care, and treatment of older adults respect their dignity, autonomy, and rights. Regarding the bioethical aspects surrounding older adults, which are fundamental to guaranteeing their dignity, rights, and well-being in different care settings, the following stand out: respect for their autonomy, non-maleficence and beneficence, justice and equity, informed consent, confidentiality and privacy, safeguarding their dignity, protection from abuse and neglect, and preventive and promotional interventions. All of these aspects will enable them to lead healthy lifestyles and take preventive actions to maintain their autonomy and quality of life.

Keywords: Bioethics, older adults, care, environment.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población tiene un gran impacto en la sociedad, uno de ellos es el aumento de la esperanza de vida, lo cual significa que las personas vivirán más tiempo; éste aumento se debe a varios factores, como los avances en la medicina, la mejora de las condiciones de vida; otro aspecto es la disminución de la tasa de natalidad, lo que significa que hay menos nacimientos y menos jóvenes en comparación con la población mayor (Morales González, y col. 2011). Además, existen factores socio-económicos que pueden influir en el envejecimiento, como la falta de acceso a servicios médicos adecuados y la pobreza, que pueden afectar negativamente a la salud y el bienestar de las personas mayores (Fajardo, 1971) (Garza, 2015).

En muchos países, las parejas tienen menos hijos que en generaciones anteriores, debido a diversas razones como la urbanización, la educación, el acceso a métodos anticonceptivos y la inserción de la mujer en el mercado laboral. Esta disminución de la tasa de natalidad tiene implicaciones sociales y económicas, ya que hay una menor cantidad de jóvenes en comparación con la población mayor, lo cual puede generar desafíos en áreas como la seguridad social y cuidado de los adultos mayores como señala Pérez (2010). De hecho, todos estos cambios que vienen dándose en la pirámide poblacional, permiten analizar una serie de eventos, como lo son las políticas de atención en torno al adulto mayor; entre ellos algunos aspectos éticos en cuanto a su entorno y bienestar (Lara, 2010).

En base a lo referido, la bioética es entendida como el estudio de los principios éticos y morales relacionados con los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la salud; y en este contexto, como señala Lara (2010) resulta fundamental comprender su importancia en el cuidado y atención de los adultos mayores, quienes enfrentan desafíos particulares en términos de salud y bienestar. Con esto, la ética tiene como objetivo principal garantizar el respeto a la dignidad y autonomía de las personas, así como, promover el bienestar y la justicia en el contexto médico.

En relación a lo mencionado, en el entorno del adulto mayor, la bioética es especialmente relevante debido a los diversos dilemas que surgen en el cuidado y la atención de esta población, como la toma de decisiones sobre tratamientos médicos, el respeto a la autonomía y la calidad de vida en la etapa final de la vida (Franco 2009).

Como se ha venido atendiendo, los principios éticos juegan un papel fundamental en el cuidado de la persona mayor, entendiendo que la bioética deriva de la ética y esto asegura un trato respetuoso y digno para estas personas. Es importante reconocer con esto, que los adultos mayores tienen derechos que los defienden y una autonomía que debe ser respetada en todo momento. Por lo tanto, es vital comprender la importancia de estos principios y garantizar una atención de calidad, y con ello, como señala Carrasco (2022) promover una sociedad más justa y respetuosa con las personas mayores.

DESARROLLO.

La bioética que gira en torno al adulto mayor.

La bioética como esta vista, es parte del estudio interdisciplinario de cuestiones éticas relacionadas con la vida y la salud humana, por eso, en lo concerniente a la atención al adulto mayor, busca analizar algunos dilemas y desafíos éticos que surgen en su atención y cuidado considerando aspectos esenciales como la calidad de vida, toma de decisiones y el respeto a su dignidad (Benavides 2009). También la ética, es vista, además, como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida, examinada a la luz de los valores y principios morales. En cuanto al adulto mayor y la sociedad que le rodea, refiere Ríos (2011), se basa en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que debe girar en torno a todas sus necesidades.

Concretamente la bioética, está enfocada no solo en la conducta sino también, en el trato que se debe dar a las personas de la tercera edad, para que éstas puedan gozar de una mejor calidad de vida; es decir, de todas las condiciones biofisiológicas

y sociales que aseguran una vida autónoma. Por lo descrito, vale referenciar la declaración universal de derechos humanos (1948) que cita: “la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad”, y también menciona que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; dicha libertad y justicia en el adulto mayor, frecuentemente se ven vulneradas (Carrizales y otros 2017).

Los adultos mayores, siendo considerados un grupo vulnerable a muchos problemas de salud, se reflejan procesos degenerativos de su organismo que conducen a cambios fisiológicos los cuales pueden dificultar el mantenimiento y repercutir en la homeostasis alterando la satisfacción de sus necesidades vitales, cambiando la imagen que el adulto mayor tiene de sí mismo y ocasionando con mucha frecuencia hospitalizaciones (Otiniano 2014).

En torno a su cuidado, se consideran diversos aspectos éticos, en primer lugar, es fundamental respetar la autonomía del paciente, entendiendo que tiene derecho a tomar decisiones sobre su propia salud y bienestar. Además, se debe garantizar la confidencialidad y privacidad en su cuidado, protegiendo la información personal y médica. Asimismo, es necesario obtener el consentimiento informado del paciente antes de realizar cualquier tratamiento o procedimiento, explicándole de manera clara y completa los beneficios, riesgos y alternativas disponibles (Otiniano 2014)

Es importante tener en cuenta también, las limitaciones y condiciones específicas del adulto mayor, adaptando la información y el apoyo necesario para facilitar su participación activa en el proceso de atención médica. Como señala Otiniano (2014), el respeto a la autonomía promueve la dignidad y el bienestar del paciente, va fortaleciendo la relación médico-paciente y fomentando la confianza mutua; incluso haciéndolo partícipe del consentimiento informado.

Respecto al consentimiento informado en el cuidado del adulto mayor, es esencial brindar la información necesaria para que pueda tomar decisiones sobre su salud; esto implica, explicarle de manera clara y comprensible los objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de cada tratamiento, así como, el posible impacto

en su calidad de vida. Así como refiere García (2023), se debe asegurar que tenga la capacidad cognitiva y emocional para comprender la información proporcionada, garantizando que sea realmente informado.

Cada día, los adultos mayores toman conciencia de sus derechos, y solicitan a las instituciones y a las distintas actividades sociales que se le respete. El personal de salud, debe contar con la opinión de los enfermos al momento de optar por tratamientos. Este personal a de tratar al paciente con el respeto que como persona merece, para lo cual debe establecer un dialogo, explicándole claramente lo que necesita (Daichman 2010).

Por su parte, la confidencialidad y privacidad son aspectos fundamentales y los profesionales de la salud deben garantizar la protección de la información personal y médica del paciente, manteniéndola en estricta confidencialidad. Esto implica, evitar la divulgación innecesaria de datos sensibles, compartir la información únicamente con aquellos profesionales involucrados en su atención y obtener el consentimiento informado antes de divulgar información confidencial (Otiniano 2014). Asimismo, se deben adoptar medidas de seguridad para salvaguardar la privacidad del paciente, protegiendo su intimidad durante los procedimientos y evitando la exposición innecesaria a terceros; respetando su privacidad y confidencialidad lo que contribuye a fortalecer su autonomía y dignidad (Oliveira 2020).

Bioética del cuidado del adulto mayor, entorno familiar y comunidad.

La bioética en el entorno de la persona mayor, abarca diversos aspectos relacionados con la dignidad, autonomía, bienestar y derechos de las personas en la vejez; este enfoque debe ser aplicado en diferentes entornos e involucrar a la familia, comunidad, los profesionales de la salud, cuidadores formales e informales y todo lo que les rodea. Es allí, donde la familiar toma un rol importante participando en la toma de decisiones médicas y de cuidado, especialmente, si éste tiene limitaciones cognitivas o físicas y desde la mirada bioética contribuir en garantizar que dichas

decisiones se basen en los mejores intereses del adulto mayor, respetando sus deseos y valores en la medida de lo posible (Abreu 2020)

Los familiares, son frecuentemente los principales cuidadores, y cuando se aplican los aspectos bioéticos, en estos cuidados, todo contribuye al respeto, empatía, comprensión, evitando el maltrato, el abandono y la negligencia. Además de ello, la familia proporciona un importante apoyo emocional y social, lo que favorece su bienestar psicológico y calidad de vida; es por ello que es de vital importancia mantener estos lazos familiares y fomentar en ellos la participación dentro de la sociedad del adulto mayor (Otiniano 2014).

En base a lo referido, la comunidad junto a los entes gubernamentales, deben tener una participación importante, debido a la responsabilidad de promover políticas inclusivas, acceso a servicios de calidad y la eliminación de discriminación por edad. Con esto, la bioética social debe velar por una vejez digna, promoviendo la igualdad, protección social ya que, el estado debe garantizar derechos, recursos y políticas que le aseguren una mejor calidad de vida, protección legal y acceso a servicios de salud adecuados; es así como, la ética estatal en el cuidado de la vejez debe ser garante de la igualdad, justicia y sostenibilidad en las políticas públicas (Abreu 2020).

Participación de la comunidad y el estado en la bioética del cuidado del adulto mayor.

Es el Estado, quien debe ofrecer recursos y servicios esenciales para el cuidado del adulto mayor, brindando centros de cuidado diario, programas de asistencia domiciliaria, servicios de salud y apoyo social. El aporte bioético debe velar por la equidad en el acceso a estos recursos, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias, individualizando las necesidades de cada uno de ellos. Es aquí, donde también la comunidad juega un papel importante en la concientización sobre los derechos y las necesidades de los adultos mayores, para la lucha contra la discriminación por edad; pero también, para promover la creación de entornos comunitarios inclusivos y respetuosos, con una importante participación en

actividades sociales, culturales y recreativas. Lo referido, contribuye al bienestar y sentido de pertenencia, desde la mirada de la bioética, fomentando la creación de programas y actividades que promuevan la participación activa de los adultos mayores en la vida comunitaria con el apoyo del estado (Carrasco 2022).

Importancia del cuidador formal, informal y participación del gerontólogo en el cuidado del adulto mayor.

El cuidador formal como profesional capacitado y remunerado es quien debe brindar atención al adulto mayor, éste puede ser un enfermero, asistente de salud en el hogar, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajador social, con responsabilidades que varían según su formación y el plan de cuidados del adulto mayor, que generalmente van desde asistencia en actividades de la vida diaria como el baño, alimentación, vestimenta, administración de medicamentos, monitoreo de la salud y reporte de cambios, movilización y prevención de caídas, acompañamiento a citas médicas, apoyo emocional y social.

Por su parte, el cuidador Informal puede ser un familiar, amigo o vecino que proporciona cuidados al adulto mayor sin recibir remuneración, con responsabilidades similares al cuidador formal, pero generalmente con un enfoque más personal y afectivo, que va desde apoyo emocional, compañía, ayuda en las tareas del hogar, preparación de comidas, transporte, coordinación de citas médicas, supervisión y seguridad (Berlinger 2021).

Todos ellos junto al profesional de gerontología, juegan un papel importante, sobre todo éste último, encargándose de realizar una evaluación completa del adulto mayor, considerando aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. El gerontólogo, es quien se encarga de la planificación de cuidados, diseñando planes de cuidados individualizado, estableciendo objetivos y estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, coordinando los diferentes servicios y profesionales involucrados en su cuidado, asegurando una atención integral y oportuna; brinda educación y apoyo tanto al adulto mayor como a sus cuidadores, promoviendo el

autocuidado y la toma de decisiones informadas. Tal asunto, el gerontólogo es quien realiza un seguimiento continuo del plan de cuidados, evaluando su efectividad y realizando ajustes según sea necesario (Berlinger 2021).

Preguntarse, porque es tan importante que todos ellos apliquen los principios bioéticos en el cuidado del adulto mayor, es el único modo de asegurar y brindar una atención respetuosa, de calidad, cuidando tanto la autonomía como la capacidad del adulto mayor para tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar. Esto implica proporcionar información clara, comprensible, y permitirle participar activamente en la planificación de sus cuidados, buscando promover siempre su bienestar y calidad de vida. Esto implica, evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios de cada intervención, eligiendo opciones que maximicen estos beneficios, pero también minimice los riesgos, evitando causar daños, con intervenciones innecesarias o perjudiciales, y tomando siempre la decisión más acertada para su beneficio y cuidado (Oliveira 2020).

REFLEXIONES FINALES.

La bioética, desempeña un papel crucial en el cuidado del adulto mayor, especialmente, cuando se considera desde una perspectiva biopsicosocial. A medida que la pirámide poblacional experimenta cambios significativos, con un aumento en la proporción de personas mayores, el alcance de la bioética se amplía para abordar no solo aspectos clínicos, sino también sociales, psicológicos y éticos vinculados a su bienestar. Esto plantea la necesidad de promover una atención integral y respetuosa de la dignidad de los adultos mayores, fomentando decisiones que contemplen su autonomía, calidad de vida y derechos, en un contexto de envejecimiento poblacional acelerado.

Por lo referido, el cuidado del adulto mayor requiere un enfoque que respete su dignidad, autonomía y derechos, promoviendo la calidad de vida y el bienestar en todos los entornos, donde la familia, junto con los cuidadores formales e informales, desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, social y sanitario, requiriendo

capacitación y apoyo ético para garantizar una atención respetuosa y competente; con participación activa de la comunidad y los profesionales en gerontología. Todos deben trabajar en conjunto para crear ambientes inclusivos, seguros y saludables, promoviendo acciones que favorezcan la integración social y la protección de los derechos de los adultos mayores.

Es vital que existan normativas de salud y políticas de estado que aseguren el acceso equitativo a servicios de salud, protección social, derechos, que fortalezcan la capacitación de los actores involucrados en el cuidado de los adultos mayores. Donde la toma de decisiones debe fundamentarse en principios bioéticos como la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, garantizando que el cuidado sea humanizado, respetuoso y equitativo.

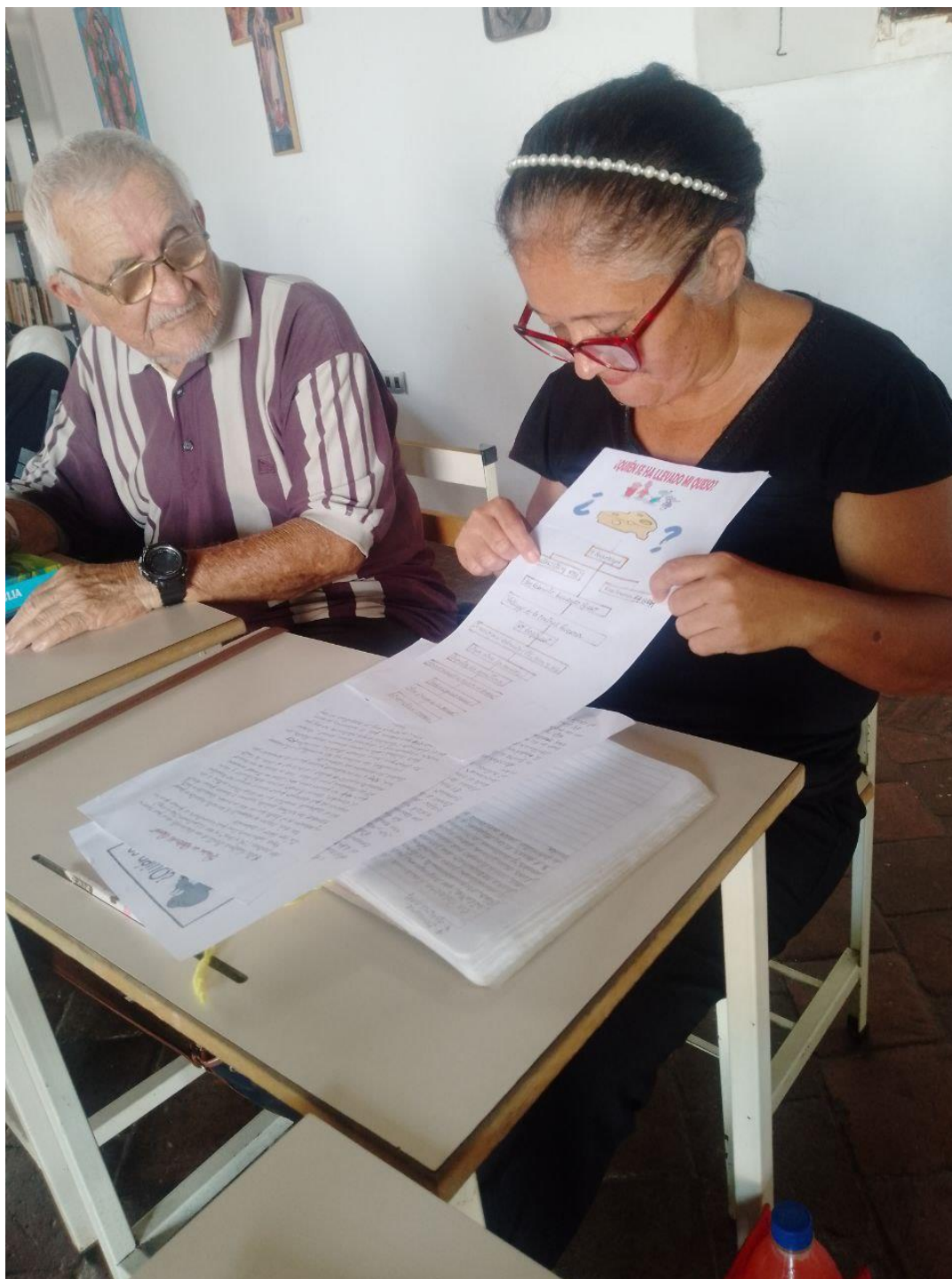
La coordinación entre todos los actores involucrados es esencial para afrontar desafíos económicos y sociales que enfrentan los adultos mayores, promoviendo un envejecimiento activo y digno; donde sea imprescindible promover una mayor conciencia social sobre los derechos y necesidades del adulto mayor. Esto se logra, fomentando una cultura de respeto y cuidado ético en todos los niveles de la sociedad y el Estado, que garanticen una vejez digna y respetuosa, con la participación activa de todos los actores sociales y políticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M (2020) Las corrientes bioéticas en el tratamiento al adulto mayor en Placetas. Retos para su transformación. Revista Nov Pob vol.16 no.32 La Habana jul.-dic. 2020 Epub 30-Mar-2021. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000200297
- Benavides Z. (2009) A. La bioética y el adulto mayor. Horizonte Médico Lima). 2009. Vol. 9 Núm. 2 Julio Lima– Diciembre. Disponible en URL: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/189>

- Berlinger N (2021) Bioethics and Gerontology: The Value of Thinking Together. Oxford journal of Gerontology. Dec 24;62(8):1097–1103. doi: [10.1093/geront/gnab186](https://doi.org/10.1093/geront/gnab186) Disponible en URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9451011/>
- Carrasco, M. (2022). Las corrientes bioéticas en el tratamiento al adulto mayor en Placetas. Retos para su transformación. Cuba. Disponible en URL: <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/462>
- Carrizales, D., Fernández, V., Varón, M.(2017) Bioética para el cuidado del adulto mayor hospitalizado con cáncer. Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo. Julio - Diciembre; Vol. 2; N° 28. Disponible en URL: https://www.academia.edu/102526658/Bio%C3%A9tica_para_el_cuidado_del_adulto_mayor_hospitalizado_con_c%C3%A1ncer?uc-sb-sw=105999781
- Daichman, L.(2010) Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría. Chile. 2001. Acta bioeth. [online], vol.7, n.1, pp.121127. Disponible en URL: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2001000100009&script=sci_abstract
- Fajardo O. (1971) El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. Rev. Méd IMSS., 29, pp. 55
- Franco P., Z. (2009) La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. B. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Colombia. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a06.pdf>
- García, H., Cantú-Martínez, P.(2023) Interacciones bioéticas: el arte del buen trato al adulto mayor. Rev. Colomb. Bioét. vol.18 no.1 Bogotá Jan./June. Disponible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S190068962023000100003&script=sci_arttext
- Garza, K. Y colaboradores (2015). Enmarcando la interfaz del sistema de datos comunitarios. En Actas de la Conferencia HCI Británica de 2015. HCI Británica 2015: Conferencia de Interacción Humano-Computadora Británica. ACM.

- Lara R., C. (2010) La bioética en el cuidado del adulto mayor. Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol 5 N°3. Sección: breves. Disponible en URL: <https://docplayer.es/12212221-La-bioetica-en-el-cuidado-del-adulto-mayor.html>
- Morales González J.A. Y Colaboradores (2011). Principio de ética, bioética y conocimiento del hombre. 1.ª ed, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Oliveira, S.(2020) Aspectos bioéticos de los cuidados de salud a adultos mayores en el final de la vida. Rev. enferm. UERJ ; 28: e47321, jan.-dez. 2020. Disponible en URL: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1116094>
- Otiniano,N.(2014) Principios Bioéticos en el cuidado del Adulto Mayor. Revista de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú:[ht.](http://www.usat.edu.pe/files/revista/flumen/2014-II/articulo5.pdf) Disponible en URL: [tp://www.usat.edu.pe/files/revista/flumen/2014-II/articulo5.pdf](http://www.usat.edu.pe/files/revista/flumen/2014-II/articulo5.pdf)
- Pérez, R., García, J. (2010). Bioética en el adulto mayor. GEROINFO. Publicación de gerontología y geriatría. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2.. Disponible en URL: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-manuela-beltran/cuidado-al-adulto/bioetica-en-el-adulto-mayor/20703274>
- Ríos, A., Rodríguez, J.(2011) Bioética de la investigación en el adulto mayor. Revista de Actualización Clínica Volumen 9. P 399. Bolivia. Disponible en URL: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v09/v09_a05.pdf



Ramón García 78 años y Elizabeth González 54 años. Comparten sus mapas. Miembros Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupano. Coro estado Falcón Venezuela.

**DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
EN ADULTOS MAYORES, SANTA ANA, FALCÓN, VENEZUELA.**

Rivero, Moisés.¹ Henríquez, Andrea.² Valles, Alexandra.³ Velasco, José.⁴

moises_david36@hotmail.com <https://orcid.org/0009-0008-4302-4519>¹
andreapaola181@gmail.com <https://orcid.org/0009-0000-0939-1616>²
vallesalexandra331@gmail.com <https://orcid.org/0009-0006-2019-8933>³
josemiguelvp11@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-7773-4542>⁴

Clínica Popular Tipo III "Simón Bolívar."¹ Consultorio Popular Tipo II Banco Obrero
IV.³ Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. IVSS. Punto Fijo, Estado Falcón.^{2,4}

RESUMEN

La alteración de la función cognitiva, afecta significativamente a la población adulta, convirtiéndose en un problema de salud pública. Objetivo Asociar la relación del deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada en adultos mayores de Santa Ana, Falcón, Venezuela, marzo - septiembre 2024. Metodología: estudio correlacional, descriptivo, no experimental, incluyó 50 pacientes hipertensos, divididos en dos grupos: A: HTA controlada y B: HTA no controlada, se evaluó el deterioro cognitivo a través del Mini-mental test. Resultados: predominó el grupo etario de 65-70 años (38%), sexo femenino 70%, se encontró deterioro cognitivo en la interpretación de resultados en 28% del grupo con HTA controlada mientras que, con HTA no controlada el hallazgo fue de 34%, con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,01$). Conclusión: se establece una correlación importante entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de Santa Ana, Falcón, Venezuela.

Palabras Clave: Deterioro cognitivo, hipertensión arterial, adulto mayor.

**COGNITIVE DETERIORATION ASSOCIATED WITH SYSTEMIC ARTERIAL
HYPERTENSION IN OLDER ADULTS, SANTA ANA, FALCÓN, VENEZUELA.****ABSTRACT**

Cognitive impairment significantly affects the adult population, becoming a public health problem. Objective: To determine the relationship between cognitive impairment and controlled and uncontrolled systemic hypertension in older adults in Santa Ana, Falcón, Venezuela, from march to september 2024. Methodology: This correlational, descriptive, non-experimental study included 50 hypertensive patients, divided into two groups: A: controlled and B: uncontrolled hypertension. Cognitive impairment was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE). Results: The 65-70 age group predominated (38%), with 70% being female. Cognitive impairment was found in 28% of the controlled hypertension group and 34% of the uncontrolled hypertension group, with a statistically significant association ($p = 0.01$). Conclusion: A significant correlation was established between systemic hypertension and cognitive impairment in older adults in Santa Ana, Falcón, Venezuela.

Keywords: Cognitive impairment, high blood pressure, older adults.

INTRODUCCIÓN.

El deterioro cognitivo (DC) se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública, que afecta de manera significativa a la población adulta, esta patología ha sido denominada alteración de la función cognitiva, la cual es más común en la medida que se envejece, debido a la interferencia de diversos factores que pueden acelerar la aparición de estos síntomas. Para eso, es necesario atender su identificación temprana para un control eficaz, identificar el proceso y reducir los riesgos de una posible demencia, que además de ocasionar alteración de la función cognitiva interfiere de manera negativa en las actividades diarias de las personas afectadas (Mejía 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en la actualidad se produce un aumento progresivo del envejecimiento de la población y se tiene previsto que el número de individuos mayores de 60 años aumente de 605 millones a 2000 millones en el año 2050. También se advierte, que un 30 % de personas mayores de 65 años, podría mostrar en algún periodo de su vida síntomas clínicos de DC, siendo necesario brindar atención especializada en el ámbito de la memoria y de los trastornos asociados en este sentido un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años y 27,6% para los de 75 (Sánchez 2023).

DESARROLLO.

Como parte de los cambios relacionados con la edad se reconoce la presencia de aquellos aspectos asociados con el envejecimiento cerebral, sin embargo, cuando estos repercuten en las actividades cotidianas de los adultos, se identifica la presencia de deterioro cognitivo reconocido como un síndrome geriátrico caracterizado por la afección en seis dominios (aprendizaje y memoria, funcionamiento social, lenguaje, función visoespacial, atención compleja y funcionamiento ejecutivo) estas alteraciones se pueden objetivar mediante pruebas neuropsicológicas (Mangone,1998).

Por lo referido, Castro (2012) señala que, los pacientes que presentan DC manifiestan otros síntomas neuropsiquiátricos en los cuales resalta la irritabilidad, ansiedad, apatía, agresividad, además de mostrarse preocupados por sus alteraciones mnemónicas normalmente les cuesta recordar nombres, lugares, actividades realizadas minutos antes y destacan la influencia de la HTA en la magnitud del compromiso cognitivo y la importancia que tienen los equipos de diagnóstico para brindar mayor información a los profesionales tratantes, facilitando así la adherencia al tratamiento de los pacientes, que es uno de los obstáculos en la corrección de los valores tensiionales.

En consecuencia, para Fernández (2010) la identificación temprana del DC se puede detectar a través de pruebas no invasivas como el Mini-mental test, el cual es empleado habitualmente como un instrumento práctico para rastreo inicial de alteraciones cognitivas, al ser un instrumento estandarizado de uso generalizado, también favorece la posibilidad de contar con un parámetro adecuado de comparación entre distintos grupos de trabajo.

Así mismo; González (2018) considera relevante y de gran utilidad la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) que consiste en una prueba breve de 30 preguntas, cuya aplicación lleva alrededor de 10 a 12 minutos y ayuda a evaluar las funciones cognitivas, la prueba evalúa la orientación, la memoria a corto plazo, habilidad visoespacial, habilidades de lenguaje, atracción, denominación de animales, atención y prueba de dibujo del reloj.

Con respecto al tratamiento del DC, se deben buscar fármacos que puedan prevenir o enlentecer a la evolución a demencia, también existen algunos programas de entrenamiento de memoria con técnicas de relajación de repetición de hechos o datos, de imágenes, categorización de la información y uso de reglas nemotécnicas, que pueden ser eficaces como refiere Bonilla (2023).

Es importante resaltar que existen algunos factores de riesgo asociados al DC, la mayor parte de la evidencia se basa en estudios internacionales que podrían no representar la realidad de países latinoamericanos, haciendo énfasis en la obesidad,

inactividad física, tabaquismo, alimentación no saludable y alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular incluyendo la diabetes e hipertensión, disminuyendo la expectativa de vida con el consecuente incremento del número de personas mayores que pueden presentarlo (OPS 2020).

Ahora bien, en relación a los factores que se encuentran vinculados directamente a esta patología, diversos estudios han comprobado que la hipertensión arterial sistémica representa el principal factor de riesgo en la aparición y la evolución del deterioro cognitivo, de hecho, el principal peligro con relación al daño que puede generar en el cerebro es la ocurrencia de un accidente cerebrovascular. De esta forma, se sabe que cerca del 60% de estos eventos se producen en pacientes hipertensos, el riesgo de sufrir un ictus se incrementa 4 veces cuando la presión arterial se encuentra entre valores de 160 a 180 mmHg, y hasta 6 veces si es por encima de 180 mmHg (Ibekwe 2015).

Así que, es considerada la HTA como un importante problema médico y de salud pública, su prevalencia aumenta conforme avanza la edad hasta el punto que más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados. Siguiendo la idea, de acuerdo al séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detención, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, aproximadamente el 30% de los adultos desconoce aún su hipertensión, más del 40% de los hipertensos no están tratados, y dos tercios de los mismos no están controlada en niveles menores de 140/90 mmHg (Cruz, 2019).

Según expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se considera a un paciente hipertenso controlado cuando todos los controles en el término de un año estén por debajo de las cifras de 140/90 mmHg, mientras que, el hipertenso no controlado se establece cuando en el año se alcanza el 60% de valores PA por encima de 140/90 mmHg en un mínimo de cuatro consultas o visitas médicas (Pérez, 2011).

En este sentido, se debe hacer énfasis en que es una de las afecciones medicas primordiales a nivel mundial y desde la década de los 60 se ha reconocido los efectos secundarios sobre las funciones cognitivas, demostrándose en evidencia científica la alteración de razonamiento abstracto. Además, altera la estructura y función cerebrovascular con efectos dañinos a nivel de los vasos sanguíneos donde se producen procesos degenerativos en la pared vascular ocasionando diversas anormalidades neuropatológicas (Zúñiga, 2020).

Para el control de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica con una presión arterial de 140/90 mmHg o superior, suele iniciarse el tratamiento con dos fármacos a la vez, considerando algunos factores como la edad, sexo y a veces ascendencia, presencia de otros trastornos como la diabetes o colesterol elevado, posibles efectos adversos que varían según el medicamento, de esta manera el tratamiento va a depender de la evaluación de cada paciente y la preferencia en la utilización de cada una de dichas familias debe establecerse en función de diversos parámetros (Thomas, 2020).

Contextualizando, la comunidad de Santa Ana de Paraguaná, cuenta con una población de 1432 habitantes y la hipertensión arterial sistémica afecta a un significativo porcentaje de la misma, por lo tanto, es importante estudiar la asociación de esta enfermedad con el deterioro cognitivo, de manera que los pacientes afectados puedan tener un diagnóstico oportuno y una intervención médica adecuada de igual forma fomentar en ellos la importancia del control de la hipertensión arterial sistémica.

Investigaciones previas.

A continuación, se presentan algunos estudios que se han realizado en los últimos cinco años en los cuales se ha ido abordando el deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica como su principal factor de riesgo, encontrando a nivel internacional los siguientes: Ávila (2019), hizo un estudio en Ecuador titulado Frecuencia, factores de riesgo y hallazgos neuroimagenológicos de deterioro

cognitivo leve en pacientes con hipertensión arterial, con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores de riesgo de deterioro cognitivo leve en pacientes con hipertensión arterial.

Este investigador, realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por 310 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial encontraron como resultados edad promedio de 62.2 años, alteraciones neuropsicológicas correspondientes con el diagnóstico de deterioro cognitivo leve en 9,7% de la muestra, el sedentarismo y las cifras de colesterol elevadas se encontraron relacionados con la afección. Las principales alteraciones neuropsicológicas encontradas fueron en la fluidez verbal semántica y en las funciones motoras (movimientos alternos), que las presentaron los 30 pacientes con la entidad.

Por su parte, Moreno (2019) en Perú, hizo el estudio sobre Hipertensión arterial y deterioro cognitivo en adultos mayores en el Hospital Regional Docente de Trujillo, con el objetivo de determinar si la hipertensión arterial está relacionada con el deterioro cognitivo en adultos mayores en el Hospital General Docente de Trujillo, realizó una investigación aplicada con casos control, en una población de 392 pacientes (68 casos y 128 controles).

Los resultados arrojaron que el 60,9% de los pacientes hipertensos presenta mayor riesgo a padecer de deterioro cognitivo, mientras que el 59,1% de los hipertensos no controlados ya lo presenta. Se encontró que en la hipertensión arterial estadio I hubo deterioro cognitivo leve en 38,1% seguido de deterioro cognitivo moderado en el 19%. En el estadio II hipertensión arterial, el 34,4% presentó deterioro cognitivo leve y en el estadio III de hipertensión arterial hubo deterioro cognitivo moderado en 57,1% de los pacientes.

Zúñiga, Hincapié y Salazar (2020) en Ecuador realizaron una investigación denominada, Efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva de pacientes de 45 a 65 años. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador, con la finalidad de determinar el efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva de pacientes de

45 a 65 años. Fue un estudio observacional transversal en el cual se abordó una población de 570 pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del Hospital Luis Vernaza.

El instrumento utilizado estuvo basado en la prueba MoCa en el cual predominó el sexo femenino con 63%, el 93,3% de los pacientes sometidos a la prueba presentó un puntaje menor de 26, el promedio total fue de 18.9 y el 51.6% de los participantes reveló deterioro cognitivo leve. Se obtuvo correlación negativa del 40% (0.40) con p de 0,0015 entre años con hipertensión arterial y el resultado de la prueba MoCA.

Se realizó una búsqueda detallada sobre investigaciones a nivel nacional y regional observando que no se disponen en la literatura estudios que guarden relación con la presente investigación. Partiendo del hecho de que el deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica forman parte de uno de los problemas de salud que se presenta con mayor prevalencia en la edad adulta y aumenta su riesgo con los años, se plantea la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre el deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada en adultos mayores de la comunidad de Santa Ana de Paraguaná, Municipio Carirubana, Estado Falcón, Venezuela?

METODOLOGÍA.

Esta investigación se realizó con el objetivo de asociar la relación del deterioro cognitivo y la hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada en adultos mayores de Santa Ana, Falcón, Venezuela, durante el periodo marzo a septiembre 2024 y se buscó como objetivos específicos: 1.-identificar a las características sociodemográficas de los pacientes del estudio. 2.-determinar el nivel cognitivo de los pacientes hipertensos a través de la aplicación del Mini-mental test y 3.- establecer la asociación entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada.

De manera que, se realizó un estudio correlacional, descriptivo, con diseño de campo, no experimental, la población estuvo conformada por la totalidad de la

muestra, seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, tipo intencional, como criterios de inclusión se tomaron en cuenta pacientes hipertensos de ambos sexos con edades comprendidas entre 50 y 70 años de la comunidad de Santa Ana de Paraguaná, estado Falcón, Venezuela, que autorizaron su participación a través de la firma del consentimiento informado, se excluyeron, pacientes con antecedentes o diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, y de igual forma con diagnóstico de demencia, quedando incluidos 50 pacientes que fueron divididos en 2 grupos, Grupo A: hipertensión arterial controlada y Grupo B: hipertensión arterial no controlada.

Técnica e Instrumento de recolección de datos.

La captación de los pacientes con hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada se llevó a cabo mediante la visita casa a casa, se explicó la finalidad de la investigación y luego de la firma del consentimiento informado, los pacientes fueron divididos en 2 grupos en el Grupo A: HTA controlada, se incluyeron aquellos hipertensos que están en control ambulatorio y que cumplen su tratamiento antihipertensivo de forma regular y en el Grupo B: HTA controlada a aquellos que cumplen tratamiento de forma irregular y no asisten de forma periódica a su control ambulatorio.

A través de la entrevista se llenó la ficha de recolección de datos (anexo 1) que consta de 2 partes, se registraron en una primera parte los datos filiatorios y las características sociodemográficas tales como: Nombre y apellido, edad, sexo, ocupación u oficio, grado de instrucción, antecedentes en relación a la hipertensión arterial sistémica controlada o no controlada. La segunda parte del instrumento obedeció al Mini-mental test, el cual evalúa los siguientes criterios: orientación (autopsíquica, en tiempo y lugar); memoria de corto y largo plazo (fijación y recuerdo diferido); atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal, repetición y articulación y expresión escrita); praxia (por comando escrito y verbal) y habilidad visoconstructiva.

La puntuación total del instrumento es de 30 puntos, siendo normal de 27-30, sospecha patológica 24-26, deterioro 12-23 y demencia de 9-11, es importante mencionar que el instrumento de recolección de datos fue revisado y validado por 3 médicos especialistas en el área de estudio (un psiquiatra, un neurólogo y un internista) y el Mini-mental test. posee validación internacional (Beaman 2004). La información obtenida fue organizada para ser presentada en forma de tablas y analizada utilizando estadística descriptiva específicamente el cálculo de frecuencias absoluta y relativas (porcentajes), de igual manera se utilizó la prueba de independencia del Chi-Cuadrado para determinar la relación entre las variables de estudio, considerando relación estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS.

Fueron evaluados 50 pacientes distribuidos en dos grupos de 25 pacientes cada uno denominados Grupo A: HTA controlada y Grupo B: HTA no controlada, tomando en cuenta los objetivos de la investigación, los resultados se muestran a continuación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la comunidad de Santa Ana de Paraguaná.

Variables	Indicador	Grupo A (N25)		Grupo B (N25)		Total	
		f	%	f	%	f	%
Edad (*) Años	50-54	3	6	4	8	7	14
	55-59	5	10	6	12	11	22
	60-64	5	10	8	16	13	26
	65-70	12	24	7	14	19	38
Sexo	Femenino	19	38	16	32	35	70
	Masculino	6	12	9	18	15	30
Estado Civil	Casado (a)	16	32	12	24	28	56
	Soltero (a)	3	6	9	18	12	24
	Unión libre	3	6	2	4	5	10
	Viudo (a)	3	6	2	4	5	10
Ocupación	Empleado	11	22	6	12	17	34
	Desempleado	14	28	19	38	33	66

Fuente: Autores de la investigación (2024).

En relación a las Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial tal como se puede observar en la tabla 1, hubo predominio del grupo etario de 65 a 70 años para el Grupo A con 24% y el de 60 a 64 años en el Grupo B con 16%, en relación al sexo predominó en ambos grupos el sexo femenino, Grupo A 38% y en el Grupo B 32%, En cuanto al estado civil de los pacientes se puede denotar predominio de casados en ambos grupos Grupo A con 32% y Grupo B con 24%, el 28% de los pacientes el Grupo A están desempleados y el 38% en el grupo B.

Tabla 2. Nivel cognitivo de los pacientes hipertensos a través de la aplicación del Mini-mental test.

Indicador	Grupo A		Grupo B		Total	
	f (n25)	%	f (n25)	%	f (n50)	%
Con deterioro cognitivo	14	28	17	34	31	62
Sin deterioro cognitivo	11	22	8	16	19	38

Fuente: Autores de la investigación (2024).

De acuerdo a la interpretación de resultados después de la aplicación del Mini-mental test., tal como se señala en la Tabla 2, se pudo determinar que 62% de los pacientes estudiados tienen deterioro cognitivo, 28% (14) en el Grupo A y 34% (17) en el Grupo B.

Tabla 3. Asociación entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada.

Variables	Chi-Cuadrado	p Valor	Significación estadística
Hipertensión Arterial vs Deterioro Cognitivo	7,40	0.01	p < 0,05

Fuente: Autores de la investigación (2024).

En la Tabla 3 se muestra la asociación de las variables de estudio las cuales quedaron determinadas por hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada y el deterioro cognitivo encontrando el valor de Chi-cuadrado de Pearson con un valor de p = 0,01 lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa

entre ambas variables, por lo que se acepta la hipótesis alterna en la cual se establece una asociación importante entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en los pacientes pertenecientes a la comunidad de Santa Ana de Paraguaná.

DISCUSIÓN.

La población estudiada estuvo representada por 50 pacientes hipertensos quienes presentaron una edad promedio de 61.61 años, siendo la edad mínima 51 años y la edad máxima 69 años, resultado similar al encontrado por Ávila et al. (2019) en Ecuador, donde la edad promedio fue de 62,2 años. En cuanto al sexo, predominó con 70% el sexo femenino, lo que se relaciona con la investigación de Zúñiga, Hincapié y Salazar (2020) en Ecuador donde se obtuvo 63% de los pacientes hipertensos de sexo femenino, es importante mencionar que los adultos de 60 años y más tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo debido al envejecimiento cerebral y en la población femenina aumenta la vulnerabilidad por el impacto de la menopausia.

De acuerdo a los hallazgos encontrados al evaluar el nivel cognitivo de los pacientes hipertensos a través de la aplicación del Mini-mental test., el 28% de los pacientes con HTA controlada presenta deterioro cognitivo, mientras que en los pacientes con HTA no controlada el hallazgo fue de un 34% para un total de 62% de la población estudiada, estos resultados se encuentran estrechamente relacionados con obtenidos por Moreno (2019) en Perú, quienes encontraron que el 59,1% de los hipertensos no controlados presenta deterioro cognitivo, lo cual indica una frecuencia importante de deterioro cognitivo en pacientes que no mantienen control de la hipertensión arterial sistémica.

Finalmente, al establecer la asociación entre las variables de estudio deterioro cognitivo e Hipertensión arterial sistémica mediante la prueba de chi-cuadrado se logró determinar el valor $p = 0,01$, lo que indica que existe una asociación significativa entre ambas variables, se acepta la hipótesis alterna en la cual se

establece una correlación importante entre la las variables estudiadas en los pacientes pertenecientes a la comunidad de Santa Ana de Paraguaná.

CONCLUSIÓN.

En la población estudiada predominan los pacientes con más de 65 años, sexo femenino, estado civil casado (a), la mayoría actualmente se encuentra desempleado. Se establece una correlación importante entre la hipertensión arterial sistémica y el deterioro cognitivo en los pacientes con hipertensión controlada y no controlada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, J (2019). Frecuencia, factores de riesgo y hallazgos neuroimagenológicos de deterioro cognitivo leve en pacientes con hipertensión arterial. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, núm. 6, pp. 711-722, 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142006/html/>
- Beaman, R (2004). Validación de una versión modificada del Mini-Mental State Examination (MMSE) en español. Envejecimiento, Neuropsicología y Cognición, 11, 1-11. Disponible en URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Validation-of-a-Modified-Version-of-the-Mini-Mental-Beaman-Beaman/d1a18b052e38d98a1ce49e2a557406253c30b68f>
- Bonilla, A (2023). Deterioro Cognitivo leve. Guía de actuación en farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2023. Disponible en URL: <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deterioro-cognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>
- Cruz, J. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Medicina interna de México, 35(4), 515-524. Epub 26 de marzo de 2021. Disponible en URL en: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
- Castro E. (2012). Hipertensión arterial y deterioro cognitivo. En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX

- Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012. Disponible en URL: <https://www.aacademica.org/000-072/175>
- Fernández, A. (2010). Demencias e imagen: lo básico Servicio de Radiología, Hospital Quirón, Valencia, España, Elsevier Vol. 52. Núm. 1. Páginas 4-17 (enero - febrero 2010) Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-demencias-e-imagen-lo-basico-S003383380900215X>
- González, F (2018). Validez de la prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como una herramienta de screening para detectar Deterioro Cognitivo Leve en población de Buenos Aires, Argentina. Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 261-269 262. Disponible en URL: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/download/300/241/326>
- Ibekwe R. (2015). Factores de riesgo modificables de hipertensión y perfil sociodemográfico en Oghara, estado del Delta; Prevalencia y correlaciones. Anales de investigación médica y en ciencias de la salud, 5(1), 71–77. Disponible en URL: <https://doi.org/10.4103/2141-9248.149793>
- Mangone, A (1998) El “Mini-Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración. Rev. Neurol. Arg. Vol. 24 Núm. 1, Año 1999. Disponible en URL: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-cordoba/neuropsicologia/mmse-allegri-y-cols1998-el-mmse-en-argentina-instrucciones-para-su-administracion/17420181>
- Mejía, S (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Pública de México, 49(Supl. 4), s475-s481. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006&lng=es&tlng=es.
- Moreno, P. (2019). Hipertensión arterial y deterioro cognitivo en adultos mayores en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias médicas, Perú. Disponible en URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40412>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020. 1, Introducción. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583455/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Hipertensión. Disponible en URL: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
- Pérez, M. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Revista Cubana de Medicina, 50(3), 311-323. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&lng=es&tlng=es.
- Sánchez, G (2023). Hipertensión arterial y deterioro neurocognitivo: una relación bidireccional. Síndrome Cardiometabólico Y Enfermedades Crónico Degenerativas, 11(1). Disponible en URL: https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_sc/article/view/25446
- Thomas U. (2020). Guías de práctica global para la hipertensión de la Sociedad Internacional de Hipertensión de 2020 Volumen 75, Número 6 Sociedad Internacional de Hipertensión. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1161/HIPERTENSIONAHA.120.15026>
- Zúñiga, G. (2020). Efecto de la hipertensión arterial en la función cognitiva de pacientes de 45 a 65 años. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador. Archivos de cardiología de México, 90(3), 284-292. Epub 23 de octubre de 2020. Disponible en URL: <https://doi.org/10.24875/acm.20000350>

Anexo 1

**DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN
ADULTOS MAYORES, SANTA ANA, FALCÓN, VENEZUELA.**

Autores: Rivero, Moisés. Henríquez, Andrea. Valles, Alexandra.
Velasco, José.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características Sociodemográficas:

1-Datos Filiatorios:

Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____
 Estado Civil: Casado (a) _____ Soltero (a): _____ Viudo (a): _____ Unión libre: _____
 Procedencia: Rural: _____ Urbana: _____
 Nivel de Instrucción: Primaria: _____ Secundaria: _____ Universitaria: _____ Ninguna: _____
 Ocupación: Empleado (a): _____ Desempleado (o): _____

2- Diagnóstico:

Hipertenso (a): Controlado _____ No controlado _____

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

(Beaman, R. y Col 2004).

FICHA N°

Nombre del Usuario:	Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:			
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:
			Aplicado por:

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO

0

1

En qué Día estamos (fecha):		
En qué mes:		
En qué año:		
En qué día de la semana:		
¿Qué hora es aproximadamente?		

PUNTUACIÓN (máx. 5)

ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO

0

1

¿En qué lugar estamos ahora?		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		
¿Qué barrio o parroquia es este?		
¿En qué ciudad estamos?		
¿En qué país estamos?		

PUNTUACIÓN:(máx. 5)

MEMORIA

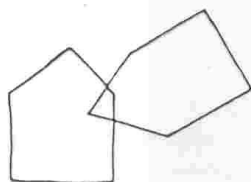
CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".

*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las

palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez": "TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
LECTURA.	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		

ESCRITURA.	0	1
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.	0	1
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)



FIRMA DEL EVALUADOR: _____

PUNTUACIONES DE REFERENCIA:

27- 30	Normal
24 – 26	Sospecha Patológica
12-23	Deterioro
9-11	Demencia

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS: En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla.

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0



William Montilla 70 años. Miembro Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupano. Coro estado Falcón Venezuela.

EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES DEL SECTOR SALUD SOBRE EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD, 2025.

Flores Alan¹; Estrada Carolina²; Fernández Luis³; Reyes Vianney⁴.

fr202442836@alm.buap.mx

<https://orcid.org/0009-0005-8152-2357> ¹

eh202425415@alm.buap.mx

<https://orcid.org/0009-0003-7306-1058> ²

luis.fdzloyo@correo.buap.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6215-2956> ³

vianney.reyesor@correo.buap.mx

<https://orcid.org/0009-0007-1357-212X> ⁴

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
Licenciatura en Gerontología - Facultad de Enfermería.

RESUMEN

La transición demográfica que enfrenta México representa un desafío creciente para el sistema de salud. En este contexto, el síndrome de fragilidad adquiere importancia debido a su impacto en la calidad de vida de las personas mayores, al incrementar el riesgo de dependencia, hospitalización y mortalidad. Objetivo: El objetivo del estudio fue analizar las percepciones y conocimientos que poseen los estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería (2025) sobre el síndrome geriátrico de fragilidad. Metodología: Se empleó un enfoque cualitativo con diseño narrativo, siguiendo la propuesta de Núñez (1992), mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, utilizando la técnica de bola de nieve e incluyendo estudiantes con experiencia previa en el cuidado de personas mayores. Resultados: Se identificaron estereotipos negativos y confusión respecto al diagnóstico diferencial entre el proceso de envejecimiento y el síndrome de fragilidad. Conclusiones: Se reconocieron necesidades formativas, diversas estrategias de intervenciones y recursos orientados a fortalecer la capacitación geriátrica en la práctica de enfermería.

Palabras clave: Envejecimiento, fragilidad, síndromes, personas mayores, educación.

EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF HEALTH SECTOR STUDENTS ON FRAILITY SYNDROME, 2025.

ABSTRACT.

The demographic transition facing Mexico represents a growing challenge for the healthcare system. In this context, frailty syndrome becomes significant due to its impact on the quality of life of older adults, increasing the risk of dependency, hospitalization, and mortality. Objective: The objective of this study was to analyze the perceptions and knowledge of eighth-semester nursing students (2025) regarding geriatric frailty syndrome. Methodology: A qualitative approach with a narrative design was employed, following the proposal of Núñez (1992), through semi-structured interviews and focus groups. The sampling method was non-probabilistic, using convenience sampling and the snowball technique, including students with prior experience in elderly care. Results: Negative stereotypes and confusion regarding the differential diagnosis between aging and frailty syndrome were identified. Conclusions: Educational needs, various intervention strategies, and resources were recognized to strengthen geriatric training in nursing practice.

Keywords: Aging, frailty, syndromes, older adults, education.

INTRODUCCIÓN.

México se encuentra en una transición demográfica acelerada, caracterizada por el incremento sostenido de la población en personas mayores. En 2024, las personas mayores de 60 años representan el 12.9% de la población total, y se proyecta que esta cifra alcanzará el 25% para el año 2050 (Conferencia Interamericana de Seguridad Social Bienestar, 2024). Este cambio plantea desafíos importantes para el sistema de salud, especialmente en la atención geriátrica, donde condiciones como el síndrome de fragilidad requieren una atención especializada y diferenciada.

Al respecto, el síndrome de fragilidad es un síndrome geriátrico reconocido por su complejidad clínica y su carácter multifactorial. No se trata de una enfermedad específica, sino de una condición que surge de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, y que se manifiesta en la pérdida de fuerza, resistencia y funcionalidad. De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica (2024), se define como un estado de mayor vulnerabilidad fisiológica que aumenta el riesgo de dependencia, hospitalización y muerte.

A pesar de su relevancia, frecuentemente es subdiagnosticado o confundido con procesos normales del envejecimiento o con otras patologías crónicas. En la práctica educativa, se ha identificado que los estudiantes de enfermería presentan dificultades para diferenciar el síndrome de fragilidad de otras condiciones clínicas, lo que limita su capacidad de detección oportuna y manejo adecuado. Lo anterior está relacionado a diversos estereotipos negativos hacia el envejecimiento y/o edadismos presentes en las personas mayores que generan una percepción de “normalidad” ante las diversas condiciones de salud de este grupo etario. Este desconocimiento impacta directamente en la calidad de atención brindada a las personas mayores, ya que impide una intervención integral, preventiva y centrada en el paciente.

Aunque existen estudios internacionales que abordan el síndrome de fragilidad desde el ámbito clínico, son limitados los trabajos que exploran el conocimiento y la preparación de los estudiantes de enfermería sobre esta condición. Según el Silver

Book II: Frailty (2021) de la British Geriatrics Society, a menudo la fragilidad se malinterpreta, ya que el grado de riesgo subyacente no se reconoce ni se aborda adecuadamente.

En segundo lugar, esta preferencia por un enfoque estrecho y basado en la enfermedad significa que, en el mejor de los casos, la idea de la persona en su totalidad se considera una cuestión que compete a otros profesionales de la salud y, en el peor, una cuestión de "consideraciones sociales" que no está legítimamente dentro del ámbito de competencias de la subespecialidad que trata su problema.

Por otro lado, en la investigación de la Universidad Científica del Sur, nos dice que los principales estudios sobre fragilidad se han realizado en base a una muestra poblacional que no necesariamente pertenece a ALC, y, cada población a nivel mundial presenta características diferentes que pueden modificar positiva o negativamente las consecuencias de cualquier condición clínica, por lo que la investigación científica debería ser una de las bases para afrontar esta nueva demanda en salud.

De ahí surge la necesidad de investigar cómo los estudiantes de octavo semestre de enfermería comprenden y abordan el síndrome de fragilidad, qué herramientas se posee y qué tipo de intervenciones son capaces de plantear. Por eso, esta investigación busca analizar los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes de enfermería frente al síndrome de fragilidad, identificando áreas de oportunidad en su formación.

Para ello, se emplea una metodología cualitativa basada en entrevistas y revisión documental. Los hallazgos podrán fortalecer los programas educativos, impulsar proyectos comunitarios dirigidos al adulto mayor y sensibilizar a los futuros profesionales sobre el impacto físico, emocional y social de esta condición. En última instancia, esta investigación beneficiará tanto a los estudiantes de enfermería, al enriquecer su formación profesional, como a los adultos mayores, quienes recibirán una atención más empática, oportuna y centrada en sus necesidades reales.

•Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las percepciones y conocimientos que se tienen sobre el síndrome de fragilidad en la formación de los estudiantes de enfermería?

•Objetivo general

Analizar las percepciones y conocimientos que se tienen sobre el síndrome geriátrico de fragilidad en los estudiantes de 8° semestre de la licenciatura en Enfermería 2025.

Objetivos específicos

1. Explorar los conocimientos que los estudiantes de 8° semestre han tenido en torno al síndrome geriátrico de fragilidad.
2. Indagar en las percepciones que mantienen los estudiantes respecto a los estereotipos negativos hacia las personas mayores.
3. Identificar las estrategias y herramientas que los estudiantes emplean para abordar la atención de personas mayores con síndrome de fragilidad.
4. Identificar los retos y dificultades percibidos por los estudiantes al brindar atención a personas mayores con síndrome de fragilidad.

Referencia teórica sustentadora.

Para comprender cómo se forman las percepciones de los estudiantes de Enfermería en torno al síndrome de fragilidad, es necesario partir de una perspectiva que reconozca el conocimiento como una construcción social, situada y mediada por procesos formativos. En este sentido, se retoma el enfoque de Núñez (1992) quien desde la teoría narrativa plantea que la educación no debe entenderse únicamente como acumulación de datos, sino como un proceso estructural que condiciona las oportunidades, las decisiones y las formas de interpretar la realidad. Núñez desarrolla un análisis crítico sobre la educación como elemento estratégico para el desarrollo económico y social, y subraya la

necesidad de comprender no sólo cuánto se aprende, sino cómo se aprende, en qué condiciones y con qué significados.

Desde su perspectiva, el conocimiento no es neutro ni lineal: constituye un recurso social con implicaciones éticas, culturales y políticas. En esta investigación, su enfoque nos permite reconocer que los discursos, las experiencias y las representaciones que los estudiantes construyen en su formación son parte de ese capital formativo, este marco resulta clave para explorar cómo los estudiantes de enfermería asimilan y reproducen conscientemente o no ciertas ideas sobre la fragilidad y cómo su formación influye en la forma en que identifican y abordan esta condición en sus prácticas clínicas.

Adoptar una este enfoque narrativo permite ir más allá del dato técnico: favorece la reflexión crítica sobre el propio aprendizaje, reconociendo la influencia de estigmas, creencias y estructuras formativas. De este modo, el conocimiento puede convertirse en una herramienta transformadora que impulse prácticas de atención más humanizadas, empáticas y éticamente conscientes.

METODOLOGÍA UTILIZADA.

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño narrativo. Este diseño permite explorar las experiencias y percepciones de los estudiantes a través de sus relatos y vivencias personales en contextos académicos y clínicos, facilitando una comprensión profunda del síndrome de fragilidad desde su mirada en formación.

Criterios de inclusión.

- Hombres y Mujeres que sean estudiantes de enfermería cursando el 8° semestre.
- Que estudien en una universidad pública.
- Estudiantes con conocimientos previos sobre el cuidado de las personas mayores.

- Estudiantes que tengan conocimiento previo sobre el síndrome geriátrico de fragilidad a través de su formación académica
- Estudiantes que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Estudiantes de otros semestres diferentes al octavo semestre.
- Estudiantes que se encuentren realizando su servicio social o prácticas profesionales fuera de la facultad, lo que dificulta su acceso al estudio.
- Estudiantes que no hayan cursado previamente asignaturas relacionadas con el adulto mayor o geriatría, limitando su comprensión sobre el síndrome de fragilidad.
- Estudiantes que no estudien en una universidad pública.

Criterios de eliminación:

- Estudiantes que abandonen voluntariamente el estudio durante el proceso de recolección de datos.
- Estudiantes que durante la convocatoria no se encuentren disponibles presencialmente ni por medios virtuales, dificultando su inclusión en la recolección de datos.
- Estudiantes que no tengan disposición de tiempo y capacidad para compartir su experiencia relacionada con el síndrome de fragilidad.

Muestreo.

No probabilístico por conveniencia a través de la técnica de tipo bola de nieve, una estrategia útil para acceder a poblaciones específicas o difíciles de identificar a través de métodos más estructurados, comenzando con una poca cantidad de participantes que cumplan los criterios de la investigación, para posteriormente estos mismos participantes recomienden o refieran a otros posibles participantes que también cumplan con dichos criterios.

Instrumentos.

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a profundidad, para explorar percepciones, creencias y conocimientos de los participantes respecto al tema del síndrome de fragilidad.

Delimitación espacio temporal.

El estudio fue realizado de forma remota entre junio y agosto del año 2025 con estudiantes de octavo semestre de enfermería.

Participantes.

Se contemplan a una cantidad de estudiantes participantes, entre 8 a 12 personas de las cuales sean inscritos activos de octavo semestre en la licenciatura en enfermería y tengan conocimientos sobre las personas mayores, envejecimiento y síndromes geriátricos

Procedimiento.

Se elaboró un protocolo de investigación que integra el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, el marco teórico, la metodología y los aspectos éticos, funcionando como documento base para la ejecución del estudio. Este protocolo fue enviado al Comité de Bioética para su evaluación y aprobación, con el fin de asegurar el cumplimiento de principios éticos y el respeto a los derechos de los participantes.

Una vez autorizado, se inició la recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería. Los participantes fueron seleccionados conforme a criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. A cada estudiante se le explicó el propósito del estudio, se garantizó la confidencialidad y se enfatizó la participación voluntaria, obteniendo el consentimiento informado correspondiente.

Las entrevistas, previamente validadas como instrumento de recolección, permitieron obtener información sobre los conocimientos, percepciones y experiencias de los estudiantes respecto al síndrome de fragilidad. Posteriormente,

se transcribieron los materiales y se realizó un análisis mediante codificación abierta, axial y selectiva para identificar categorías y relaciones emergentes. Todo el proceso analítico se efectuó con apoyo del software Atlas.ti versión 9, lo que facilitó la organización y sistematización de los datos.

Consideraciones éticas.

Normas bioéticas: Esta investigación se llevará a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como lo señalado por la NOM-012-SSA3-2012, la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las disposiciones de la Comisión Nacional de Bioética. El proyecto se desarrollará bajo supervisión académica y metodológica, conforme a los lineamientos de la Facultad de Enfermería de la BUAP.

A cada participante se le explicará de manera clara el objetivo del estudio, el procedimiento a realizar y sus derechos como persona participante. Se solicitará su consentimiento informado por escrito antes de iniciar la entrevista (Anexo 1). Este documento será leído en voz alta, firmado y se le entregará una copia del consentimiento para su conocimiento y claridad sobre su participación voluntaria. En todo momento se les recordará su derecho a retirarse sin consecuencias y a formular preguntas que serán respondidas de forma respetuosa.

Desde el plano de bioseguridad, aunque el estudio no implica contacto con muestras biológicas ni procedimientos invasivos, se mantendrán condiciones de higiene, privacidad y cuidado durante las entrevistas, incluyendo el uso opcional de cubre bocas, ventilación del espacio y respeto a las medidas de salud vigentes. En todo momento se respetarán las condiciones y características de las personas, sin hacer ninguna distinción por sexo, raza, género, lengua, etc; y se guardará la confidencialidad correspondiente para generar un ambiente de confianza con las personas participantes.

Riesgos: La participación en esta investigación no implica ningún riesgo físico o emocional. Sin embargo, se reconoce que algunas preguntas podrían

percibirse como personales o generar incomodidad. En todo momento, las personas participantes podrán omitir cualquier pregunta que no deseen responder o retirarse del estudio sin consecuencias. Se priorizará la dignidad e integridad de las personas participantes, reconociendo sus experiencias vividas como fuente de conocimiento y fortaleciendo una práctica investigativa ética, responsable y humanizada.

Confidencialidad: Se garantiza confidencial y anonimato de la información usada para los fines del estudio; las entrevistas serán grabadas únicamente con autorización expresa de los participantes y almacenadas en un dispositivo seguro, con acceso restringido. Una vez finalizada la recolección y el análisis de los datos, las grabaciones de audio y los consentimientos firmados serán eliminados de forma definitiva. Las transcripciones serán resguardadas solo hasta la entrega del informe final, y posteriormente serán destruidas, garantizando así la protección total de la identidad de los participantes.

El presente trabajo de investigación fue dictaminado favorablemente por los Comités de Bioética y Bioseguridad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla con asignación de folio N°SIEP/BIO/INV/170/2025

RESULTADOS OBTENIDOS.

En el presente estudio se incluyeron ocho estudiantes de octavo semestre de la licenciatura en Enfermería. Seis mujeres y dos hombres, bajo un enfoque cualitativo, con un diseño narrativo. Este diseño permite explorar las experiencias y percepciones de los estudiantes a través de sus relatos y vivencias personales en contextos académicos y clínicos, facilitando una comprensión profunda del síndrome de fragilidad desde su mirada en formación.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Nombre	Género	Edad	Semestre
Ricardo	Masculino	27	Octavo
Valeria	Femenino	21	Octavo
Elisa	Femenino	21	Octavo
Ana	Femenino	23	Octavo
Rosa	Femenino	21	Octavo
Gabriela	Femenino	23	Octavo
Dana	Femenino	22	Octavo
Emilio	Masculino	22	Octavo

Fuente: Elaboración propia (2025)

En conjunto se realizó un análisis temático a partir de las categorías encontradas en esta investigación. las cuales son; Procesos formativos en torno al envejecimiento y la fragilidad; Experiencias formativas en el ámbito clínico y por último Impacto sobre el síndrome de fragilidad en la atención

Procesos formativos en torno al envejecimiento y la fragilidad.

En esta categoría se representan los conocimientos significativos que se tienen ante el envejecimiento y el síndrome de fragilidad; a partir de las percepciones de su mismo entorno educativo en la realización de un diagnóstico diferencial y tratamiento, de esta forma se conceptualiza al envejecimiento en la siguiente cita: “Los cambios durante toda la parte de su salud. O sea, englobando la parte del estado biológico, psicológico y algunas otras” (Dana, 2025).

La respuesta evidencia que se percibe al envejecimiento como un conjunto de cambios de salud que abarcan dimensiones biológicas, psicológicas, entre otras esferas; integrándolas a una visión amplia de este proceso. Por otro lado, el síndrome de fragilidad se visualiza de la siguiente manera: “Eh pues el síndrome de la fragilidad podría ser, eh todo ese conjunto, eh de procesos que suceden durante la vejez en la que se pierde la capacidad para hacer muchas cosas en la vida” (Ana, 2025).

Analizando la cita anterior, se considera a la fragilidad como un proceso adquirido y consecuente en la vejez. Por lo anterior es relevante hacer un diagnóstico

diferencial, ante adversidades, siendo la sarcopenia uno de los síndromes mayormente relacionados con la fragilidad, en donde se procedió a indagar dichas diferencias, siendo este el testimonio de un estudiante: “Pues el síndrome de fragilidad básicamente es esta parte del deterioro de la propia persona dependiendo de su edad. Y la sarcopenia tengo entendido que es la parte de la pérdida de masa muscular. Entonces pues básicamente es que una se basa en un solo sistema, el sistema musculoesquelético y el otro pues no. El otro engloba más que eso y es lo que hace que sea como dentro de sus esferas como tal” (Emilio, 2025)

Dicho lo cual, se observa una relación entre una comorbilidad y la edad de las personas, si bien la sarcopenia es bien definida, también se interpreta al síndrome de fragilidad como un conjunto de esta misma, aunado a esto, identificar los síntomas con exactitud son la clave para un buen diagnóstico, tal y como lo muestra en el siguiente fragmento: “Mmm, ah, la verdad si no recuerdo, eh no sé si dentro de ellos estaba, por ejemplo, eh la depresión. Pero sí, no recuerdo síntomas específicos” (Ricardo, 2025).

En los resultados se observa la vinculación de la dependencia hacia otras personas, con un mayor riesgo de síntomas depresivos, sin embargo, esto depende de la intervención y el tratamiento sé que le dé al paciente, una cita de ello es: “El apoyo también nutricional y psicológico, para que no se vea afectado como tal el adulto mayor en otras capacidades” (Dana, 2025).

Se presentan factores básicos en la atención, específicamente la parte psicológica, dando pauta a un enfoque intrínseco en donde se aborden las 3 esferas, conjunto a esto, se necesita localizar el foco de fragilidad y con base a esto actuar para pasar a un envejecimiento saludable, en donde se visualiza de la siguiente forma: “Una persona que sea completamente independiente en sus actividades del día a día o que requiera muy poca ayuda y pues igual, si no tiene, o tiene alguna enfermedad que sea controlada” (Gabriela, 2025).

De esta forma se visualiza al envejecimiento saludable como la estabilidad funcional de una persona, caracterizado por independencia en sus actividades de la

vida diaria y un adecuado control de sus enfermedades crónicas degenerativas. Finalmente, se indagó a los participantes sobre la condición en la que se encuentran sus conocimientos respecto al tema, siendo esta una de las citas: “Yo creo que es importante que se instruya más a los enfermeros que ya están trabajando más con adultos mayores porque muchos desconocen que ya todo está más actualizado y pues no saben cómo tratarlos o si los tratan mal al final de cuentas” (Gabriela, 2025).

Se presenta la iniciativa de para la capacitación del personal del área de la salud puesto que muestran que es componente indispensable para lograr un trato digno hacia las personas mayores y no exista un sesgo ante su diagnóstico, dejando en reflexión la importancia de visibilizar el envejecimiento.

Experiencias formativas en el ámbito clínico.

La categoría engloba el significado y la importancia de las prácticas profesionales de los estudiantes como parte fundamental de su desarrollo profesional ya que constituye un espacio de aprendizaje situado donde el estudiante no solo aplica conocimientos técnicos, sino que pone a prueba sus propios juicios, inseguridades y limitaciones. En testimonios de los estudiantes refirieron: “Realmente en la práctica profesional como tal no he tenido un acercamiento con un adulto con ese síndrome.” (Ricardo, 2025)

“No note como que eh se en que haga algo, pero pues igual son los cuidados generales.” (Gabriela, 2025). Sin embargo, los estudiantes no han obtenido un acercamiento adecuado para atender el síndrome, aunado a la falta de experiencia que a su vez genera emociones y sentimientos en los estudiantes, como se refleja los comentarios a continuación: “Puede ser en la parte emocional también, porque muchos de estos pacientes, si tú les llegas a hablar de cierta forma, les puede afectar su equilibrio emocional.” (Emilio, 2025). “Principalmente para cuando tratas a los pacientes que no tienen algún acompañamiento y que quieras realizar algo más eh pues en ayuda a él, pero pues no se puede.” (Gabriela, 2025).

Tal como señalan los participantes, se manifiesta la sensación de limitación en la práctica, al no poder brindar la ayuda que consideran necesaria y genera en ellos diversas emociones y sentimientos debido a que no han obtenido un acercamiento adecuado para atender el síndrome, evidenciando cómo la inexperiencia en la atención del síndrome de fragilidad se traduce en inseguridad y frustración.

Estos, elementos que impactan tanto en la relación con el paciente, la atención centrada en la persona y en el proceso de aprendizaje clínico. Identificando estas mismas problemáticas por parte de los propios estudiantes comentaron también ideas para combatir esta falta de conocimientos como: “Lo que es la educación para para todos y principalmente para nosotros como futuros profesionales de la salud, ya que pues es un tema que vimos, pero lo hemos dejado como que al aire libre.” (Elisa, 2025) “A veces pues llega un adulto mayor y no hay donde atenderlo porque no hay esté... profesionales geriátricos y pues ni, ni consultorios donde se puedan atender.” (Ana, 2025).

La presencia del entusiasmo por parte de los estudiante sobre la atención a las personas mayores es un aspecto el cual debe ser alentado en su proceso profesional de educación práctica y teórica, sin embargo la percepción de limitaciones estructurales en el sistema del sistema de salud, la poca cantidad del personal de salud capacitado para la atención de las personas mayores y la ausencia de espacios adaptados para una atención centralizada e individualizada de calidad se suman a las barreras que imposibilitan una preparación adecuada para su futuro profesional. Es por ello que estas observaciones ponen en evidencia que la formación no depende únicamente de la motivación estudiantil, sino también de la existencia de una red multifactorial que integre la educación universitaria, la infraestructura y el personal capacitado.

Impacto del síndrome de fragilidad en la atención.

El síndrome de fragilidad representa un desafío significativo tanto para los pacientes como para los profesionales que atienden, generando múltiples repercusiones emocionales, psicológicas y ambientales que influyen en la calidad del

cuidado. A partir de los testimonios analizados, se identificaron dimensiones principales que evidencian cómo este síndrome afecta la práctica asistencial y el entorno de atención.

Los participantes destacaron que el síndrome de fragilidad genera un fuerte componente emocional en los pacientes, quienes experimentan sentimientos de tristeza, frustración y vulnerabilidad ante la pérdida de autonomía. Tal como se expresa en uno de los testimonios: "También puede ser la ergonomía de ciertos movimientos de ellos mismos. Hasta cierto punto igual ver cómo son sus movimientos de ellos y si hay ciertos muebles o cosas que estén a su alrededor que le puedan causar algún tipo de daño" (Dana 2025).

Mientras otro subraya la importancia de contar con lugares mejor adaptados, "En esto pues creo que donde por ejemplo tengan cosas tiradas en el suelo y, o sea, de cierta manera también afecta como al aspecto emocional o al energético, diríamos, ¿no? Porque realmente en un ambiente desordenado no tenemos ganas de hacer nada" (Rosa 2025).

Sin embargo, persiste la percepción de que el entorno puede representar un obstáculo, generando frustración al no disponer de los recursos necesarios "A veces no puedes darle lo que necesitan a los adultos mayores, ya sea por la institución o por hasta por los familiares o hasta por el mismo adulto mayor. Y si es a veces sí llega a ser estresante, pero pues es con todos, no solo con los adultos mayores" (Ana 2025).

Finalmente, los testimonios revelan que el síndrome de fragilidad también afecta emocionalmente al personal de salud, quienes enfrentan sentimientos de impotencia y empatía ante las limitaciones de los pacientes. Un participante expresó: "En parte, porque también como personal de salud tenemos ciertos problemas, ¿no? Y que afectan nuestra salud mental y por ende también el trato a un adulto mayor con síndrome de fragilidad puede variar dependiendo de ello" (Ricardo 2025).

Este tipo de experiencias genera una carga emocional significativa, derivada del compromiso profesional y del deseo de brindar una atención óptima aunado a esto el impacto emocional del personal está estrechamente vinculado al contacto continuo con el estado de vulnerabilidad de los pacientes y a las limitaciones del sistema, lo que puede provocar sentimientos de frustración, empatía extrema o incluso desgaste emocional.

Discusión y análisis de los resultados.

Los participantes tienen una comprensión general de la vejez como un proceso irreversible, identificando las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que lo acompañan, según indican los resultados. A pesar de esto, todavía persisten algunas confusiones cuando se trata de diferenciar entre sarcopenia, síndrome de fragilidad y el envejecimiento fisiológico. Esta percepción concuerda con lo que menciona (Moya & López, 2022) puesto que explica que la fragilidad es resultado de procesos fisiopatológicos multisistémicos, y que la reducción de masa muscular es uno de los más relevantes en el contexto del envejecimiento.

A pesar de que los alumnos consiguen reconocer la fragilidad como una disminución gradual de habilidades en la vejez, suelen asociarla directamente con un envejecimiento normativo, peso a esto se demuestra que es necesario fortalecer su preparación en el diagnóstico diferencial y su comprensión ante los procesos fisiopatológicos involucrados.

Otro descubrimiento importante, está vinculado con la importancia de fomentar intervenciones multidisciplinarias que combinan el soporte nutricional y psicológico, así como con la consideración de la independencia y la autonomía como factores fundamentales para un envejecimiento sano. Sin embargo, cuando se llevan estos conocimientos al ambiente clínico, aparecen algunas restricciones: la mayoría de los alumnos no ha tenido una interacción directa con personas mayores en estado de fragilidad, lo cual provoca sentimientos de inseguridad y frustración frente a situaciones en las que sienten que no pueden proporcionar el cuidado apropiado.

Esta circunstancia está relacionada con lo que Guerrero Rojas (2022) planteó, quien subraya que una variedad de factores clínicos y sociodemográficos como la polifarmacia, la pérdida de masa muscular, la falta de nutrición, el deterioro cognitivo, las enfermedades crónicas, tener una edad más avanzada y un nivel educativo reducido, tienen impacto, en la evolución y el desarrollo de la fragilidad. Esto demuestra que lo aprendido en su formación académica no se convierte necesariamente en la capacidad de atención especializada en prácticas, lo cual puede perjudicar la calidad de atención en la relación paciente-personal de salud, que obstaculiza una atención verdaderamente centrada en el ser humano.

Se rectifica, de acuerdo con estudios anteriores, que los factores más importantes vinculados a la fragilidad en personas de edad avanzada son la presencia de comorbilidades, la dependencia en tareas cotidianas esenciales y la aparición de síntomas depresivos. Igualmente, se reconocen elementos de protección como el convivir con familiares y haber realizado trabajos no directivos. Esto implica que la participación en actividades laborales activas desde un punto de vista físico y el apoyo social pueden ayudar a mantener la funcionalidad y autonomía en la etapa de vejez.

Estos hallazgos se articulan con lo descrito por Herrera Pérez (2020) quien encontró una relación significativa entre fragilidad, comorbilidades y síntomas depresivos, destacando además el papel modulador del entorno social en el riesgo de desarrollar fragilidad. En conjunto, los resultados refuerzan la urgencia de implementar estrategias formativas y asistenciales integrales que fortalezcan tanto las competencias teóricas como prácticas de los futuros profesionales de la salud, con el propósito de ofrecer una atención más efectiva, ética y humanizada a la población adulta mayor.

Consideraciones finales.

Se concluye que los estudiantes de octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería enfrentan limitaciones tanto en el acceso a la formación práctica como teórica. Un aspecto importante es la confusión en el diagnóstico diferencial entre

envejecimiento normal, otros síndromes geriátricos como la sarcopenia, y el síndrome de fragilidad.

En su mayoría esta confusión se debe a la gran influencia que tienen los estereotipos asociados al envejecimiento y a su vez estos hacen un conjunto de los conocimientos que aplicarán en sus prácticas profesionales e intervenciones, a lo que nos lleva a una limitación en estas mismas, ya que se presenta que la mayoría de los participantes no se han acercado a la intervención de algún paciente con este síndrome geriátrico de fragilidad. Esto, limita a la construcción de un enfoque clínico claro, presentando la inexperiencia en la práctica profesional de los estudiantes próximos a egresar, sumado a la inexistencia de espacios clínicos especializados para atención integral y la escasez de personal capacitado que eduque y atienda de manera personalizada a las personas mayores.

También, está relacionado con la falta de entornos amigables para las personas mayores, donde es esencial adaptar los espacios para facilitar los procedimientos que se les realicen. Sin embargo, como mencionaron los participantes, es crucial tener un buen entendimiento de estos procesos para evitar posibles negligencias médicas o maltrato debido a la desesperación, tanto del profesional como del usuario. Fomentar una atención integral y multidisciplinaria es fundamental, a pesar de las limitaciones existentes. La disposición de los estudiantes para generar cambios mediante la educación, la concientización y la integración comunitaria es clave para abordar los retos del envejecimiento poblacional.

Por último, este hallazgo destaca la necesidad de reorientar los procesos formativos en enfermería hacia un enfoque centrado en la persona mayor, que esté libre de edadismos y basado en conocimientos especializados sobre el cuidado geriátrico. Esta reorientación debe implicar la integración de enfoques multidisciplinarios y la actualización constante de los contenidos educativos, para garantizar una atención más empática, ética y acorde con las necesidades de las personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acosta-Benito, M. Á., & Martín-Lesende, I. (2022). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Atención Primaria*, 54(9), 102395. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
- Becerra-Partida, E., & Patraca-Loeza, A. (2021). Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. *Revista CONAMED*, 26(1), 42-47. <https://doi.org/10.35366/99127>
- British Geriatrics Society. (2021, 22 de febrero). Silver book II: Frailty. British Geriatrics Society. <https://www.bgs.org.uk/resources/silver-book-ii-frailty>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/leyes/LGS-DOF-07-06-2024.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2025). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5709200&fecha=20/03/2025
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (2024). Envejecimiento, cuidados y seguridad social (Estudios sobre Seguridad Social No. 6). CISS. https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2024/10/ESS-6_Envejecimiento-cuidados-y-seguridad-social_VERSION-WEB.pdf
- Flores, M., Gabriela, V., Guillen, G., & Gabriela, S. (2021). Fragilidad del adulto mayor en América Latina y El Caribe: un análisis bibliométrico. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Científica del Sur]. <https://doi.org/10.21142/tl.2021.1838>
- Gobierno de México. (2025). Guía clínica: Atención a personas con síndrome de fragilidad IMSS-479-11. Instituto Mexicano del Seguro Social. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GRR_0.pdf

- Guerrero-Rojas, G. (2022). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor: Una revisión sistematizada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 29(3). <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/230/126>
- Hernández-González, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es
- Herrera-Perez, D., Soriano-Moreno, A. N., Rodrigo-Gallardo, P. K., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200008&lng=es&tlng=es
- Instituto Nacional de Geriátría. (2022, diciembre). Boletín informativo (Boletín No. 2022-09). Instituto Nacional de Geriátría. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813585/Boletin-2022-09_Interactivo.pdf
- Moya-Moya, E., Herrera-López & López, J., & Pachuco-Flores, A. (2022). Perfil epidemiológico del síndrome de fragilidad en adultos mayores. *Enfermería Investiga*, 7(2), 34-39. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i2.1611.2022>
- Núñez, C. (1992). La narrativa en la enseñanza: una aproximación. *Recerques: Historia, Economía, Cultura*.
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 1 de octubre). Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 28 de abril). Envejecimiento : edadismo [Preguntas y respuestas]. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

- Organización Panamericana de la Salud. (2024, octubre). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos \(Oct., 2024\) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)
- Pacheco, F. D. R., & Salazar, V. G. P. (2020). Grupos focales: Marco de referencia para su implementación. *INNOVA Research Journal*, 5(3), 182–195.
- Secretaría de Salud. (2013, 4 de enero). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284145&fecha=04/01/2013
- Torres-Domínguez, J., Cervantes-Turrubiates, L., Valencia-Collado, A., & Sánchez-Jiménez, A. (2025). Fragilidad y sarcopenia en personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México. *Ciencia y Reflexión*, 4(3), 2000–2018. <https://doi.org/10.70747/cr.v4i3.573>



Marina Ventura 79 años. Presenta reflexiones de libro leído. Miembro Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupano. Coro estado Falcón Venezuela.

**EXPERIENCIAS DE MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA EN DERECHOHABIENTES
DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO, 2025.**

Reyes Ana¹; Fernández Luis²; Reyes Vianney³; Rosas Shakty⁴

rg202454920@alm.buap.mx¹ <https://orcid.org/0009-0005-8892-3858>
luis.fdzloyo@correo.buap.mx² <https://orcid.org/0000-0001-6215-2956>
vianney.reyesor@correo.buap.mx³ <https://orcid.org/0009-0007-1357-212X>
rs202457627@alm.buap.mx⁴ <https://orcid.org/0009-0007-3561-284X>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
Licenciatura en Gerontología - Facultad de Enfermería.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento conlleva transformaciones hormonales significativas, como la menopausia y la andropausia, que impactan en la salud física, emocional y social de las personas mayores. Metodología: Esta investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, tuvo como objetivo analizar la percepción que tenían 3 hombres y 5 mujeres mayores de 60 años, derechohabientes de instituciones públicas de salud en la ciudad de Puebla, sobre dichos procesos. A través de entrevistas semiestructuradas. Resultados: Se profundizó en sus experiencias vividas, identificando los cambios biopsicosociales que han enfrentado, así como las estrategias con las que han resignificado estas etapas desde su contexto sociocultural. Discusión: En este estudio pudimos observar que la menopausia y la andropausia aún son temas desconocidos para las personas mayores y un reto para el sector salud. Conclusión: A través de este estudio se generó información útil para la ampliación de la educación en la salud referente a estos procesos hormonales.

Palabras clave: personas mayores, envejecimiento, menopausia, andropausia, percepción, salud.

**EXPERIENCES OF MENOPAUSE AND ANDROPAUSE IN BENEFICIARIES OF PUBLIC HEALTH
INSTITUTIONS IN MEXICO, 2025.****ABSTRACT**

Introduction: Aging involves significant hormonal changes, such as menopause and andropause, which impact the physical, emotional, and social health of older adults. Methodology: This qualitative research, with a phenomenological approach, aimed to analyze the perception of 3 men and 5 women over 60 years old, beneficiaries of public health institutions in the city of Puebla, regarding these processes, through semi-structured interviews. Results: Their lived experiences were explored in depth, identifying the biopsychosocial changes they have faced, as well as the strategies they have used to reinterpret these stages within their sociocultural context. Discussion: In this study, we observed that menopause and andropause remain largely unknown to older adults and represent a challenge for the health sector. Conclusion: This study generated useful information for the expansion of health education regarding these hormonal processes.

Keywords: older people, aging, menopause, andropause, perception, health.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población es un fenómeno social creciente que plantea nuevos retos y oportunidades. De acuerdo con la (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020), para el año 2030 el número de personas mayores de 60 años superará los 1,400 millones, y se estima que en 2050 esta cifra alcance los 2,100 millones a nivel mundial. Este cambio demográfico resalta la importancia de generar conocimientos que permitan comprender mejor las experiencias de esta población. En este contexto, abordar los procesos de menopausia y andropausia desde una perspectiva cualitativa y centrada en las vivencias de las personas mayores resulta fundamental para avanzar hacia una atención más integral y sensible a sus necesidades.

Con el paso del tiempo, las personas enfrentan nuevas formas de comprender su cuerpo y sus experiencias. Esta etapa puede traer preguntas, dudas y adaptaciones que no siempre se hablan abiertamente, especialmente cuando se trata de los cambios hormonales que ocurren en la vejez, que pueden afectar la salud física y emocional de manera significativa. Con el envejecimiento, los órganos y tejidos del cuerpo humano experimentan alteraciones funcionales. Un evento que impacta de manera significativa en la calidad de vida durante la vejez es el hipogonadismo relacionado con el envejecimiento natural, el cual afecta tanto a mujeres como a hombres. Este proceso se manifiesta como una baja producción de hormonas sexuales, generando consecuencias físicas, emocionales y sociales (Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [UAEH], 2022).

La menopausia representa un punto en el continuo de las etapas vitales de las mujeres, y marca el final de sus años reproductivos. La mayoría de las mujeres experimentan la menopausia entre los 45 y los 55 años (OMS,2024). Para 2030, se estima que más de 1.2 mil millones de mujeres estarán en edad menopáusica (International Menopause Society, 2021). Por otro lado, la andropausia está caracterizada por una disminución en la producción de testosterona (Universidad Rey Juan Carlos [URJC], 2024), la cual ocurre gradualmente a partir de los 40 años.

Aproximadamente el 30 % de los hombres mayores de 50 años presentará síntomas asociados a la andropausia (European Association of Urology, 2022).

La vivencia de estos procesos varía ampliamente según el contexto social, cultural y emocional de cada persona. En este contexto, la presente investigación propone analizar la percepción, el nivel de conocimiento y la actitud que tienen las personas mayores derechohabientes de instituciones públicas de salud en la ciudad de Puebla, que hayan concluido las etapas de andropausia y menopausia respectivamente.

La relevancia de este estudio se fundamenta en la proyección de la (OMS, 2020), que señala que estos problemas de salud serán cada vez más frecuentes a medida que aumente la esperanza y la calidad de vida. A raíz de esta realidad, se vuelve necesario destacar la importancia de comprender dichas experiencias; posmenopausia y posandropausia para visibilizar la importancia de contar con información que permita un avance en las futuras intervenciones con las personas mayores.

Aunque existen investigaciones previas sobre los aspectos médicos y sociales de la menopausia y la andropausia (Rodríguez, 2021; Ramírez, S., Tapia, H. M. B., & Caballero, M. E. H. 2024) es importante destacar que la andropausia ha sido poco abordada desde una perspectiva subjetiva y situada, especialmente desde enfoques cualitativos fenomenológicos que exploren la conciencia vivida en esta etapa. Esta investigación busca llenar ese vacío, con el objetivo de recuperar las voces y significados que las personas mayores les otorgan a estos procesos después de haberlos concluido.

Propósito General:

Analizar la percepción que tienen las personas mayores derechohabientes de instituciones públicas de salud en la ciudad de Puebla sobre la menopausia y la andropausia.

Propósitos específicos del estudio:

- Profundizar en las experiencias vividas por las personas mayores durante la menopausia y la andropausia, a partir de sus propios relatos.
- Identificar los principales cambios biológicos, psicológicos y sociales que las personas mayores relacionan con la experiencia de la menopausia y la andropausia.
- Interpretar las formas en que dichas personas comprendieron y afrontaron estas etapas desde su contexto sociocultural y emocional.
- Generar información significativa que oriente a personas mayores y personal de salud promoviendo una atención más empática, informada y contextualizada.

REFERENCIA TEÓRICA SUSTENTADORA.

La menopausia es una etapa biológica en la vida de las mujeres que marca el fin de la menstruación y de su capacidad reproductiva, ocurriendo generalmente entre los 45 y 55 años como un episodio natural fruto del envejecimiento biológico. Se caracteriza por una disminución en los niveles de estrógeno, lo que provoca una serie de transformaciones físicas y emocionales como sofocos, trastornos del sueño, irritabilidad y alteraciones en el estado de ánimo (OMS, 2024).

Por su parte, la andropausia es un fenómeno relacionado con la disminución gradual de la testosterona en los hombres, con una disminución anual del 1%. (Mayo Clinic, 2022)., un fenómeno natural asociado al envejecimiento que suele comenzar gradualmente entre los 40 y 45 años. A menudo se manifiesta mediante síntomas como fatiga, disminución de la libido y cambios en la masa muscular (URJC, 2024). A diferencia de la menopausia, no representa una pérdida total de la capacidad reproductiva, lo cual, genera diferencias importantes en su percepción y reconocimiento social.

Tanto la menopausia como la andropausia implican transformaciones hormonales que inciden de manera significativa en la salud física, emocional y social de las personas mayores. Aunque ambos procesos comparten ciertos elementos, como la disminución de hormonas sexuales y la presencia de síntomas que alteran la vida cotidiana, existen diferencias importantes en su reconocimiento y vivencia. La menopausia suele ser socialmente identificada como un hito claro del fin de la etapa reproductiva, mientras que la andropausia, al desarrollarse de forma más progresiva, tiende a estar menos visibilizada, lo cual dificulta su identificación, atención y validación tanto médica como social.

Más allá de los aspectos fisiológicos y sociales, resulta necesario incorporar una perspectiva interpretativa que permita comprender cómo estas transformaciones son vividas y significadas por las personas. Desde la fenomenología de Edmund Husserl (1913), la percepción de las experiencias se constituye a través de la conciencia y la intencionalidad, es decir, del acto de dirigir la conciencia hacia los fenómenos que se viven. Esta perspectiva permite comprender cómo las personas atribuyen sentido a sus vivencias corporales, más allá de lo meramente biológico. Retomando esta base filosófica, Merleau-Ponty (1964) amplía la fenomenología hacia el cuerpo vivido, afirmando que el cuerpo no es solo una estructura física, sino una forma de estar en el mundo. Esta visión resulta especialmente útil para analizar cómo las personas mayores experimentan la menopausia y la andropausia, no solo desde los cambios fisiológicos, sino desde su relación subjetiva con el entorno, su identidad y su propio cuerpo.

Así, estos procesos hormonales se viven de manera distinta según el contexto social, cultural, histórico y emocional del individuo. Desde el plano teórico, el estudio se fundamenta en la fenomenología de Edmund Husserl y en la noción de “cuerpo vivido” de Maurice Merleau-Ponty, permitiendo interpretar cómo son experimentados estos cambios hormonales desde la subjetividad. Desde la práctica gerontológica, este trabajo contribuirá al fortalecimiento de un enfoque integral e inclusivo sobre los procesos de menopausia y andropausia en la vejez.

La fenomenología permite comprender cómo estos cambios corporales afectan la percepción personal y social del envejecimiento. A través de este enfoque, es posible analizar el modo en que hombres y mujeres mayores otorgan significado a sus experiencias corporales, y cómo estas experiencias pueden influir en su participación social, su identidad y su sentido de bienestar. Esta mirada también permite identificar las barreras psicosociales que limitan una vivencia plena de esta etapa, como los estigmas asociados al envejecimiento y los roles de género.

En conjunto, la menopausia y la andropausia son categorías fundamentales de análisis para este estudio, pues permiten explorar cómo se construyen y viven estas etapas en relación con la percepción del envejecimiento, el cuerpo y la participación en la vida social. Desde una perspectiva fenomenológica, comprender estas vivencias permite captar los significados profundos que las personas mayores otorgan a su experiencia corporal, afectiva y social, aportando claves esenciales para interpretar su identidad, bienestar y sentido de vida en esta etapa.

La percepción es aquella forma de intencionalidad de la conciencia cuyo papel en el conocimiento es el central. Esta afirmación se desprende de las siguientes consideraciones: la percepción es la forma más elemental de representación, es la forma más propia de conocimiento y se da en ella la certeza. La percepción es lo que da plenitud al conocimiento objetivo. En las síntesis de cumplimiento corresponde a la percepción le corresponde el papel de completar una significación que, desde un principio, apunta al objeto que ella misma presentará.

Aquello que es significado es lo mismo que es percibido, y hay un objeto que guía al conocimiento, haciendo posible que las nuevas determinaciones le sean atribuidas. Husserl distingue en ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica las dos acepciones del término objeto que en la percepción se da con certeza y funda la certeza de los recuerdos, imaginaciones y significaciones de este. La conciencia del mundo es conciencia en el modo de la certeza de la creencia, dice en Experiencia y juicio. La duda, la probabilidad o la pregunta son situaciones provisionales que aguardan alguna certeza para resolverse y a las que acompaña la certeza del acto correspondiente (Husserl, 1983).

METODOLOGÍA UTILIZADA.**Diseño del estudio.**

Se trata de un estudio cualitativo, de tipo descriptivo, con un enfoque fenomenológico, orientado a explorar la percepción que tienen las personas mayores sobre los procesos de menopausia y andropausia. Este enfoque se basa en la comprensión de cómo se viven subjetivamente los cambios corporales, sociales y emocionales en el contexto del envejecimiento.

Población de estudio.

Hombres y mujeres de 60 años y más, que reciban atención médica en alguna institución pública de salud en la ciudad de Puebla durante el mes de diciembre del 2024 al mes de febrero del 2025.

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de 60 años y más.
- Personas derechohabientes de alguna institución pública de salud en la ciudad de Puebla.
- Personas con disposición y capacidad para compartir su experiencia relacionada con la menopausia o la andropausia.
- Personas que afirmaron haber vivido la etapa de menopausia y andropausia.
- Personas que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas con diagnóstico de enfermedad mental severa o deterioro cognitivo.
- Mujeres con menopausia quirúrgica.

Criterios de eliminación:

- Participantes que no concluyan la entrevista o que decidan retirarse voluntariamente en cualquier momento del proceso.
- Personas que no cumplan con los criterios de inclusión después de una revisión más detallada.

Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica de recolección fue una entrevista semiestructurada, ya que permitió explorar en profundidad las experiencias y significados personales desde la voz de los participantes. El instrumento fue una guía de entrevista semiestructurada, compuesta por preguntas abiertas que abordan las vivencias relacionadas con la menopausia (en mujeres) y la andropausia (en hombres). Esta guía está estructurada en torno a las siguientes dimensiones: experiencia corporal, percepción del envejecimiento, cambios emocionales y participación social.

Recolección de datos.

Las entrevistas se realizaron de forma presencial, en un espacio tranquilo y libre de interrupciones. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora. Antes de iniciar, se explicó el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad y el derecho a retirarse en cualquier momento. Las entrevistas fueron grabadas en audio (con autorización expresa) y transcritas de forma literal para su análisis posterior.

Análisis de los datos.

El análisis de los datos se realizó mediante codificación abierta y agrupación temática, conforme al enfoque cualitativo fenomenológico. Se identificó unidades de significado dentro de las narrativas, agrupándolas en categorías que reflejen la experiencia subjetiva de los participantes.

El proceso se desarrolló en tres fases:

1. Lectura completa de las transcripciones.
2. Codificación abierta, localizando frases clave, emociones y temas recurrentes.
3. Agrupación de las unidades en categorías temáticas, interpretadas desde el enfoque fenomenológico, considerando el contexto sociocultural de los participantes.

El análisis se realizó con ayuda del software Atlas ti versión 9 garantizando una lectura cuidadosa y profunda de las experiencias subjetivas de los participantes, este

procedimiento permitió comprender los significados que las personas mayores otorgan a los cambios físicos, emocionales y sociales asociados a esta etapa de la vida.

Consideraciones éticas.

Esta investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como lo señalado por la NOM-012-SSA3-2012, la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las disposiciones de la Comisión Nacional de Bioética. El proyecto se desarrolló bajo supervisión académica y metodológica, conforme a los lineamientos de la Facultad de Enfermería de la BUAP.

A cada participante se le explicó de manera clara el objetivo del estudio, el procedimiento a realizar y sus derechos como persona participante. Se solicitó su consentimiento informado por escrito antes de iniciar la entrevista. Este documento fue leído en voz alta, firmado y posteriormente entregado una copia del consentimiento para su conocimiento y claridad sobre su participación voluntaria. En todo momento se les recordó su derecho a retirarse sin consecuencias y a formular preguntas que serán respondidas de forma respetuosa.

Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada mediante el uso de seudónimos y codificación en los registros. Las entrevistas fueron grabadas únicamente con autorización expresa de los participantes y almacenadas en un dispositivo seguro, con acceso restringido.

Una vez finalizada la recolección y el análisis de los datos, las grabaciones de audio y los consentimientos firmados fueron eliminados de forma definitiva. Las transcripciones fueron resguardadas hasta la entrega del informe final, y posteriormente fueron destruidas, garantizando así la protección total de la identidad de los participantes. Esta investigación no representó riesgos físicos ni emocionales significativos. Desde el plano de bioseguridad, aunque el estudio no implicó contacto con muestras biológicas ni procedimientos invasivos, se mantuvieron condiciones de

higiene, privacidad y cuidado durante las entrevistas, incluyendo el uso opcional de cubre bocas, ventilación del espacio y respeto a las medidas de salud vigentes.

En todo momento se priorizó la dignidad, integridad y autonomía de las personas mayores participantes, reconociendo sus experiencias vividas como fuente de conocimiento y fortaleciendo una práctica investigativa ética, responsable y humanizada. El presente trabajo de investigación fue dictaminado favorablemente por los Comités de Bioética y Bioseguridad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla con asignación de folio N°SIEP/BIO/INV/172/2025

RESULTADOS.

A continuación, se presentan en la tabla los datos sociodemográficos de la población entrevistada. En el caso de las mujeres, participaron cinco adultas mayores con edades comprendidas entre 60 y 80 años. La mayoría reportó haber cursado la educación primaria, seguida por la secundaria, y únicamente una participante indicó contar con formación universitaria de nivel licenciatura. Respecto a los hombres, se entrevistó a tres adultos mayores con edades entre 60 y 90 años. La mayoría señaló haber completado la educación primaria, algunos refirieron estudios de secundaria, y solo uno mencionó poseer estudios de licenciatura.

Tabla sociodemográfica

Nombres	Edad	Sexo	Nivel de estudios
Contreras	76	M	Primaria
Flores	68	M	Secundaria
Cervantes	73	M	Primaria
Cordero	69	M	Sin escolaridad
Loyo	68	M	Licenciatura
Zamora	87	H	Licenciatura
Pérez	82	H	Primaria
García	64	H	Secundaria

Fuente: los autores (2025)

Las categorías generadas a partir del análisis fenomenológico surgieron a partir de las vivencias más significativas que experimentaron las personas mayores al enfrentarse a los cambios relacionados con la menopausia y la andropausia, incluyendo aspectos como desconocimiento inicial y el aprendizaje adquirido, las manifestaciones físicas y emocionales, la relación con la atención médica y los tratamientos, las estrategias personales y sociales para afrontar los cambios; asimismo, se consideraron las experiencias emocionales, físicas y sociales que marcaron este proceso, por último, los aprendizajes que pudieron rescatarse de esta etapa de su vida.

Del desconocimiento al aprendizaje.

Las personas entrevistadas declararon tener poco o nulo conocimiento sobre el tema de Andropausia y Menopausia antes de experimentarla. En su mayoría el aprendizaje fue adquirido conforme a su experiencia propias, por comentarios externos. En las mujeres predominó el desconocimiento inicial, mientras que en los hombres el término “andropausia” resultaba desconocido en la mayoría de los casos. “Antes de cumplir los 40 años... Nada. Lo aprendí después con el tiempo” (Contreras, 2025).

“La verdad yo desconocía que era eso que dices Andropausia, hasta que en una ocasión platicando con una maestra yo le decía que me sentía, medio mal, medio raro y me dijo. Don.... Usted lo que tiene es Andropausia” (García, 2025).

Tal como señalan los participantes muchas personas llegan a esta etapa de la vida desconociendo los cambios que van a experimentar como lo es la menopausia y la andropausia. La mayoría suele aprenderlo ya que lo está viviendo, ya sea por lo que sienten, lo que les dicen los médicos o los comentarios de otras personas. Resulta sorprendente cómo, en general, las mujeres tienen al menos alguna idea de lo que implica la menopausia o que es, mientras que para muchos hombres la palabra “andropausia” es completamente desconocida. Esto muestra la necesidad de hablar más abiertamente sobre estos temas y preparar a las personas para que enfrenten estos cambios con más información.

Lo que siente el cuerpo y la mente.

Los síntomas tanto en hombres y mujeres se manifestaron de manera distintas. En las mujeres, se reportaron bochornos, insomnio, dolor de cabeza, resequedad en piel, caída de cabello, irregularidades menstruales y aumento de peso. También expresaron síntomas de tristeza, enojo, irritabilidad, falta de motivación, en algunos casos se presentaron episodios depresivos. En los hombres se presentó sensación de agotamiento constante, sudoración, disminución del deseo sexual y menor interés en actividades cotidianas. En el ámbito emocional, los participantes mencionaron tristeza, desmotivación, enojo y episodios de soledad.

“Me di cuenta cuando empecé con el síntoma que me dolía mucho la cabeza, el carácter cambia, da sueño, te sientes cansada; pero son síntomas en cada persona” (Contreras, 2025).

“Me empecé a sentir más cansada desanimada, sin ganas de nada, igual de la nada como que me enojaba o me sentía triste” (Zamora, 2025)

“Al principio yo no tenía ya ganas de nada... no tenía ganas de vivir” (Contreras, 2025).

“Me dolía mucho la cabeza y cuando despertaba amanecía muy sudada” (Loyo, 2025)

Conforme a las entrevistas pudimos identificar como el cuerpo y la mente se pueden ver afectados por todos los cambios que hay constantemente en nuestro organismo, observamos que el impacto no solo suele ser físico, si no también emocional y como afectan de manera crucial la vida diaria de las personas que suelen pasar por estas etapas. Por ejemplo, nos mencionan dolores de cabeza, sofocos y cansancio, pero también cómo estos cambios alteran el ánimo y la energía, generando sorpresa o incomodidad, aunque estas emociones no siempre están directamente vinculadas a los síntomas físicos de la menopausia o andropausia, sino que se sincronizan con situaciones personales, como la soledad o pérdidas importantes. Sin embargo, estos procesos también pueden aumentar la sensibilidad de las personas que están pasando estas etapas.

Entre el médico y la experiencia personal.

Las experiencias sobre la atención médica fueron muy variadas. Algunas mujeres recibieron tratamientos hormonales como parches o implantes hormonales, las demás decidieron no buscar ayuda y sobrellevarlo de manera aislada o solo acudieron de manera ocasional, esto nos refleja que cada una de ellas tomo un método diferente de afrontamiento. En los hombres fue muy diferente la mayoría normalizó los síntomas como parte del envejecimiento y no acudió a ninguna consulta, algunos también presentaron incomodidad al hablar de esos temas.

“Pues el doctor me empezó a dar unos parches que me los cambiaban cada 3 días” (Contreras, 2025).

“La verdad yo no quise ir al médico porque para mí fue algo normal y aparte pues no es muy común en hombres ir a checar esas cosas” (Zamora, 2025).

Los comentarios anteriores señalan como la relación con la atención médica está marcada por la percepción personal. Para algunas mujeres, acudir al médico genera seguridad y acompañamiento, mientras que en los hombres predomina la normalización de los cambios y la idea de que no requieren intervención. Esto evidencia que el hecho de no buscar ayuda está influido no solo por los síntomas, sino también por expectativas sociales y creencias sobre la salud y el envejecimiento.

Estrategias para afrontar los cambios.

Tanto hombres como mujeres destacaron que su familia y la fe religiosa fueron apoyos fundamentales que les ayudaron a mantener la resiliencia y a sobrellevar los cambios emocionales de esta etapa. Muchos normalizaron los cambios y los asumieron como una parte más de la vida, manteniendo sus responsabilidades a pesar de las dificultades.

“Yo soy mujer de fe. Y si algo te puedo decir como creyente es que si tú tienes fe en Dios todo te es posible. No hay cosa que tú no puedas hacer” (Contreras, 2025).

“Mi familia fue muy importante en este proceso, yo creo que sin ellos me hubiera vuelto loca” (Cervantes, 2025).

“El continuar haciendo mis labores como trabajar, me servía para poder distraerme y no pensar en eso” (Loyo, 2025)

Los testimonios de los entrevistados mostraron que, frente a los cambios de esta etapa, no estuvieron completamente solos: la fe, la familia y las actividades cotidianas ayudaron para poder estar bien durante este proceso. La espiritualidad aparece como una fuente de fortaleza y confianza, mientras que el acompañamiento de los seres queridos brinda contención emocional. Al mismo tiempo, mantenerse activos en el trabajo o en el hogar les permitió conservar una sensación de normalidad.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Con un enfoque fenomenológico, esta investigación permitió comprender como las personas mayores viven la menopausia y la andropausia no sólo como procesos biológicos sino también con significados sociales y emocionales. En las personas mayores se mostró un desconocimiento inicial en ambos procesos, especialmente sobre la andropausia, que permanece muy poco conocida por la sociedad (World Health Organization, 2024; Mayo Clinic, 2024; Silva Herrera, 2006).

Se identificaron distintos síntomas físicos (sofocos, insomnio, fatiga, disminución del deseo sexual), los cuales no fueron vividos de manera igual, sino que cada persona lo vivió y experimentó de manera distinta, acompañados de síntomas emocionales (estado de ánimo decaído, tristeza, apatía). Estas vivencias se le dio un nuevo significado desde el contexto familiar, la fe y la continuidad de las actividades cotidianas, factores que ayudaron como protectores para poder sobrellevar todos los cambios, creando estrategias de afrontamiento.

Estudios como el de Matud-Aznar, Correa Reverón y García Pérez (2017) muestran que el apoyo social ayuda a disminuir los efectos negativos en la salud de

mujeres durante el periodo perimenopáusico, lo que hace referencia a los que nos platicaron las mujeres entrevistadas donde la familia o la fe actuaron como sostén emocional importante. Asimismo, Larrosa-Domínguez, Tejada Musté y Martorell Poveda (2020) subrayan que los estereotipos culturales influyen en cómo las mujeres interpretan su experiencia menopáusica, generando vergüenza, silencio o resistencia; algo que varios entrevistados manifestaron.

Por otro lado, aunque la andropausia aparece como un “síndrome” con síntomas físicos, hormonales y de ánimo, su reconocimiento social y clínico sigue siendo limitado (Silva Herrera, 2006). En este estudio, los participantes masculinos atribuyeron sus síntomas como una parte normal del envejecimiento, sin ser diagnosticados o tratados por algún especialista.

Un hallazgo relevante es la falta de actualización del sector salud para reconocer, diagnosticar e informar adecuadamente sobre los cambios asociados a la menopausia, la premenopausia, la andropausia y la preandropausia. En los relatos se evidenció que, con frecuencia, los profesionales minimizan los síntomas o los atribuyen al “envejecimiento normal”, sin ofrecer información ni acompañamiento adecuados. Esta situación coincide con lo señalado por Cumming et al. (2006), quienes documentaron que la mayoría de los médicos generales carecen de recursos para poder abordar temas como la andropausia, lo que limita la calidad de la atención ofrecida a los pacientes que están por pasar o pasan estas etapas.

De igual manera, Crandall et al. (2021) dice que una parte del sector salud no se siente preparada para asesorar adecuadamente sobre los cambios asociados a la menopausia, lo que da a demostrar la necesidad urgente de actualizar programas de formación y sensibilización clínica, particularmente en estas etapas. Interpretadas desde la fenomenología (Husserl; la noción de “cuerpo vivido” de Merleau-Ponty), las experiencias relatadas muestran que estos cambios no son únicamente eventos fisiológicos: son fenómenos que afectan la identidad, la autoimagen y la participación social de las personas mayores.

Desde una perspectiva de servicios y políticas públicas, el estudio nos ayuda a identificar la necesidad de fortalecer la educación preventiva (información accesible y temprana dirigida a hombres y mujeres), la capacitación del personal de primer nivel para identificar y abordar síntomas asociados, y la creación de espacios de apoyo familiar como recurso terapéutico. Estas acciones responden a la evidencia sobre la línea creciente del envejecimiento poblacional y a las recomendaciones de organismos internacionales sobre atención integral en salud de personas mayores (World Health Organization, 2024; Mayo Clinic, 2024; MedlinePlus, 2024). En este sentido, tratar la menopausia y la andropausia desde un enfoque biopsicosocial y fenomenológico contribuye a dar a conocer las experiencias de las personas que lo vive.

CONSIDERACIONES FINALES.

La presente investigación permitió comprender como la menopausia y la andropausia no solo son cambios biológicos del envejecimiento, sino procesos que afectan también la esfera biopsicosocial. Además, permitió conocer las experiencias vividas y la importancia de proporcionar información y apoyo adecuado. Los testimonios de las personas mayores entrevistadas revelaron que estos procesos suelen presentarse con una falta de conocimiento al inicio de esta etapa, silencios familiares no siendo muy normal hablar de estos temas, escasa información que es más notoria en el tema de andropausia y así mismos síntomas que fueron enfrentados en soledad, sin ninguna preparación, ni acompañamiento adecuado.

Estos aspectos nos ayudan a entender la importancia de reconocer que la salud no puede enfocarse únicamente desde una visión médica, sino que requiere integrar el ámbito biopsicosocial en el contexto de quienes la viven. El estudio nos demostró las experiencias de cada uno de los participantes como los diversos síntomas presentados. Mientras algunos participantes presentaron manifestaciones físicas, como sofocos, fatiga, alteraciones en el sueño o disminución de la energía vital, otros las identificaron como molestias leves o pasajeras. Estos resultados revelan que

cada persona interpreta y resignifica sus malestares de acuerdo con sus vivencias, creencias y recursos emocionales.

Al mismo tiempo se presentaron los síntomas emocionales como tristeza, apatía, enojo y sensación de soledad, los cuales se relacionan con los síntomas físicos. Así, se confirma que la menopausia y la andropausia son procesos que impactan directamente en la identidad, la autoimagen, en las relaciones, y sobre todo en la percepción de quienes lo viven.

Otro aporte fundamental del estudio fue visualizar la diferencia en el conocimiento de ambos procesos. Mientras que la menopausia es mayor conocida por la sociedad, la andropausia continúa siendo un tema ignorado y muy poco conocido, esto se debe a distintos factores como la falta de información de este tema, la minimización en los síntomas que suelen ser relacionados con parte normal del envejecimiento. Esto es un claro ejemplo de la falta de programas educativos dirigidos específicamente a esta población.

A pesar de las dificultades señaladas por los participantes para ellos fue muy importantes las redes de apoyo por parte de su familia, en continuidad de actividades cotidianas las cuales surgieron como recursos importantes para mantener una sensación de propósito. Estos elementos favorecieron la resiliencia permitiendo a muchas personas enfrentar los distintos cambios sin sentirse cansados por estos procesos. Sin embargo, también se hizo notar la falta de comunicación abierta para tratar con temas como la menopausia y la andropausia esto se puede ver relacionando a los estereotipos y temas tabú, lo que logra que se mantenga estos procesos en silencio.

Tras esta investigación notamos la necesidad de generar espacios de educación y sensibilización dirigidos tanto a hombres como a mujeres antes y durante estas etapas. La preparación anticipada se podría llevar a cabo mediante talleres, materiales educativos impresos y digitales, o campañas de difusión comunitaria, lo que contribuiría a brindar herramientas que permitan comprender y normalizar los cambios biopsicosociales.

Al mismo tiempo, resulta prioritario fortalecer la capacitación del personal de salud en la identificación de síntomas y en un acompañamiento integral, evitando la tendencia a minimizar las experiencias narradas. Esto no solo beneficiaría a la población que atraviesa actualmente estas etapas, sino que también serviría como base para la atención de futuras generaciones.

Para concluir los relatos de las personas mayores nos ayudaron a entender que estos procesos se viven de manera distinta en cada persona, que no solo es un cambio biológico si no que va más allá. Es importante vivir estos procesos con empatía y acompañamiento para vivir un envejecimiento saludable para todas las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Arrondo, J. L., Cuesta, J. A., Grasa, V., Ponz, M., Solchaga, A., Aldave, J., Pascual, I., Napal, S., & Ipiensa, A. (2004). *Andropausia: ¿un síndrome que se debe tratar?* *Revista Internacional de Andrología*, 2(2), 60- 67. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-andropausia-un-sindrome-que-se-13068362>
- Builes Barrera, C. A. (2020). *Andropausia y menopausia: enfermedades o condiciones de la vida*. San Vicente Fundación. Disponible en URL: <https://www.sanvicentefundacion.com/blog/salud/andropausia-y-menopausia-enfermedades>
- Crandall, C. J., Manson, J. E., Hovey, K. M., Kaunitz, A. M., Anderson, G. L., & Shifren, J. L. (2021). *Provider knowledge, attitudes, and practices regarding genitourinary syndrome of menopause: A survey of US health care providers*. *Menopause*, 28(9), 1017–1024. Disponible en URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469937/>
- Cumming, D. C., Wheeler, M. J., & Harbison, L. (2006). *Male androgen deficiency syndrome: Perceptions and practices of physicians in Victoria, British Columbia*. *Canadian Family Physician*, 52(12), 1484–1485. Disponible en URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17178557/>

- Danila, S. T., & Maffia, D. (2021). *¿Es posible una recuperación de la fenomenología desde la filosofía feminista?* Repositorio CONICET Digital. Disponible en URL: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/170916>
- De Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Instituto. (s. f.). *¿Qué es la andropausia?* #SoyHombreYMeCuido. Gob.mx. Disponible en URL: <https://www.gob.mx/issste/articulos/que-es-la-andropausia>
- Ferrer, S. (1987). *La estructura de la percepción según Husserl*. Disponible en URL: <https://share.google/1fykPBK77unktWRGr>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s. f.). *INAPAM* — Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gob.mx. Disponible en URL: <https://www.gob.mx/inapam>
- López, C. (2022). *Subsistema conyugal y andropausia en pacientes del primer nivel de atención en la ciudad de Ambato, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Posgrados]. Repositorio UTA. Disponible en URL: . <https://repositorio.uta.edu.ec/items/983d8665-79e6-4b22-afe4-75537ed3b733>
- Mayo Clinic Staff. (2025). *Comprender el envejecimiento y la testosterona*. Mayo Clinic. Disponible en URL: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/mens-health/in-depth/male-menopause/art-20048056>
- Martín , M. (2024). *Elaboración de elementos educativos para el cuidado en la andropausia*. Trabajo final de grado. BurjC Digital. Disponible en URL: <https://burjcdigital.urjc.es/items/b6e1e44c-3930-4814-a48b-1a71b41a5949>
- MedlinePlus. (2024). *Cambios en la producción hormonal por el envejecimiento*. National Library of Medicine. Disponible en URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004000.htm>
- Mendoza, N., & Sánchez-Borrego, R. (2011). *Menopausia: aspectos clínicos y sociales. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 38(1), 3–10. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1016/j.gine.2010.08.003>

National Library of Medicine. (s. f.). *Menopausia*. MedlinePlus. Disponible en URL:
<https://medlineplus.gov/spanish/menopause.html>

Ramírez, J. A. S., Tapia, H. M. B., & Caballero, M. E. H. (2024). *Andropausia: esclareciendo un fenómeno subestimado de la salud masculina*. Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica, 4(1), 752–763. Disponible en URL:
<https://doi.org/10.61384/r.c.a..v4i1.129>

Rodríguez Muértegui, S. (2021). *Impacto de la menopausia en la calidad de vida de las mujeres trabajadoras* [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. Disponible en URL:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27736/Impacto%20de%20la%20menopausia%20en%20la%20calidad%20de%20vida%20de%20las%20mujeres%20trabajadoras..pdf>

Salinas, A., Morales, M., y Cris, Y. (2021). *Conocimiento y actitud sobre andropausia en los trabajadores del Centro de Salud San Juan Bautista*. Agosto – noviembre 2021. Disponible en URL: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/ca9dec91-aaf2-4a9e-a233-da957dedc0ca>

Sandoval, I. (2017). *La andropausia cambia la vida de los hombres*. Ciencia UNAM. Disponible en URL: <https://ciencia.unam.mx/leer/639/la-andropausia-cambia-la-vida-de-los-hombres>

Urulogía, S. (2021). *Andropausia, el climaterio masculino*. Servicio de Urología del Hospital San Rafael (Madrid). Disponible en URL:
<https://www.urologiasanrafael.com/andropausia-el-climaterio-masculino/>

World Health Organization. (2024). *Menopausia*. Disponible en URL:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>



Zaida Semeco (leyendo). 61 años. Presenta su discurso. Miembro Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupeño. Coro estado Falcón Venezuela.

EXPERIENCIAS EMOCIONALES DEL FENÓMENO CHILDFREE EN ADULTAS MAYORES 2025.

Guerra Sismai¹, Reyes Vianney², Fernández Luis³.

gx202468160@alm.buap.mx¹ <https://orcid.org/0009-0002-6067-5520>
vianney.reyesor@correo.buap.mx² <https://orcid.org/0009-0007-1357-212X>
luis.fdzloyo@correo.buap.mx³ <https://orcid.org/0000-0001-6215-2956>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
Licenciatura en Gerontología - Facultad de Enfermería.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias emocionales de mujeres adultas mayores que eligieron no tener hijos y determinar cómo esta decisión influye en su bienestar y sentido de vida en la vejez. Se empleó un enfoque cualitativo basado en entrevistas en profundidad realizadas a 15 mujeres de 60 años o más residentes en Puebla. El análisis se efectuó mediante codificación temática apoyada en el software ATLAS.ti versión 9. Se identificaron emociones predominantes de libertad, orgullo y satisfacción, así como episodios de soledad y reflexión vinculados a los mandatos sociales de la maternidad. Los hallazgos muestran que estas experiencias emocionales se relacionan con procesos de adaptación, resiliencia y construcción de sentido vital. Se concluye que la plenitud en la vejez no depende de la maternidad, sino de la autenticidad, la autonomía y los vínculos que cada mujer decide construir.

Palabras clave: Emociones, envejecimiento, vejez.

EMOTIONAL EXPERIENCES OF THE CHILDFREE PHENOMENON IN OLDER ADULTS 2025.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the emotional experiences of older women who chose not to have children and to determine how this decision influences their well-being and sense of purpose in old age. A qualitative approach was used, based on in-depth interviews with 15 women aged 60 and over residing in Puebla, Mexico. The analysis was performed using thematic coding with the ATLAS.ti software. Predominant emotions of freedom, pride, and satisfaction were identified, as well as episodes of loneliness and reflection linked to societal expectations of motherhood. The findings show that these emotional experiences are related to processes of adaptation, resilience, and the construction of meaning in life. The study concludes that fulfillment in old age does not depend on motherhood, but rather on authenticity, autonomy, and the relationships that each woman chooses to build.

Keywords: Emotions, aging, old age.

INTRODUCCIÓN.

La decisión de no tener hijos por elección, conocida como *childfree*, constituye un fenómeno cada vez más visible en las trayectorias de vida contemporáneas y ha recibido atención creciente en los estudios de género y envejecimiento. Este término se refiere a personas que optan de manera voluntaria por no ejercer la maternidad o paternidad, diferenciándose de quienes no tienen descendencia por razones biológicas o circunstanciales.

En México, las estadísticas muestran un incremento sostenido de esta elección: entre 2018 y 2023, el porcentaje de mujeres en edad fértil sin hijos aumentó de 33.7% a 37.1%, mientras que el no deseo de maternidad pasó de 31.3% a 50.1% en el mismo periodo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI, 2023]). Este crecimiento también es notable entre mujeres jóvenes, donde la proporción de quienes no tienen ni desean tener hijos se ha incrementado alrededor de 20 puntos porcentuales en cinco años.

Si bien existen datos nacionales sobre la tendencia *childfree*, se dispone de menor información respecto a mujeres adultas mayores que han vivido su vejez sin descendencia. Se estima que muchas de ellas pueden enfrentar desafíos relacionados con la ausencia de redes familiares tradicionales, apoyándose en vínculos sociales alternativos para su bienestar.

Desde un plano teórico, las emociones constituyen componentes esenciales para comprender estas experiencias. Damasio (1994) caracteriza las emociones como respuestas psicofisiológicas automáticas, mientras que Nussbaum (2001) las concibe como juicios evaluativos que expresan aquello que las personas consideran valioso. Aplicado a las mujeres mayores *childfree*, el estudio de las emociones permite analizar cómo se significan decisiones tomadas en etapas previas del curso de vida y cómo se articulan con factores socioculturales, percepciones de envejecimiento y procesos de construcción de sentido.

En este sentido, la presente investigación examina las experiencias emocionales de mujeres adultas mayores que no tuvieron hijos por elección, con el

propósito de identificar los significados que atribuyen a esta decisión en la vejez y los elementos que influyen en su bienestar subjetivo.

METODOLOGÍA.

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, orientado a comprender las experiencias emocionales de mujeres adultas mayores que decidieron no tener hijos. La selección de participantes se realizó mediante bola de nieve, buscando diversidad en nivel educativo, estado civil y condiciones socioeconómicas. La muestra final estuvo conformada por 15 mujeres de 60 años y más, residentes en Puebla.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer de 60 años o más; no haber tenido hijos por elección personal; contar con capacidad cognitiva preservada; y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron mujeres cuya participación pudiera comprometer la confidencialidad de otra persona, que no pudieran garantizar disponibilidad mínima para la entrevista completa o que por razones culturales, religiosas o personales consideraran inapropiado hablar de su vida privada.

La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, debido a su potencial para explorar significados subjetivos. Las entrevistas fueron individuales, realizadas en espacios privados y cómodos, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Todas fueron grabadas con autorización previa y transcritas de manera literal. Asimismo, se elaboraron notas de campo para registrar aspectos contextuales y no verbales relevantes.

Una vez identificadas las participantes (véase tabla 1) y obtenido su consentimiento, se aplicaron entrevistas semiestructuradas guiadas por ejes temáticos relacionados con trayectoria de vida, decisión reproductiva y experiencias emocionales vinculadas a la vejez sin descendencia. Las transcripciones y notas de campo fueron integradas al software ATLAS.ti versión 9 para su análisis.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

Nombre	Género	Edad	Ocupación
AM1	Femenino	64	Modista
AM2	Femenino	60	Contadora
AM3	Femenino	60	Dentista
AM4	Femenino	60	Comerciante
AM5	Femenino	65	Comerciante
AM6	Femenino	74	Maestra Jubilada
AM7	Femenino	62	Maestra Jubilada
AM8	Femenino	69	Maestra Jubilada
AM9	Femenino	62	Maestra Jubilada
AM10	Femenino	60	Comerciante
AM11	Femenino	60	Ama de Casa
AM12	Femenino	62	Maestra activa
AM13	Femenino	60	Empleada
AM14	Femenino	62	Emprendedora
AM5	Femenino	60	Enfermera

Fuente: Los autores (2025)

Este permitió organizar, codificar y relacionar la información de manera sistemática. Facilitó la identificación de categorías y patrones emergentes en los testimonios, optimizando la interpretación y el manejo de los hallazgos de manera rigurosa y estructurada. El análisis de los datos se desarrolló a través de tres fases principales.

1.- En la fase de codificación, se realizó un proceso sistemático de segmentación del texto en unidades de significado, aplicando codificación abierta, axial y selectiva para identificar patrones y categorías relevantes.

2.- En la fase de triangulación, se contrastaron los hallazgos provenientes de diferentes fuentes de información —entrevistas, notas de campo y documentos— para garantizar la validez y la coherencia de los resultados.

3.- En la fase de obtención de resultados, se sintetizaron las categorías y temas emergentes en narrativas interpretativas, apoyadas con citas representativas, lo que permitió extraer conclusiones significativas y fundamentadas sobre la experiencia vivida de las participantes.

Consideraciones Éticas.

El procedimiento se realizó siguiendo criterios éticos de confidencialidad, respeto y anonimato, asegurando que todas las participantes pudieran expresar sus vivencias de manera libre y segura. Basado en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud art. 100 y la Declaración de Helsinki.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Procedimiento.

Si decide participar, le haré una entrevista que contiene preguntas tras la decisión de no tener hijos. También le preguntaré sobre sus datos sociodemográficos, como edad, sexo, estado civil y ocupación. La entrevista durará aproximadamente 30 minutos y se realizará en este momento, en el sitio donde usted se sienta con la seguridad y confianza, cumpliendo con la privacidad, seguridad, accesibilidad y ventilación adecuada para contestar la entrevista.

Así mismo grabare la entrevista que realizare, como sus respuestas, con el propósito de tener el material que posteriormente será transcrito con el fin de complementar la investigación que se realizará con su participación.

Riesgos.

La participación en este diagnóstico no representa ningún riesgo para su salud o su persona. Es posible que algunas preguntas le resulten un poco personales

o sensibles, pero usted tiene derecho a no responderlas si así lo desea. En caso de que ocurra, la entrevista será detenida y se ofrecerá apoyo empático, así como información sobre servicios de atención psicológica gratuitos disponibles en la ciudad de Puebla. Su participación contribuirá al desarrollo de políticas públicas, estrategias o intervenciones para visibilizar y valorar el trabajo no remunerado, en beneficio de mujeres como usted.

Desde el plano de bioseguridad, aunque el estudio no implica contacto con muestras biológicas ni procedimientos invasivos, se mantendrán condiciones de higiene, privacidad y cuidado durante las entrevistas, incluyendo el uso opcional de cubre bocas, ventilación del espacio y respeto a las medidas de salud vigentes. En todo momento se priorizará la dignidad, integridad y autonomía de las mujeres mayores participantes, reconociendo sus experiencias vividas como fuente de conocimiento y fortaleciendo una práctica investigativa ética, responsable y humanizada

Confidencialidad y privacidad.

Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y solo será utilizada para los fines de esta investigación. Su nombre y datos personales no serán divulgados. Los resultados se presentarán de forma grupal, sin identificar a ninguna participante individual. Una vez que las transcripciones y grabaciones hayan sido analizadas, serán eliminadas de forma definitiva. Además, se le entregará una copia del consentimiento informado para su conocimiento y resguardo.

Esta investigación se llevará a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como lo señalado por la NOM-012-SSA3-2012, la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y las disposiciones de la Comisión Nacional de Bioética, a partir de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (2023) se establece el derecho de un trato digno y respetuoso hacia las personas mayores sin importar otras características

relevantes, como idioma, edad, etnia, género o pertenencia a grupos de atención prioritaria. También se utilizará la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en México.

Dudas.

Su participación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar la invitación, así como a retirarse en cualquier momento si así lo desea y a realizar preguntas que le serán respondidas satisfactoriamente sin que esto tenga ninguna consecuencia negativa para usted.

Comité de bioética.

El presente trabajo de investigación fue dictaminado favorablemente por los Comités de Bioética y Bioseguridad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con asignación de folio: N° SIEP/BIO/INV/171/2025.

RESULTADOS.

Los resultados se organizaron en tres categorías principales: rol social y maternidad, autonomía y desarrollo personal y apoyo alternativo. Cada una de estas categorías se dividió en dos subtemas. En la primera categoría, rol social y maternidad, los subtemas fueron expectativas culturales y ruptura con el mandato materno. En la segunda, autonomía y desarrollo personal, se incluyeron carrera profesional-estudios y libertad en las decisiones de vida. Finalmente, en la tercera categoría, apoyo alternativo, se abordaron los subtemas red de amistades, comunidad y espiritualidad, todo lo anterior permitió llegar a identificar los sentimientos principales de las mujeres mayores que envejecen sin hijos.

La investigación permitió identificar los significados emocionales que configuran la experiencia de mujeres mayores que optaron por una vida childfree. Sus narrativas muestran cómo esta elección se construye y resignifica a lo largo del curso de vida, particularmente en relación con los mandatos sociales sobre maternidad, autonomía

personal y disponibilidad de redes de apoyo. Las emociones que emergen no se presentan como un bloque uniforme, sino como expresiones situadas en contextos biográficos específicos. Se observan vivencias de satisfacción, libertad y coherencia personal, así como experiencias de estigmatización, cuestionamiento o momentos de aislamiento.

La experiencia childfree en la vejez, no responde a una sola trayectoria. Las mujeres articulan sentidos diversos sobre su vida: algunas enfatizan el bienestar derivado de haber actuado según sus valores y proyectos; otras describen momentos de duda o soledad vinculados a la ausencia de ciertos rituales familiares tradicionales. De manera constante, la presencia de redes afectivas alternativas- amistades, sobrinos, comunidades o parejas- se vuelve un elemento central en su bienestar emocional y en la construcción de formas no tradicionales de cuidado y legado.

En las etapas tempranas de la adultez, muchas participantes relataron haber recibido cuestionamientos sociales directos sobre su decisión de no tener hijos. Estas interacciones generaron tensiones entre el deseo de sostener una elección autónoma y la necesidad de pertenencia social. Algunas evocan frases escuchadas durante años, como: “Me decían que una mujer sin hijos no es completa. Viví con esa idea muchos años” (AM9, 2025).

La experiencia emocional de esta etapa se caracteriza por la coexistencia de orgullo por desafiar el mandato materno y sentimientos de aislamiento en contextos donde la maternidad es central. En varios relatos, la decisión aparece como una afirmación identitaria; en otros casos, surge como respuesta a experiencias previas de sufrimiento vinculadas a la maternidad en su entorno. En la mediana edad, las participantes identifican beneficios concretos asociados a su elección: mayor autonomía, disponibilidad de tiempo, continuidad en trayectorias profesionales y posibilidad de priorizar proyectos personales. Estas vivencias se describen como experiencias de agencia y control sobre la propia vida.

Junto con ello, algunas mujeres reportan momentos de cuestionamiento retrospectivo, especialmente en fechas socialmente significativas donde la presencia de hijos suele ser un marcador de pertenencia. Este cuestionamiento no aparece como arrepentimiento generalizado, sino como una interrogación puntual sobre alternativas posibles.

En la vejez, la experiencia se resignifica. Para algunas, predomina un sentimiento de satisfacción por la vida construida conforme a sus valores; para otras, emergen momentos de soledad o duelo por posibilidades que ya no existen. Como señala una participante: "Pude hacer una carrera larga. Fui profesora toda mi vida, y eso fue mi legado" (AM6, 2025). Las redes afectivas amplias, especialmente el vínculo con sobrinos biológicos o no biológicos, emergen como elementos significativos en la construcción del apoyo emocional en la vejez. Estas relaciones se describen como vínculos elegidos, cargados de reciprocidad y continuidad afectiva.

Algunas mujeres señalan que estas figuras se convierten en destinatarios de bienes materiales y simbólicos, lo cual genera una sensación de continuidad y trascendencia. Este tipo de vínculos refuerza la percepción de pertenencia y acompañamiento. Como describe una participante: "Mis amigas son como hermanas. Nos cuidamos unas a otras, y eso me da paz" (AM2, 2025).

Estas redes familiares, afectivas o comunitarias configuran formas alternativas de transmisión intergeneracional basadas en la elección y no en la filiación biológica. Su presencia constituye un factor protector en el bienestar emocional durante la vejez. Los relatos muestran que muchas mujeres childfree asumieron roles de cuidado hacia padres, hermanos u otros familiares. Esta experiencia, señalada en diversos estudios, aparece como un componente central en la reconstrucción de significado de su vida adulta. El cuidado otorgado se interpreta como una forma de contribución y de vínculo que no requiere la maternidad para ser significativo.

Una de las participantes lo expresa así: "Hasta hoy entendí por qué no tuve hijos; gracias a eso pude cuidar a mis padres" (AM3, 2025). En estos casos, el acto de cuidar se resignifica como una fuente de sentido, dignidad y pertenencia, más allá

de la estructura familiar tradicional. Las emociones asociadas a estos roles son variadas: gratitud, orgullo, cansancio, dudas o incluso tristeza. La presencia de redes afectivas es determinante para el bienestar emocional: las mujeres que mantuvieron relaciones cercanas con amistades, parejas, sobrinos o comunidades reportan mayor satisfacción y menor sensación de vulnerabilidad en la vejez.

En concreto, varias participantes señalan una experiencia persistente: la invisibilidad social. Aun en edades avanzadas, la sociedad tiende a carecer de marcos simbólicos para comprender a una mujer mayor sin hijos. Esta ausencia de reconocimiento impacta en la forma en que son percibidas y en cómo ellas mismas significan su lugar social en la vejez. Lo anterior se resume en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Resumen de la experiencia

Categoría	Subtema	Emoción principal	Cita textual
1. Rol social y maternidad	Expectativas culturales.	Culpa, presión, tristeza	“Me decían que una mujer sin hijos no es completa. Viví con esa idea muchos años.”
	Ruptura con el mandato materno.	Orgullo, autonomía	“Yo elegí no ser madre. No por rebeldía, sino porque mi camino era otro, y me siento orgullosa.”
2. Autonomía y desarrollo personal	Carrera profesional / estudios.	Satisfacción, orgullo	“Pude hacer una carrera larga. Fui profesora toda mi vida, y eso fue mi legado.”
	Libertad en decisiones de vida.	Tranquilidad, gratitud	“Viajar, mudarme, vivir donde quiero... eso no lo habría podido hacer con hijos.”
3. Apoyo social alternativo	Red de amistades.	Gratitud, compañía	“Mis amigas son como hermanas. Nos cuidamos unas a otras, y eso me da paz.”
	Comunidad o espiritualidad.	Sentido, pertenencia	“En la parroquia encontré una familia. Me llaman, me visitan, me siento querida.”

Fuente: Los autores (2025)

DISCUSIÓN.

Según Paul Ekman (1972), las emociones básicas son universales y responden a necesidades evolutivas, por lo que experiencias como el miedo o la tristeza, aunque puedan parecer indeseables, cumplen funciones adaptativas fundamentales. En este sentido, sentir tristeza al reflexionar sobre una maternidad no vivida no invalida la elección de no tener hijos, sino que constituye un proceso emocional legítimo y humano.

Desde la perspectiva cognitiva de Richard Lazarus (1991), lo relevante no es tanto la emoción en sí, sino cómo la interpretamos y gestionamos; así, una emoción desagradable puede ser un catalizador para la reflexión profunda, mientras que la positiva, si se malinterpreta, puede conducir a decisiones impulsivas. En la adultez mayor, muchas mujeres childfree desarrollan una sabiduría emocional que les permite reconocer el malestar sin temerle, comprendiendo su papel en el trayecto vital.

Complementariamente, la teoría de la ampliación y construcción de Barbara Fredrickson (1998) destaca que las emociones positivas, como la alegría o la esperanza, amplían la creatividad, fortalecen vínculos y generan recursos duraderos; muchas mujeres sin hijos experimentan estas emociones al involucrarse en proyectos comunitarios, cultivar relaciones significativas o reconectarse con su propia historia desde una narrativa de sentido. Desde un enfoque filosófico, Martha Nussbaum (1998) recuerda que las emociones reflejan lo que valoramos, por lo que incluso las dolorosas poseen un valor epistémico al enseñarnos sobre nuestras prioridades, nuestra identidad y nuestras formas de vivir y amar.

CONCLUSIÓN.

Al concluir el estudio, fue posible visualizar un fenómeno que actualmente genera conflicto entre muchos jóvenes: la decisión de no tener hijos. Este análisis no se limita únicamente a la experiencia de la maternidad o paternidad, sino que

incorpora una reflexión integral sobre las condiciones económicas, emocionales y sociales que influyen en esta elección.

Asimismo, se evidenció la presión social que aún persiste respecto a la idea de que “tener hijos garantizará cuidados en la vejez”, lo cual continúa moldeando expectativas y decisiones personales.

Comprender estas dinámicas permite ampliar la perspectiva sobre el envejecimiento sin hijos y, al mismo tiempo, ofrecer estrategias de afrontamiento para quienes están considerando activamente no ser madres o padres, brindando herramientas que les permitan tomar decisiones informadas y vivirlas con autonomía y bienestar.

Las experiencias emocionales de las mujeres childfree en la vejez son diversas, complejas y profundamente humanas. Su historia recuerda que la plenitud no depende de la maternidad, sino de vivir desde la autenticidad. Es necesario abrir espacios de escucha y reconocimiento para estas trayectorias vitales, sin juicio y con empatía.

Respecto a las entrevistas se evidenció que muchas mujeres mayores sin hijos experimentaron una presión social intensa durante su juventud, cuando la maternidad era vista como una parte esencial de la identidad femenina. Algunas expresaron sentimientos de culpa o tristeza por no haber cumplido con ese mandato social, como lo relató una participante: “Me decían que una mujer sin hijos no es completa.” Sin embargo, otras mujeres destacaron su orgullo por haber elegido otro camino, afirmando haber encontrado realización en su vida profesional o personal. Una de ellas afirmó: “Yo elegí no ser madre, y me siento orgullosa de haber seguido mi propio camino.”

En cuanto al envejecimiento, surgieron emociones como la soledad, el miedo y la ansiedad frente a la posibilidad de enfermarse o envejecer sin apoyo familiar. No obstante, también se encontraron formas de apoyo alternativo a través de redes de amistad y participación comunitaria, que brindan consuelo emocional y sentido de pertenencia. Esta investigación invita a seguir profundizando en los discursos sobre

la maternidad, el envejecimiento y la identidad femenina, promoviendo una mirada más amplia, incluyente y respetuosa de la diversidad de experiencias que las mujeres mayores encarnan hoy en día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Albertini, M., y Mencarini, L. (2022). *Childless elderly and social networks: Evidence from Europe*. *Genus*, 78(1). Disponible en URL: <https://doi.org/10.1186/s41118-022-00180>
- Blackstone, A. (2014). *Childless... or childfree?* *Contexts*, 13(4), 68–70. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1177/1536504214558221>
- Camero-Rivero, S., & Baigorri-Agoiz, A. (2019). *Envejecimiento activo y ciudadanía senior*. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 43(59), 59–87. Disponible en URL: <https://doi.org/10.5944/empiria.43.2019.24299>
- Gaceta UNAM. (2023). *México, oficialmente un país envejecido*. Gaceta UNAM. Disponible en URL: <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-oficialmente-un-pais-envejecido/>
- Hagestad, G. O., & Call, V. R. A. (2007). *Pathways to caregiving among childless older adults*. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1348–1368. Disponible en URL: <https://doi.org/10.1177/0192513X07304331>
- Jornada, L., & Rodríguez, G. (2024). *La mitad de las mexicanas no desean tener hijos*. *La Jornada*. Disponible en URL: <https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/07/26/opinion/la-mitad-de-las-mexicanas-no-desean-tener-hijos-6235>
- Mandujano, Y. (2021). *Ser childfree en México: Narrativas personales de quienes no desean ser madres o padres y su negociación con los estigmas sociales*. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 7, e756. Disponible en URL: <https://doi.org/10.24201/reg.v7i1.756>

- Minkin, R., Horowitz, J. M., & Aragão, C. (2024). *The experiences of U.S. adults who don't have children*. Pew Research Center. Disponible en URL: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2024/07/25/the-experiences-of-u-s-adults-who-dont-have-children/>
- Movius, M. (2020). *Voluntary childlessness: The ultimate liberation*. The Family Coordinator. (Sin DOI disponible.)
- Muñoz, S. H. (2024). *Envejecimiento poblacional en México, un desafío para el bienestar social*. Elysium. Disponible en URL: <https://publicaciones.umich.mx/revistas/elysium/ojs/article/view/120>
- Somers, M. D. (1993). *A comparison of voluntarily childfree adults and parents*. Journal of Marriage and Family, 55(3), 643–650. Disponible en URL: <https://doi.org/10.2307/353345>
- Villegas, S. G., & Chelius, M. C. (2023). *Calidad de vida de la población adulta mayor de Puebla y Nuevo León*. Región y Sociedad, 35, e1809. Disponible en URL: <https://doi.org/10.22198/rys2023/35/1809>
- Zamora, G. (2013). *Envejecimiento en personas sin hijos*. Fundación Caser para la Dependecia número 8. Disponible en URL: <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/sumario-n8.pdf>



Cruz Capielo de Montilla. 75 años. Presenta su árbol genealógico. Miembro Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupano. Coro estado Falcón Venezuela.

BIENESTAR EMOCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Piña Navarro Waldemar Jesús

wjpn2011@gmail.com <https://orcid.org/0009-0001-6338-1301>

Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Experimental
"Francisco de Miranda". Coro estado Falcón Venezuela.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional requiere una redefinición del éxito en la senectud, enfocada en el bienestar emocional y la resiliencia. Esta revisión documental sistemática analiza la interconexión de ambos constructos como pilares de la adaptación en la edad avanzada. El bienestar emocional se explica por la Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen, que postula que la priorización de metas afectivas sostiene la paradoja del bienestar a pesar de las pérdidas. Mientras que la resiliencia destaca como un proceso de adaptación positiva mediado por recursos como la autoeficacia percibida y el sentido de coherencia. Se evidencio, que los factores protectores clave son el apoyo social funcional y la participación comunitaria significativa. Mientras que el aislamiento social y la comorbilidad física son los principales riesgos. Los hallazgos exigen un enfoque gerontológico basado en fortalezas que promueva intervenciones para reforzar estos mecanismos adaptativos, asegurando que los años ganados se traduzcan en una vida plena y digna.

Palabras clave: Bienestar emocional, resiliencia, envejecimiento, selectividad socioemocional, adaptación.

EMOTIONAL WELL-BEING AND RESILIENCE IN OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

The aging population requires a redefinition of success in old age, focused on emotional well-being and resilience. This systematic literature review analyzes the interconnectedness of both constructs as pillars of adaptation in later life. Emotional well-being is explained by Carstensen's Socioemotional Selectivity Theory, which posits that the prioritization of affective goals sustains the well-being paradox despite losses. Meanwhile, resilience stands out as a process of positive adaptation mediated by resources such as perceived self-efficacy and sense of coherence. It was evidenced that the key protective factors are functional social support and meaningful community participation, while social isolation and physical comorbidity are the main risks. The findings demand a strengths-based gerontological approach that promotes interventions to reinforce these adaptive mechanisms, ensuring that the years gained translate into a full and dignified life.

Keywords: Emotional well-being, resilience, aging, socio-emotional selectivity, adaptation.

INTRODUCCIÓN.

El fenómeno del envejecimiento poblacional constituye uno de los mayores desafíos sociosanitarios del siglo XXI. Rowe & Kahn (1998), exponen que la extensión de la esperanza de vida ha desplazado el foco de la gerontología de la mera longevidad a la calidad de vida en la última etapa, enfatizando la necesidad de comprender los mecanismos psicofisiológicos que sustentan un envejecimiento exitoso. En este marco, el bienestar emocional (BE) y la resiliencia emergen como constructos clave para modular la trayectoria vital.

De ahí que, el Bienestar Emocional en la vejez no es un estado pasivo, sino un proceso dinámico de adaptación homeostática. Desde la perspectiva de la Gerontología Positiva, para Diener (2000), el BE se relaciona con el bienestar subjetivo (BS), abarcando tanto el componente afectivo (experiencia de emociones positivas y bajas negativas) como el componente cognitivo (satisfacción general con la vida).

Específicamente en la senectud, Carstensen (1992), expresa que el BE se vincula estrechamente con la Teoría de la Selectividad Socioemocional, la cual postula que los adultos mayores priorizan metas dirigidas al significado emocional, lo que a menudo resulta en el conocido como paradójico bienestar en la vejez (*paradox of well-being*), donde la satisfacción con la vida se mantiene alta a pesar del incremento de factores estresantes.

Sin embargo, el BE se enfrenta a desafíos inherentes a la edad, como la disminución de la red social por viudez o pérdida de pares, la pérdida de rol social tras la jubilación, y la morbilidad crónica. Según Blazer (2003), la incapacidad para procesar y regular eficazmente estas experiencias adversas se ha identificado como un factor de riesgo primario para la depresión geriátrica y el deterioro cognitivo. En paralelo, Bonanno (2004), define operativamente la resiliencia como una trayectoria de adaptación estable y positiva en el tiempo, a pesar de la exposición a eventos altamente estresantes o traumáticos. En la investigación gerontológica, se concibe

como un rasgo multifactorial que se potencia a través de la acumulación de experiencias de superación a lo largo del ciclo vital.

Con ello, diversos estudios documentales han identificado los factores protectores clave que potencian la resiliencia en la senectud, agrupándolos en dimensiones individuales y contextuales. A nivel individual, se destacan la autoeficacia percibida, para Hardy et al. (2004), es la creencia en la propia capacidad para manejar situaciones; las habilidades de regulación emocional para gestionar los afectos; y la atribución de sentido y propósito a la vida. En cuanto a los factores contextuales, son cruciales la disponibilidad y calidad del apoyo social y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que buscan modificar o resolver directamente las fuentes de estrés.

Sin duda, como lo presenta Aldwin et al. (2007), la resiliencia actúa como una variable mediadora entre la adversidad y el resultado de bienestar, permitiendo al adulto mayor reconfigurar su identidad y rol social tras las transiciones. El examen de la resiliencia es fundamental para el diseño de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, ya que transforma las intervenciones al proporcionar una perspectiva proactiva y positiva que no solo mitiga el daño, sino que promueve el crecimiento y la transformación a partir de la adversidad.

Dada la necesidad de sintetizar la evidencia sobre estos constructos interconectados, la presente revisión documental tiene como objetivo fundamental sistematizar y analizar críticamente la literatura científica reciente que aborda la relación bidireccional entre el bienestar emocional y la resiliencia en el contexto del envejecimiento. Se explorarán los modelos teóricos prevalentes, las mediciones empíricas y las intervenciones basadas en la evidencia.

METODOLOGÍA.

La metodología empleada para este estudio corresponde a una revisión documental sistemática, la cual según Quispe (2021), es una revisión de la literatura científica bajo un proceso planificado y cuidadosamente ejecutado, con la finalidad

de analizar los hallazgos previamente publicados. Por tanto, el objetivo fundamental fue sistematizar y analizar críticamente la literatura científica reciente que aborda la relación bidireccional entre el bienestar emocional y la resiliencia en el contexto del envejecimiento.

De modo que, este enfoque se seleccionó para proporcionar un análisis exhaustivo de la interconexión de ambos constructos como pilares de la adaptación en la edad avanzada, explorando los modelos teóricos prevalentes (como la Teoría de la Selectividad Socioemocional y el Modelo de Optimización Selectiva con Compensación), las mediciones empíricas y las intervenciones basadas en la evidencia. La sistematicidad de la revisión se centró en identificar los factores clave, tanto protectores como de riesgo, que modulan el BE y la resiliencia en la senectud. Se buscó delimitar los mecanismos adaptativos y los recursos mediadores, tales como la autoeficacia percibida y el sentido de coherencia.

DESARROLLO.

El estudio del bienestar emocional (BE) en la senectud exige una aproximación teórica que trascienda la mera evaluación de estados afectivos, anclándose en modelos del ciclo vital que explican las modificaciones adaptativas en las prioridades y estrategias cognitivas. A diferencia de las etapas tempranas, donde el BE se asocia frecuentemente al logro de metas de crecimiento, la vejez se caracteriza por una reorientación de la motivación hacia el mantenimiento de la homeostasis emocional y la satisfacción con la vida. Este fenómeno ha sido ampliamente teorizado, siendo la Teoría de la Selectividad Socioemocional (SST) propuesta por Laura Carstensen (1992) uno de los marcos conceptuales más influyentes para comprender el bienestar en la edad avanzada.

Por su parte, la perspectiva de la selectividad socioemocional postula que la percepción del tiempo restante en la vida influye directamente en la selección de metas sociales y emocionales. Dado que los adultos mayores perciben un horizonte temporal más limitado, priorizan las metas relacionadas con el significado emocional

y la satisfacción inmediata, en detrimento de las metas instrumentales o de adquisición de información social. Este cambio se manifiesta en una selección más rigurosa de las redes sociales, donde se reduce el número de contactos, pero se profundiza la calidad de las relaciones con personas significativas, como familiares cercanos y amigos íntimos.

Por tanto, esta selectividad intencional minimiza el potencial de conflicto interpersonal y maximiza la experiencia de afectos positivos, argumentado por Carstensen et al. (2011), lo que proporciona una explicación robusta al fenómeno conocido como la paradoja del bienestar en la vejez, donde los niveles de satisfacción y afecto positivo permanecen estables o incluso aumentan a pesar del incremento de pérdidas y declives físicos asociados a la edad. Este enfoque selectivo es, en esencia, una manifestación primaria de la resiliencia proactiva, al ser una estrategia cognitiva dirigida a la optimización del BE.

Complementariamente, el Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990), ofrece un marco meta-teórico para entender cómo los individuos logran un envejecimiento exitoso a pesar de la pérdida de recursos. Este modelo sostiene que el BE se mantiene a través de tres procesos adaptativos interrelacionados: la Selección (elegir metas y dominios funcionales que son viables), la Optimización (invertir recursos en las metas seleccionadas para maximizar el rendimiento) y la Compensación (utilizar estrategias alternativas o ayudas externas cuando las capacidades biológicas declinan).

En términos emocionales, la selección implica enfocarse en situaciones que prometen experiencias afectivas positivas, la optimización se refiere a la práctica de la regulación emocional, por ejemplo, la reevaluación cognitiva de eventos, y la compensación se refleja en el uso del apoyo social para mitigar los efectos de la soledad o el estrés. El BE, visto desde el SOC, es el resultado de una gestión estratégica de los recursos personales y ambientales en el contexto de las limitaciones impuestas por la edad.

Por este motivo, es crucial abordar el BE no solo desde una perspectiva psicológica, sino también considerar su sustrato neurobiológico e interdependencia con la salud física. El BE para Steptoe et al. (2015), ha demostrado ser un factor protector contra la alostasis y el estrés crónico, modulando la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y el sistema inmune. La evidencia sugiere que un elevado BE subjetivo se correlaciona con niveles más bajos de citoquinas proinflamatorias y una mejor función cardiovascular, lo que implica una relación bidireccional entre los estados emocionales positivos y los marcadores de envejecimiento biológico saludable.

Definitivamente, esta conexión subraya la importancia clínica y de salud pública del BE, situándolo como un recurso funcional que contribuye directamente a la vitalidad y a la prevención de la morbilidad en la edad avanzada. Por lo tanto, cualquier análisis profundo de la resiliencia debe partir de la comprensión de estas dinámicas adaptativas y de los mecanismos de mantenimiento del equilibrio emocional.

La resiliencia como mecanismo de afrontamiento adaptativo en la senectud.

El concepto de resiliencia, tradicionalmente aplicado al desarrollo humano, ha adquirido una relevancia crítica en la gerontología, donde se reinterpreta según Masten (2014), no solo como la capacidad de recuperarse de la adversidad, sino como un proceso dinámico y evolutivo de mantenimiento de la funcionalidad y el bienestar ante el estrés normativo del envejecimiento. En la edad avanzada, los factores estresantes a los que se enfrenta el individuo son a menudo de naturaleza acumulativa y permanente es decir pérdidas de salud y de roles, lo que exige una redefinición de la adaptación psicológica.

De este modo, la resiliencia en la vejez se conceptualiza a menudo bajo el prisma de un modelo de proceso, donde los resultados positivos no dependen de rasgos estáticos, sino de la movilización eficiente de recursos ante un evento de riesgo. El enfoque de la Resiliencia de Trayectoria de Bonann (2004), es

particularmente pertinente, ya que distingue entre individuos que exhiben una trayectoria de recuperación, es decir declive seguido de retorno a la funcionalidad, y aquellos que muestran una trayectoria de resistencia, es decir mantenimiento estable de la salud mental y física durante y después de la adversidad.

En la vejez, esta última trayectoria es frecuentemente sostenida por la experiencia previa de afrontamiento y la modulación cognitiva del impacto del estrés. Las personas mayores resilientes demuestran una habilidad superior para la reevaluación positiva y la aceptación radical de las limitaciones, lo que previene la cronificación del afecto negativo.

Factores neuropsicológicos y conductuales de protección.

A nivel intraindividual, la resiliencia en la senectud se encuentra mediada por varios factores neuropsicológicos y conductuales. Para Bandura (1997), el primer factor es la autoeficacia percibida, es decir, la creencia del individuo en su capacidad para ejecutar las acciones necesarias y alcanzar objetivos específicos. Una alta autoeficacia predice consistentemente el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y una menor evitación emocional, fundamentales para abordar retos como la adaptación a una enfermedad crónica o la reconfiguración de la vida social post-jubilación.

El segundo factor clave es la regulación emocional adaptativa, que en la vejez incluye el uso sofisticado de la distracción cognitiva y la reestructuración del significado. La evidencia neurocientífica expuesta por Urry & Gross (2010), sugiere que los adultos mayores resilientes mantienen una mejor conectividad y control ejecutivo sobre las regiones prefrontales, lo que facilita la desconexión del afecto negativo persistente y la priorización de información relevante para el BE. Esta habilidad cognitiva es vital para la resiliencia a largo plazo, ya que permite transformar las pérdidas en oportunidades de crecimiento postraumático o, al menos, integrarlas sin un colapso funcional.

Por otro lado, si bien las capacidades internas son fundamentales, la resiliencia geriátrica se sustenta de manera crucial en los recursos contextuales y ambientales.

El apoyo social funcional percibido como disponible y accesible, opera como un buffer contra los efectos deletéreos del estrés. La participación en redes sociales de alta calidad como se predice en la SST, proporciona un sentido de pertenencia y refuerza la identidad social, contrarrestando el aislamiento, el cual es un conocido factor de riesgo de mortalidad y de deterioro cognitivo.

En concreto, la participación significativa en la comunidad, a través del voluntariado o la asunción de nuevos roles no remunerados, refuerza el sentido de propósito y contribución, elementos esenciales que blindan al individuo contra el vacío existencial que puede seguir a las grandes transiciones de la vida. De esta forma, la resiliencia en la senectud es el resultado de una compleja interacción sistémica entre la sabiduría acumulada, la regulación emocional selectiva y un entorno social robusto y protector.

Factores protectores y de riesgo en la modulación del bienestar emocional y la resiliencia.

La manifestación y el mantenimiento de la resiliencia y el bienestar emocional (BE) en la vejez no ocurren en un vacío, sino que son el resultado de la interacción compleja y dinámica entre elementos de vulnerabilidad y fortalezas, tanto a nivel individual como contextual. La identificación precisa de estos factores es fundamental para la formulación de modelos de intervención gerontológicos eficaces.

•Factores Protectores Endógenos: El Capital Psicológico.

Los factores protectores individuales, a menudo denominados capital psicológico o recursos personales, son cruciales para amortiguar el impacto del estrés crónico. Un componente central es el sentido de coherencia (SOC), definido por Antonovsky, (1987), como la percepción generalizada de que los eventos de la vida son comprensibles, manejables y significativos. Un alto SOC en la vejez se correlaciona con una mayor capacidad para la reevaluación cognitiva positiva de los declives relacionados con la edad, lo que directamente nutre el BE.

Además, la sabiduría o conocimiento experto sobre la pragmática de la vida, que tiende a aumentar con la edad, permite a los adultos mayores aplicar estrategias

de afrontamiento más flexibles y contextualizadas a situaciones de alta demanda emocional. La autonomía percibida y la identidad flexible, es decir, capacidad de redefinir el self tras la pérdida de roles, también operan como escudos protectores, previniendo el desamparo aprendido y la vulnerabilidad a la depresión.

- Factores Protectores Exógenos: La Ecología Social.

El entorno social y comunitario constituye la segunda capa protectora crítica. Cutrona et al. (1994), comenta que el apoyo social estructural y funcional es el recurso exógeno más consistentemente asociado a la resiliencia. Es imperativo distinguir entre el apoyo estructural (el tamaño y la frecuencia de la red social) y el apoyo funcional (la percepción de que ese apoyo es útil y está disponible).

Para el BE en la senectud, la calidad de las relaciones, facilitada por la selectividad socioemocional, es más protectora que la cantidad. Específicamente, la participación social significativa como el voluntariado, la mentoría o la continuación de actividades educativas proporciona un sentido de utilidad y pertenencia, lo cual actúa como un potente contrapeso al riesgo de aislamiento y anomia post-jubilación. Además, la seguridad económica y el acceso a servicios de salud de calidad reducen la carga de estrés ambiental, facilitando la movilización de los recursos de resiliencia.

- Factores de Riesgo: Catalizadores de la Vulnerabilidad

En contraposición, diversos factores aceleran la vulnerabilidad al afecto negativo y minan la resiliencia. Para Cacioppo & Hawkley (2009), el factor de riesgo más prevalente es el aislamiento social objetivo y la soledad subjetiva. La soledad, más allá de ser un estado emocional, se ha demostrado que tiene efectos inmunológicos y cardiovasculares deletéreos, acelerando el declive funcional y reduciendo la capacidad de afrontamiento.

Otro riesgo significativo es la comorbilidad física y mental, donde la presencia de enfermedades crónicas, especialmente aquellas que causan dolor y limitación funcional, agota los recursos adaptativos del individuo. Seguidamente, el duelo complicado y la pérdida acumulativa por viudez, pérdida de pares, mudanza forzada

entre otras representan shocks estresores que requieren una alta demanda de resiliencia.

Finalmente, como lo expone Levy (2009), el edadismo internalizado como la creencia en estereotipos negativos sobre la vejez, puede llevar a la autolimitación conductual y cognitiva, afectando negativamente la autoeficacia y la motivación para ejercer la resiliencia. La comprensión de esta dinámica riesgo-protección es esencial para diseñar intervenciones que no solo traten la patología, sino que fundamentalmente construyan y refuercen los recursos existentes en el adulto mayor.

CONCLUSIÓN.

La presente revisión documental ha sistematizado la evidencia que sitúa al bienestar emocional (BE) y la resiliencia como constructos esenciales e interdependientes para un envejecimiento exitoso. Lejos de ser estados pasivos, se configuran como procesos dinámicos de adaptación que exigen la movilización estratégica de recursos psicológicos y contextuales en respuesta a las pérdidas y los desafíos normativos de la senectud. La literatura confirma que la capacidad de los adultos mayores para mantener la satisfacción vital se sostiene en la selectividad socioemocional de Carstensen (1992) y en la aplicación experta de estrategias de optimización y compensación como lo expone Baltes & Baltes (1990), mecanismos que son inherentemente resilientes.

Con este estudio queda demostrado que la resiliencia en la vejez opera como una variable mediadora crítica, previniendo que los factores de riesgo, como la comorbilidad y la soledad objetiva, desemboquen en patología afectiva. Los factores protectores, tanto endógenos (autoeficacia, sentido de coherencia) como exógenos (apoyo social funcional, participación comunitaria), no son meros accesorios, sino elementos constitutivos que pueden ser cultivados y reforzados a través de intervenciones dirigidas.

En conclusión, los hallazgos de esta revisión tienen claras implicaciones translacionales. Sugieren la necesidad de transitar de un modelo de atención

gerontológica centrado en el déficit a uno enfocado en el fortalecimiento de las fortalezas. Sin duda, la práctica clínica debe integrar la evaluación de la resiliencia y el BE, promoviendo terapias que enfatizan la reestructuración cognitiva, la redefinición del propósito vital y la construcción activa de redes de apoyo significativas.

REFERENCIAS CONSULTADAS.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Blazer, D. G. (2003). *Depression in late life: Review and commentary*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58(3), 248–265.
- Bonanno, G. A. (2004). *Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* American Psychologist, 59(1), 20–28.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). *Perceived social isolation and health: Causal connections and mediating mechanisms*. Perspectives on Psychological Science, 4(4), 385–403.
- Carstensen, L. L. (1992). *Social and emotional patterns in adulthood: The age-gap in positivity*. Psychology and Aging, 7(3), 331–338.
- Carstensen, L. L., Shiovitz, L., & Charles, S. T. (2011). *The aging mind: Changes in affect and cognition with age*. Annual Review of Psychology, 62, 355–379.

- Cutrona, C. E., Russell, D. W., & Rose, J. (1994). *Social support and adaptation to stress by the elderly*. In S. H. Zarit, L. I. Pearlin, & K. W. Schaie (Eds.), *The everyday life of the aged: Stress, coping, and well-being* (pp. 165–182). Springer Publishing Co.
- Diener, E. (2000). *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). *Resilience of community-dwelling older persons*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257–262.
- Levy, B. R. (2009). *Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging*. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.
- Masten, A. S. (2014). *Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development*. *Developmental Psychopathology*, 26(4), 1081–1097.
- Quispe, A., Hinojosa Ticona, Y., Miranda, H., y Sedano, C. (2021). *Serie de Redacción Científica: Revisiones Sistemáticas*. [Scientific Writing Series: Systematic Reviews]. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 94-99.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. Pantheon Books.
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., & Wardle, J. (2015). *Positive affect and psychoendocrine, cardiovascular, and inflammatory responses to acute stress*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(16), 4975–4980.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation in older adulthood*. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352–357



Miembros Club de Lectura coordinado por la Fundación Somos Geroactivo y Fundación Museo Guadalupano. Coro estado Falcón Venezuela.

**EXPLORANDO EL EDADISMO HACIA LA VEJEZ EN UNIVERSITARIOS DEL
ÁREA DE LA SALUD EN PUEBLA, MÉXICO, 2025.**

González Susana¹, Arenas Vanelly², Martínez Ingrid³,
Fernández Luis⁴, Reyes Vianney⁵.

gl202429963@alm.buap.mx¹ <https://orcid.org/0009-0002-9297-6870>
av202420754@alm.buap.mx² <https://orcid.org/0009-0000-1471-0554>
ml202447350@alm.buap.mx³ <https://orcid.org/0009-0008-8708-9314>
luis.fdzloyo@correo.buap.mx⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6215-2956>
vianney.reyesor@correo.buap.mx⁵ <https://orcid.org/0009-0007-1357-212X>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
Licenciatura en Gerontología - Facultad de Enfermería.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es un proceso natural y universal, aunque cada persona lo experimenta de forma distinta. En este marco surge el edadismo, una discriminación basada en la edad que se expresa a través de estereotipos, prejuicios y conductas negativas hacia las personas mayores. Objetivo: El objetivo del estudio fue identificar estereotipos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y las personas mayores en jóvenes universitarios del área de la salud. Metodología: Se utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicando la Encuesta sobre Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) a 120 estudiantes de Enfermería, Medicina, Estomatología, Fisioterapia y Podología de la BUAP (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla). Resultados: Los resultados muestran la persistencia de ideas sobre dependencia, rigidez y deterioro cognitivo, aunque también se reconocen aspectos positivos. Conclusiones: Se concluye que es necesario fortalecer la formación en envejecimiento y buen trato, fomentando una visión empática e inclusiva.

Palabras clave: Envejecimiento, estereotipos, respeto, salud, universitarios.

**EXPLORING AGEISM TOWARDS OLD AGE IN UNIVERSITY STUDENTS IN THE HEALTH FIELD,
2025.****ABSTRACT**

Introduction: Aging is a natural and universal process, although each person experiences it differently. Within this framework, ageism emerges, a form of age-based discrimination expressed through stereotypes, prejudices, and negative behaviors toward older adults. Objective: The objective of this study was to identify negative stereotypes about old age, aging, and older adults among young university students in the health field. Methodology: A quantitative, descriptive, and cross-sectional approach was used, applying the Survey on Negative Stereotypes toward Old Age (CENVE) to 120 students of Nursing, Medicine, Stomatology, Physiotherapy, and Podiatry at the Meritorious Autonomous University of Puebla (BUAP). Results: The results show the persistence of ideas about dependency, rigidity, and cognitive decline, although positive aspects are also recognized. Conclusions: It is concluded that it is necessary to strengthen training on aging and good treatment, promoting an empathetic and inclusive perspective.

Keywords: Aging, stereotypes, respect, health, university students.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento es un proceso normal y natural en el curso de vida de todos los seres vivos, aunque es universal no es uniforme. La forma en que envejecemos está determinada por las relaciones que tenemos en el entorno social y físico. Cuánto más tiempo alargamos nuestra esperanza de vida, más diferentes somos a las y los demás. La población mundial está envejeciendo cada vez más rápido. En 2021 había 761 millones de personas de 65 años o más, y se espera que para 2050 sean 1,600 millones, lo que significa que una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más.

En América Latina y el Caribe, este cambio ocurre todavía más rápido que en otras regiones: mientras que en Europa tomó cerca de 50 años duplicar su población mayor, aquí se espera que pase en solo 25 años. Mientras que, en México, las cifras más recientes muestran que para 2030 las personas mayores representarán el 14.96 %, superando por primera vez a los jóvenes de 0 a 14 años, y para 2070 se calcula que llegarán al 34.2 % de la población total. Todo esto representa un reto bastante grande para la salud, la educación, las políticas públicas y la forma en que nos relacionamos con las personas mayores, y nos invita a pensar en las ideas y prejuicios que la sociedad puede tener hacia ellas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2022).

A quienes se consideran personas jóvenes o personas mayores dependerá del contexto, el propósito y la cultura. A los 18 años puede ser considerado demasiado mayor para alguna competición de gimnasia y a la vez, demasiado joven para ocupar algún puesto político. En este sentido, la forma en que pensamos, sentimos o actuamos con respecto a la edad y el envejecimiento puede tener diversos sesgos basados solo en un número cronológico. Se denomina “edadismo” a los estereotipos, prejuicios y la discriminación dirigidos contra otras personas o autoinfligido por razones de edad. Afecta a todas las edades y tiene una gran relevancia en nuestra sociedad actual (OMS, 2022).

El edadismo adopta muchas formas a lo largo de la vida. Por ejemplo, cuando es ignorado por sus compañeros de trabajo o supervisores, cuando se le niega un préstamo en el banco o donde las personas mayores son acusadas de brujería. Con ello, el edadismo tiene varios aspectos relacionados, que engloban 3 dimensiones: estereotipos (pensamientos), prejuicios (sentimientos) y discriminación (acciones o comportamientos). También tiene tres niveles de manifestación: institucional, interpersonal y autoinfligido, así como dos formas de expresión: explícito e implícito.

A nivel mundial, una de cada dos personas manifiesta actitudes edadistas hacia las personas mayores. En Europa, que es la única región de la que se dispone de datos sistemáticos, una de cada tres personas afirma haber sido objeto de edadismo; además, las personas jóvenes reportan haber percibido mayores niveles de discriminación por edad en comparación con otros grupos etarios (OMS, 2022). Estos datos permiten dimensionar la magnitud del problema y evidencian que el edadismo no es un fenómeno aislado, sino una práctica social extendida que se presenta en distintos contextos y etapas de la vida, con implicaciones tanto individuales como colectivas.

En este contexto, el edadismo tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas. En el caso de las personas mayores, se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente, una recuperación más lenta de la discapacidad y un mayor deterioro cognitivo. Asimismo, reduce la calidad de vida, incrementa el aislamiento social y la soledad ambos vinculados con problemas de salud relevantes, restringe la capacidad de expresar la sexualidad y puede aumentar el riesgo de violencia y maltrato hacia las personas mayores.

Con lo referido, el edadismo puede reducir también el compromiso de las personas jóvenes con la entidad para la que trabajan. El edadismo contribuye a la pobreza y la inseguridad económica de las personas en la vejez, y en una estimación reciente se demuestra que el edadismo tiene un costo para la sociedad de miles de millones de dólares (OMS, 2022). Los factores que aumentan el riesgo de incurrir en edadismo contra las personas mayores son ser joven, de sexo masculino, tener

ansiedad ante la muerte y el menor nivel de estudios. Por lo anterior, resulta muy importante conocer cuáles son esos estereotipos negativos hacia el envejecimiento en estudiantes del área de la salud y con ello, crear conciencia del buen trato y respeto hacia la población mayor. El objetivo de esta investigación fue identificar las manifestaciones de edadismo hacia la vejez, el envejecimiento y las personas mayores en jóvenes universitarios del área de la salud.

METODOLOGÍA.

Diseño: Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, cuyo propósito fue identificar las manifestaciones de edadismo hacia la vejez, el envejecimiento y las personas mayores en jóvenes universitarios del área de la salud.

Población y muestra: La población estuvo conformada por estudiantes universitarios pertenecientes a programas del área de la salud (Enfermería, Medicina, Fisioterapia y afines). La muestra fue no probabilística por conveniencia e incluyó a 50 estudiantes que aceptaron participar voluntariamente.

Muestreo: Se utilizó un muestreo de tipo intencional, considerando como criterios de inclusión: estar matriculado en una carrera del área de la salud, tener entre 18 y 25 años, y aceptar participar en el estudio. Se excluyeron aquellos estudiantes que no completaron el cuestionario en su totalidad.

Instrumentos: Para la recolección de datos se aplicó la encuesta sobre Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), instrumento validado en población hispanohablante, que evalúa percepciones y actitudes hacia la vejez en tres dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual.

La encuesta se realizó mediante un formulario en línea a un total de 120 estudiantes del área de la salud de la BUAP, pertenecientes a las licenciaturas de Estomatología, Medicina, Enfermería, Podología y Fisioterapia, abarcando desde estudiantes de primeros semestres hasta aquellos que ya están por culminar su

carrera. La participación fue voluntaria y anónima, haciendo uso de un consentimiento informado y garantizando la confidencialidad de los datos. El instrumento utilizado, se describe como sigue: A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre la vejez y el envejecimiento. Indica, señalando con un círculo, tu grado de acuerdo con cada afirmación en una escala del 1 al 4. Por favor, responde con sinceridad a cada una de ellas (Muy en desacuerdo, Algo en desacuerdo, Algo de acuerdo, Muy de acuerdo=

Tabla 1. Instrumento

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	1	2	3	4
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	1	2	3	4
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"	1	2	3	4
4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tiene alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades mentales	1	2	3	4
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	1	2	3	4
6. A medida que las personas se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles	1	2	3	4
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud	1	2	3	4
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	1	2	3	4
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	1	2	3	4
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tiene una serie de incapacidades que le hace depender de los demás	1	2	3	4
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos	1	2	3	4
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad	1	2	3	4
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez	1	2	3	4
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	1	2	3	4
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"	1	2	3	4

Fuente: los autores (2025)

Normas de corrección e interpretación.

La forma de respuesta a este cuestionario sigue una escala tipo Likert de 1 a 4, a partir de las cuales se obtiene una puntuación sumativa. Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez. Se obtienen puntuaciones en tres factores que oscilan entre 5 y 20 puntos:

- Salud (ítems 1, 4, 7, 10, y 13). Afirmaciones acerca del deterioro de la salud, aparición de discapacidades, deterioro cognitivo y la existencia generalizada de enfermedades mentales en la vejez.
- Motivacional-social (ítems 2, 5, 8, 11 y 14). Afirmaciones sobre carencias afectivas, falta de intereses vitales y capacidad disminuida para desempeñar una actividad laboral.
- Carácter-personalidad (ítems 3, 6, 9, 12 y 15). Afirmaciones acerca de la rigidez mental, los problemas de labilidad emocional y el debilitamiento en los mayores.

Ética del estudio:

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki. La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y se garantizó la confidencialidad de los datos, el anonimato de los participantes y la participación fue voluntaria, previa aceptación mediante consentimiento informado.

Estrategia de análisis de datos:

Los datos fueron procesados mediante análisis estadístico descriptivo (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central). Asimismo, se exploraron comparaciones básicas entre las dimensiones de edadismo identificadas, con el objetivo de visibilizar cuáles son las actitudes más prevalentes en los estudiantes.

RESULTADOS.

La información sociodemográfica que se recopiló de los estudiantes y que se incluyó en los formularios de la encuesta abarcaba datos clave como Carrera y Sexo, además de otros datos demográficos pertinentes. Como se muestra en la sección de Resultados del estudio, la distribución de la muestra se organiza en una tabla según la Licenciatura y el Sexo de los participantes. Es importante destacar que la muestra total estuvo conformada por 120 estudiantes del área de la salud de la BUAP.

Tabla 2. Profesión

Licenciatura	Hombre	Mujer
Medicina	7	11
Enfermería	3	15
Podología	12	31
Estomatología	4	12
Fisioterapia	3	13
Químico farmacobiólogo	3	6

Fuente: Los autores (2025)

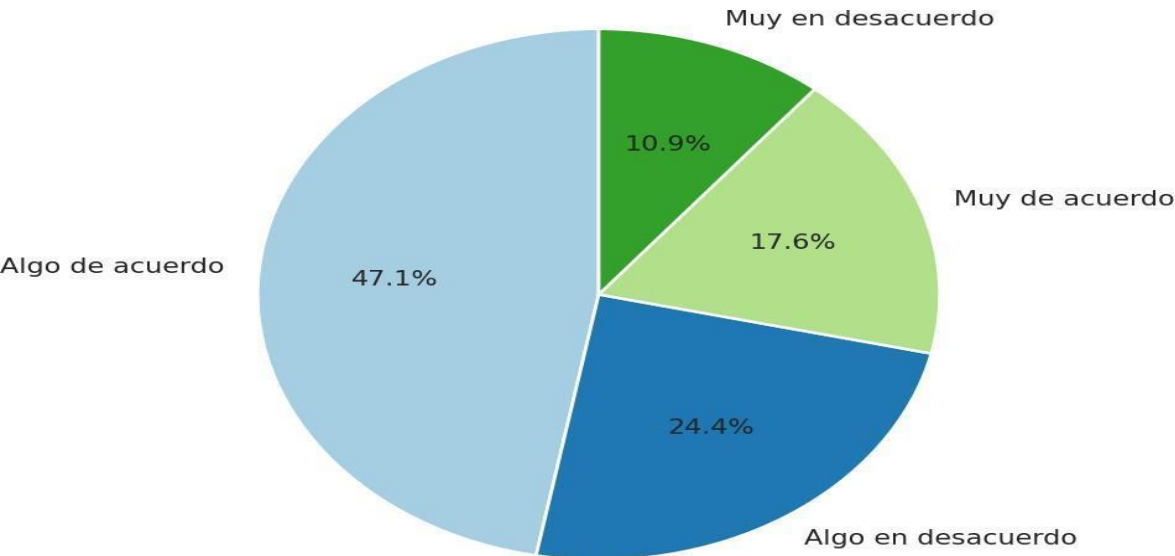


Gráfico 1. Profesión. Fuente: Los autores (2025)

1. La mayor parte de las personas cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.

- El 64,7% de los encuestados cree que al llegar a los 65 años comienza un deterioro notable de la memoria, lo que refleja cierta aceptación de la idea de que el envejecimiento implica pérdidas cognitivas.

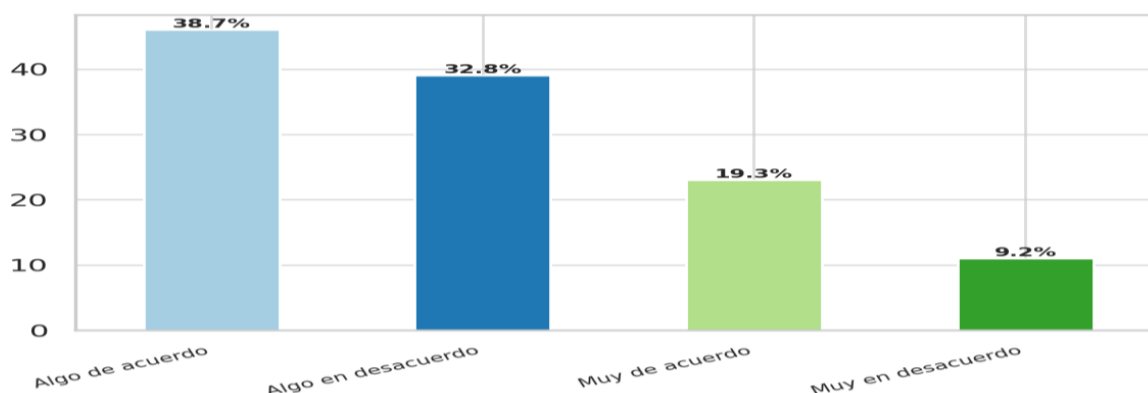


Grafico 2. Edad. Fuente: Los autores (2025)

2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.

- Más de la mitad de los encuestados (71.6%) considera que las personas mayores pierden el interés sexual con el paso de los años, lo que evidencia que aún persiste la creencia de que la vejez está relacionada con la ausencia de deseo sexual.

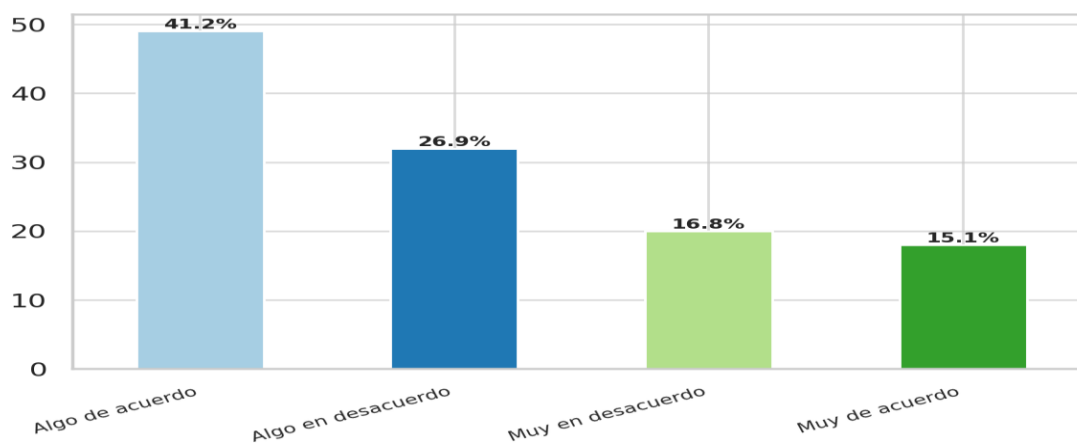


Gráfico 3. Interés por sexo. Fuente: Los autores (2025)

3. A medida que las personas se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.

- El 56.3 % de los encuestados manifestó estar de acuerdo en que, con el paso del tiempo, las personas tienden a volverse más rígidas e inflexibles. Este resultado evidencia que el estereotipo de la inflexibilidad asociada a la vejez continúa fuertemente arraigado en la percepción social.

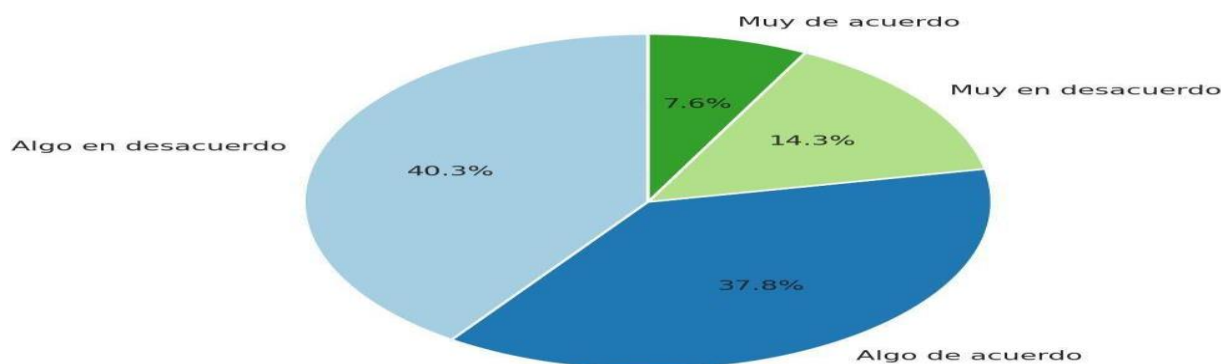


Gráfico 4. Rigidez-Flexibilidad. Fuente: Los autores (2025)

4. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.

- Casi la mitad de los encuestados considera que las personas mantienen un estado de salud aceptable hasta alrededor de los 65 años, y que después de esa edad el deterioro de la salud se vuelve más evidente.

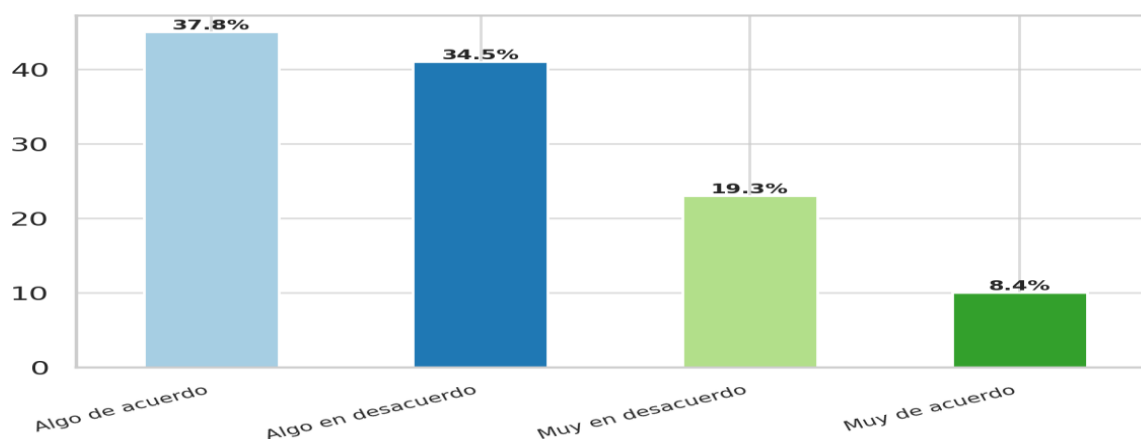


Gráfico 5. Nivel de salud. Fuente: Los autores (2025)

5. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.

- El 46.2 % de los encuestados considera que, con el envejecimiento, se pierde el interés por las cosas, lo que muestra que casi la mitad percibe una disminución de la motivación o el entusiasmo con la edad.

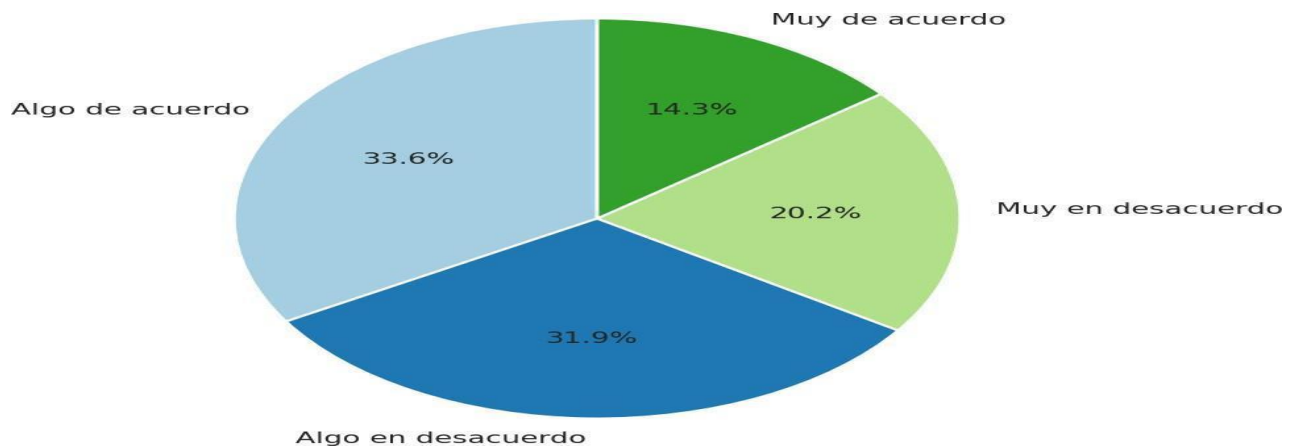


Gráfico 6. Interés por las cosas. Fuente: Los autores (2025)

6. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.

- El 47.9 % de los encuestados considera que las personas mayores, en muchas ocasiones, se comportan como niños, lo que evidencia que aún persisten estereotipos que tienden a infantilizar a este grupo de edad.

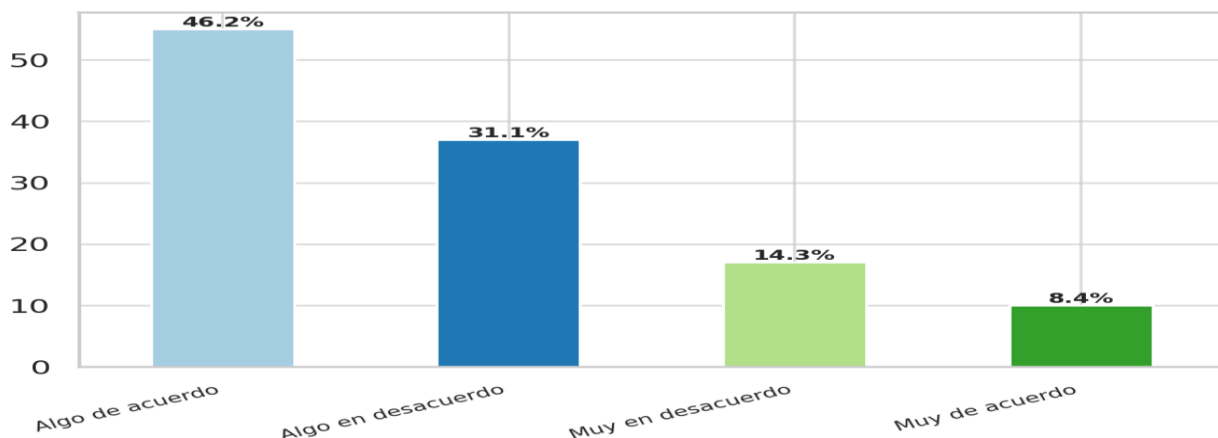


Gráfico 7. Estereotipos. Fuente: Los autores (2025)

7. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tiene una serie de incapacidades que le hace depender de los demás.

- El 54.6 % de los encuestados considera que la mayoría de las personas mayores de 65 años presenta limitaciones que las llevan a depender de otras personas, lo que refleja una percepción generalizada que relaciona el envejecimiento con la dependencia.

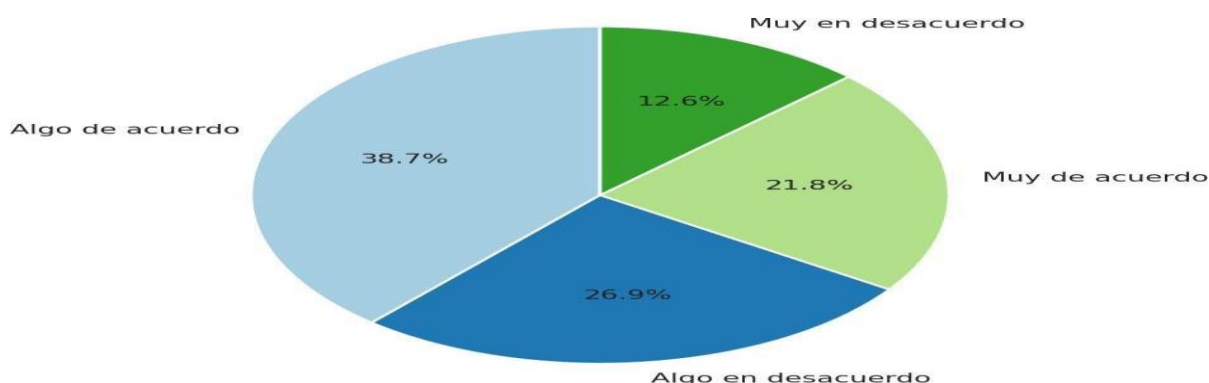


Gráfico 8. Incapacidades. Fuente: Los autores (2025).

8. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez.

- El 60.5 % de los encuestados considera que el deterioro cognitivo, como la pérdida de memoria, la desorientación o la confusión, es una consecuencia inevitable de la vejez, lo que muestra que para la mayoría este proceso se percibe como algo natural del envejecimiento.

DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con lo que encontró Lara-Pérez et al. (2019), quienes también detectaron estereotipos negativos hacia las personas mayores en estudiantes del área de la salud, sobre todo en la dimensión de carácter y personalidad. En ambos casos se repiten ideas como que las personas mayores son más irritables, tercas o difíciles de tratar, lo que muestra que esos

prejuicios siguen presentes incluso entre quienes se están formando para trabajar en salud.

De una manera similar, el estudio de González de la Roca y Chocoj González (2022) en Guatemala señaló que los estereotipos más frecuentes eran los de carácter-personalidad, seguidos de los relacionados con salud y motivación social. Esto coincide con lo encontrado en esta investigación, donde también aparecen creencias ligadas al deterioro físico o a la pérdida de memoria, reforzando la idea de que muchas veces se asocia envejecer con perder capacidades.

Por otro lado, los resultados difieren un poco de los hallazgos de la Revista de Enfermería del IMSS (2020), donde más del 65 % de los estudiantes mostró estereotipos negativos en la dimensión de salud. En este estudio, aunque sí hubo creencias sobre dependencia o mayor enfermedad, los porcentajes fueron menores. Esto podría explicarse por diferencias en la formación académica, el contacto directo con personas mayores o el contexto cultural en el que viven.

Un punto que también llama la atención es la sexualidad. Como señalan Pedrero García et al. (2018), casi la mitad de los universitarios considera que las personas mayores tienen menos interés por las relaciones sexuales. En este estudio se observó algo parecido, ya que más de la mitad de los participantes estuvo de acuerdo con esa idea. Esto muestra que la sexualidad en la vejez sigue siendo un tema rodeado de prejuicios y evidencia la necesidad de hablar más sobre ello en la formación de futuros profesionales de la salud.

Claramente, los resultados de esta investigación se diferencian de los hallazgos de Ciencia Latina (2023), donde los estereotipos hacia la vejez fueron bajos entre estudiantes de medicina. Esto indica que la forma en que se enseñan los temas de envejecimiento en la universidad influye directamente en las actitudes y creencias de los estudiantes. En general, los hallazgos muestran que los estereotipos hacia las personas mayores siguen presentes, aunque con distintos niveles según el grupo estudiado. Siguen existiendo ideas que asocian la vejez con deterioro, dependencia o falta de interés.

CONCLUSIONES.

En este estudio se vio que los estudiantes del área de la salud todavía tienen varios estereotipos negativos sobre las personas mayores y la vejez. Las ideas más comunes están relacionadas con la rigidez de carácter, la dependencia, el deterioro de la memoria y la menor actividad sexual. Esto muestra que el edadismo sigue presente, incluso entre quienes se preparan para cuidar la salud de otros.

Los resultados indican que es importante enseñar más sobre envejecimiento y respeto hacia las personas mayores dentro de las carreras de salud. Así se puede ayudar a que los futuros profesionales sean más empáticos y den un trato digno a las personas mayores. En resumen, conocer estos estereotipos permite tomar acciones para reducir prejuicios, mejorar la atención en salud y lograr una sociedad más justa e inclusiva con las personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- González de la Roca, C. I., & Chocoj González, M. M. (2022). *Estereotipos hacia las personas mayores manejados por estudiantes universitarios*. Revista Académica Sociedad del Conocimiento CUNZAC, 2(2). <https://doi.org/10.46780/sociedadcunzac.v2i2.23>
- Lara-Pérez, R., Moreno-Pérez, N. E., & Padilla-Raygoza, N. (2019). *Estereotipos negativos hacia el envejecimiento en estudiantes universitarios del área de la salud*. SANUS, 8, 10–25. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi8.107>
- Levy, B. R. (2002). *Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging*. Current Directions in Psychological Science, 11(4), 135–138.
- Levy, B. R. (2009). *Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging*. Current Directions in Psychological Science, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). *Longevity increased by positive self-perceptions of aging*. Journal of Personality and Social Psychology, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>

- Mena, B., Sánchez-Palacios, C., & Trianes, M. V. (2009). *Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE): Fiabilidad y validez en una muestra de universitarios*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(2), 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.08.005>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Ageism*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/ageism>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Pedrero-García, E., Moreno-Crespo, P., & Moreno-Fernández, O. (2018). *Sexualidad en personas mayores: Estereotipos en el alumnado universitario del grado de Educación Primaria*. *Formación Universitaria*, 11(2), 77–86. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062018000200077>
- Revista de Enfermería del IMSS. (2020). *Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes de enfermería*. *Revista de Enfermería del IMSS*, 33(3), 125–135. <https://doi.org/10.37811/revenf.33.3.1255>
- Vargas, J. L., Bautista, C. A. N., Solares, G. F. R., & Espinosa, L. C. N. (2024). *Estereotipos negativos hacia la vejez en estudiantes de medicina de pregrado*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 7574–7591. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9297
- Vázquez, F. L., Blanco, V., & López, M. (2016). *Actitudes hacia las personas mayores en estudiantes universitarios*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 105–114.
- Yanguas, J., & Pinazo-Hernandis, S. (2017). *Edadismo y discriminación por edad en la sociedad contemporánea*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(1), 8–14.
- Zamarrón, M. D., & Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Stereotypes on aging: A review of international research*. *Journal of Aging Studies*, 14(4), 377–395.

NORMAS EDITORIALES

La Revista GeroCiencia, constituye un marco referencial para la construcción del conocimiento integral de las ciencias humanas en el ámbito de la Gerontología orientado a las áreas de Educación, Gerencia, Salud, Ciencia y Tecnología. Por esta razón a continuación se precisan las normas editoriales de la Revista.

Instrucciones para autores

La Revista GeroCiencia, es una Revista Científica Electrónica de Gerontología, en las áreas de educación, salud, gerencia, ciencia y tecnología, dicha revista ofrece la publicación de investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, revisiones documentales, experiencias sistematizadas y estudios de investigadores invitados relacionados con los ámbitos de competencia de la Revista (los cuales previa revisión del comité editorial, puedan ser arbitrados). Todo artículo o trabajo debe ser enviado con carta de autorización de publicación firmada por el o los autores. Las producciones deben ser originales e inéditas que no hayan sido enviados a otras revistas.

Los artículos que no sean considerados como contribución científica original para su publicación serán notificados por el equipo editorial a él o los autores.

1. Normas generales de la Revista GeroCiencia:

1.1. La Revista publica investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas en las áreas o contextos gerontológicos educativo, demográfico, artístico, biológico, psicológico, sociales-comunitarios, salud, gerenciales, metodológicos, tecnológicos, culturales, antropológicos.

1.2. Las producciones (investigaciones, ensayos científicos, artículos científicos, artículos académicos, revisiones documentales, reportes de caso, experiencias sistematizadas) deben ser enviados, así como comunicaciones relacionadas con asuntos editoriales al Director Editor correo: revistaelectronicagerociencia@gmail.com

1.3. Las producciones deben estar escritos en idioma Español y el resumen en Español e Inglés con un máximo de 150 palabras, también debe incluir palabras clave no mayores de cinco (5) palabras que no estén contenidas en el título.

1.4. Los artículos o trabajos deben ser remitidos en original en formato Word, no debe exceder de 20 cuartillas.

1.5. Para la identificación de los artículos o trabajos, él o los autores deben adjuntar resumen curricular del autor o autores no mayor de 15 líneas por cada uno, que incluya: formación profesional, cargos desempeñados, e-mail, experiencia laboral e información relevante.

1.6. Los artículos o trabajos enviados serán sometidos a evaluación por el equipo editor de la Revista y estará conformado por tres o más árbitros quienes emitirán un veredicto que será inapelable.

1.7. Los artículos o trabajos que sean aceptados pasan a ser de esta Revista y no pueden ser publicados en otra revista o medio de divulgación. Igualmente, se deja claro que, los conceptos u opiniones emitidas por los autores no representan los intereses personales de la comisión editorial. Por tanto cada autor se hace responsable de los conceptos y opiniones emitidos.

1.8. Los artículos o trabajos que no cumplan con los requisitos serán notificados al autores o autores una vez dado el veredicto de los árbitros.

1.9. Cada autor debe estar identificado con su nombre, institución de afiliación, correo electrónico y ORCID (Open Researcher and Contributor Identification). Si no tiene ORCID se puede registrar, sin costo alguno, en <https://orcid.org/>

2. Normativas para la Presentación de los artículos o trabajos:

2.1. Los artículos o trabajos deben ser transcritos a computadora, a espacio 1.5, hoja tamaño carta, enumeración arábica superior derecha, en letra Arial 12 color negro. Márgenes: izquierdo 3cm; mientras que el margen superior, derecho e inferior 2,5cm.

2.2. Los artículos o trabajos deben contener la siguiente estructura, centrado en negrilla con mayúscula minúscula: título en español (no mayor de 15 palabras) en mayúscula sostenida, los subtítulos en mayúscula minúscula, los títulos de cada

apartado dentro del texto en mayúscula sostenida, año de ejecución del artículo o trabajo (no debe ser mayor de 5 años considerando la fecha actual de publicación), a un espacio del título el autor o autores (primer apellido, primer nombre), dirección institucional (institución donde labora), correo del o los autores, resumen (no debe exceder las 150 palabras con interlineado sencillo), palabras clave (no mayor de 5 palabras clave), el Resumen en inglés debe presentar los mismos criterios que el español. En cuanto al contenido de los artículos o trabajos debe contener: introducción (se plantea la idea o problema de estudio y objetivos), referencia teórica sustentadora, metodología utilizada, resultados, discusión y análisis de los resultados, consideraciones finales y referencias bibliográficas (no menor de 15 referencias). En cuanto a los artículos académicos (entre 10 y 20 páginas), revisiones documentales (entre 5 y 10 páginas), reportes de caso (entre 10 y 20 páginas), experiencias sistematizadas (entre 10 y 20 páginas), cuya naturaleza es expositiva-reflexiva debe por lo menos contener resumen (inglés y español), introducción, desarrollo y conclusiones o reflexiones y referencias bibliográficas.

2.3. En el contenido del artículo o trabajo no deben utilizarse letras mayúsculas intercaladas, excepto para los nombres propios.

2.3.1. Las tablas, figuras, diagramas y fotos, deben ser de alta calidad y deben estar incluidas en el texto, identificadas con números arábigos (sin usar símbolo N°) debe considerar la secuencia de la presentación de las tablas, figuras, diagramas y fotos presentadas en el artículo y trabajos. El título de las tablas, se coloca encima de las mismas, mientras que el título de figuras, gráficos y fotos se coloca debajo. Incluir en el texto con la mención correspondiente, es decir, las tablas, figuras, diagramas y fotos deben estar referidas en el texto.

2.3.2. En los artículos deben emplearse abreviaturas internacionales convencionales, en caso de utilizar abreviaturas particulares debe aclararlas en el texto posterior a la cita. El lenguaje debe ser técnico acorde al nivel y metodología.

2.3.3. Los nombres científicos deben escribirse en letra itálica (cursiva) y debe mencionarse completo la primera vez, luego se menciona usando la inicial del género más la especie.

2.3.3. En cuanto a las Citas que deben presentarse en los artículos o trabajos se deben considerar los siguientes aspectos:

- El texto del artículo o trabajo debe ajustarse a las normas APA (American Psychological Association) 2012.
- Citas textuales mayor de 40 palabras deben tener interlineado sencillo a 5 espacios izquierda y derecha.
- Citas parafraseadas deben ser intercaladas en el texto y encerrada entre comillas ("). La cita no debe ser mayor a 40 palabras.
- Toda cita textual debe llevar autor(es) año entre paréntesis (año y numero de página), no así en las citas parafraseadas.

Libros

Segal, S y Giuliani, D. (2010) *Modelización en el aula: posibilidades y necesidades*. México: Libros del Zorgal.

- Libros con más de seis autores se coloca luego del sexto autor y otros.

Autor corporativo

Departamento de Educación. (1998) *EducationReform in Puerto Rico*. Hato Rey (San Juan de Puerto Rico): Autor.

En caso de reimpressiones

Rorschach, H. (1921/q970). *Psicodiagnóstico (7ma Reimpresión)* Buenos Aires, Argentina: Paidos.

Tesis de grado u otro similar

Quintero, S (2012) *La gerontología educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Caso UNEFM Coro*. Trabajo de grado presentado para optar al título de magister scientiarum en docencia para educación superior. Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt. Núcleo Coro: Estado Falcón Venezuela.

Periódicos y/o Revistas

López, J (01 de diciembre de 2007) *Crea y administra tu propio foro con phpBB*. España: Todo Linux, 83, pp. 12-17.

Internet

Castilla, A (28/07/2007) *Enganchadas a final Feliz repostaje: El éxito de la novela romántica*. Disponible en URL: http://www.elpais.com/articulo/semana/Enganchadas/final/final/feliz/elpepuculbab/20070728elpbabese_1/Tes[consulta 23 de junio de 2008]

Medios audiovisuales

NationalGeographicSociety (Productora) (1987). *In the shadow of Vesuvius*. [Video]. Washington, DC. USA: NationalGeographicSociety.

Importante

Las conversaciones personales, cartas, conversaciones telefónicas, etc (fuentes vivas) no publicadas no deben ser listadas en la referencia debido ya que no pueden ser consultadas por los lectores.

3. Normativas sobre el Arbitraje.

3.1. El artículo o trabajo científico, debe ser enviado al Director Editor, quien enviará al Comité Editor para su revisión y visto bueno, una vez revisado se convocará al Comité de Redacción y Consejo de Asesores de ser necesario para definir los árbitros correspondientes.

-La evaluación de los artículos y trabajos deben responder a los siguientes criterios: coherencia del discurso, claridad en la exposición de ideas, adecuada organización del discurso escrito, pertinencia de las referencias bibliográficas, aportes al conocimiento del objeto, apropiada elaboración del resumen y abstract, pertinencia del título en relación a la relevancia que se presenta, estricto apego a las Normas editoriales.

- Si el artículo o trabajo es aprobado con observaciones por parte de los árbitros, las mismas serán enviadas al (los) autor (es) para su corrección en caso que así lo exija el comité. Después de realizar las correcciones y ajustes sugeridos por los árbitros, los autores devolverán la versión corregida en formato digital como en su primer envío al correo destinado para tal fin.
- Si el artículo o trabajo no es aprobado, el o los autores recibirán comunicación indicando la no aceptación para publicación.
- Aprobado el artículo o trabajo el o los autores recibirán fecha posible de publicación, así como envío del ejemplar de la revista digitalizado.
- Las opiniones, comentarios u opiniones emitidos en los artículos y trabajos son estrictamente responsabilidad del o los autores.
- El Comité Editor se reserva el derecho de los arreglos de estilo que considere conveniente.
- Lo no previsto en las presentes normas será resuelto por el Director Editor y el Comité Editor.

Instrucciones para árbitros de la Revista y colaboradores.

Estimado Arbitro Colaborador, reciba un cordial saludo desde la Revista GeroCiencia (*revista científica electrónica de gerontología, educación, gerencia, salud, ciencia y tecnología*). Agradecemos su valioso apoyo con nuestra revista. En el documento que le fue enviado, agradecemos su atención al estricto apego a las normas de edición de la Revista GeroCiencia, para la revisión del artículo o trabajo enviado. En caso contrario no consideraremos las observaciones realizadas por su persona.

La Revista GeroCiencia, busca el mejoramiento de la calidad investigativa en torno al tema del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento en los distintos ámbitos o áreas planteadas en las normas editoriales, por tanto, resulta importante que cada artículo o trabajo ofrezca un aporte significativo a esta revista.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“FRANCISCO DE MIRANDA”
 DECANATO DE INVESTIGACIÓN Y
 AREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA GERONTOLOGÍA
 Coro - Venezuela
 Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER



Título del estudio:

Planilla de arbitraje

Criterios	Excelente (2 puntos)	Muy bueno (1,5 puntos)	Bueno (1 punto)	Regular (0,5 puntos)	Deficiente (0 puntos)	Observaciones
1. Pertinencia del título del artículo o trabajo.						
2. Adecuada redacción del resumen.						
3. Claridad, coherencia y originalidad del discurso.						
4. Adecuada organización del artículo o trabajo.						
5. Calidad de las referencias bibliográficas citadas.						
6. Aportes del artículo o trabajo al conocimiento del objeto de estudio.						
7. Estricto apego a las normas editoriales.						
8. Apreciación general del documento.						
9. Lenguaje de acuerdo con el nivel del documento						
10. Correspondencia con la línea de investigación.						

Veredicto:

- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado sin ninguna modificación_____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con ligeras modificaciones_____
- El artículo o trabajo evaluado puede ser publicado con importantes modificaciones_____
- El artículo o trabajo evaluado no puede ser publicado_____
- Observaciones_____

**Líneas de Investigación de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas
UNIGER. Programa de Gerontología de la UNEFM
Área Prioritaria de Desarrollo: Ciencias de la Salud**

Área de Investigación	Línea de Investigación	Sublínea de Investigación
Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos	Promoción de salud	Estilos de vida saludable
		Nutrición en el adulto mayor
	Prevención de enfermedades	Abordaje gerontológico de las patologías neurológicas en adultos mayores
	Rehabilitación y habilitación	Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor
		Autonomía y funcionalidad en el adulto mayor
		Discapacidad y salud
Salud y envejecimiento	Gestión de salud	Evaluación y fortalecimiento de la gestión de salud
		Administración gerontológica
	Dinámica psicosocial	Integración familiar del adulto mayor
		Participación del adulto mayor
		Demografía gerontológica
		Recreación y tiempo libre
		Dinámica social de la vejez y envejecimiento
		Educación gerontológica
		Gerontología educativa
		Dinámica sociocultural de la vejez
		El adulto mayor y las tecnologías de información y comunicación
	Derechos humanos	Orientación gerontológica
		Envejecimiento activo
		Derechos humanos, ocupación y diversidad
		Derechos humanos y salud
	Economía política y calidad de vida	Economía en la vejez
		Sistemas de seguridad social
		Políticas públicas y formación social y ciudadana
	Entornos físicos saludables	Entornos físicos saludables para el adulto mayor
	Apoyo social	Sistemas de apoyo en los adultos mayores
	Apoyo social	Asistencia al adulto mayor en etapa terminal
		Cuidadores formales e informales
	Epidemiología de la vejez	Demografía en la vejez

RESUMEN TÉCNICO DE COMITÉ:**DIRECTOR-EDITOR**

Dra. Sandra Quintero. PhD. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias de la Salud UNEFM 2025. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB) Magister Scientiarum en Pedagogía Crítica (UNEKR 2021), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (2021) Magister en Pedagogía Crítica Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM. PEII-A2. Directora Programa Gerontología (2016-2023) y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Locutora universitaria. Docente Titular. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. -Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. -Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con "Gerontología al Día". Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

COMITÉ EDITOR

Lcda. Belen Cásares. MSc. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Licenciada en Gerontología. Maestría Gerencia en Recursos Humanos de la Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Licenciatura en Comunicación Social UBV, TSU en Producción de medios de comunicación. Doctorante en Ciencias de la Comunicación UNEFM. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Organizadora de eventos científicos y comunitarios. Conferencista en eventos científicos. Formada en desarrollo social, multidiversidad, aprovechamiento energético ONCTI entre otros. Facilitadora de talleres de formación laboral en INCESS. Facilitadora curso de inducción para estudiantes de Gerontología. Autora del estudio Educación Ambiental con adulto mayores de Coro estado Falcón. Premio mención al mejor trabajo en las jornadas de investigación UNEFM 2015. Cumlaude grado 2017. Área de conocimiento: envejecimiento activo y educación ambiental.

Dr. Nohé Ramón Gilson. MSc. PhD. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Lcdo en Comunicación Social mención Desarrollo Social. Lcdo. Teología. Lcdo. Filosofía. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB). Magister Scientiarum en Gerencia de la Tecnologías de Información y comunicación. Doctor en Ciencias Sociales UNEFM. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual Universidad Kléber Ramírez. Docente Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM, Programa de Medicina y Programa Artes Audiovisuales. Autor de libros como *Semillas de Esperanza* (2003), *Poemas para el Alma* (2012), *Candelaria Virgen Amada* (2017), *San Antonio Patrono Bendito* (2017), *Valorando la profesión del periodista* (2017). Reconocimientos: Premio Municipal de Periodismo "Salomón Maduro Ferrer" (2016), Premio Regional de Periodismo "Carlos Martínez Bueno" (2016), Premio Regional de Periodismo mención Interpretativo "Lino Revilla" (2015). Miembro Fundación Somos Geroactivo. Conferencista e Investigador PEII A-1. Locutor Universitario. PEII-A1. Área de conocimiento: medios de comunicación social y adulto mayor. Apropiación social de las tic. Artes audiovisuales.

COMITÉ REDACCIÓN**Lcda. Josefingre Rujano. MSc. (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolana. Licenciada en Gerontología, Magister Scientiarum en Salud Pública, Maestrante en Gerontología y Desarrollo Humano, Miembro activo de la Fundación Somos Geroactivo. Cursante del Doctorado Gestión de la creación Intelectual (UPTKR), Docente del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda", Diplomado en Salud mental DRIE - HGD AVG. TSU en Administración de Mercadeo Agrícola (IUTAG) Diplomado en Salud Mental. (DRIE). Conferencista Nacional e Internacional. Miembro de la Red Iberoamericana de Gerontología "1 de agosto" (Argentina).

Otros miembros forman el comité editorial**CONSEJO ASESORES****Lcda. Maroly Quevedo MSc (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)**

Venezolana. Lcda. en Gerontología. Magister Scientiarum en Recursos Humanos. Magister Scientiarum en Salud Pública. Doctorante de Ciencias de la Salud UNEFM. Docente Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Miembro Fundación Somos Geroactivo. PEII-A1. Memoria de VIII Jornadas de Investigación de la UNEFM. Conferencista y organizadora de eventos a nivel nacional e internacional. Miembro Fundación Somos Geroactivo. Tutor y jurado de estudios de Gerontología. Área de conocimiento: prácticas

gerontológicas integrales, gerencia en gerontología, intervención social, Economía Política en la Vejez.

Dr. Jairo Villasmil (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Psicólogo (1990). Lcdo en Comunicación social mención desarrollo social (1999). Maestría en Ciencias mención desarrollo comunal (1995). Doctorado en Educación (2010). Formación en Gerencia social comunitaria, planificación y diseños de sitios web, como escribir y publicar artículos científicos. Experiencias: Miembro asesor de la junta tratamiento postpenitenciario, Tutor y asesor de estudios de postgrado en materia gerencial como educativa. Publicaciones Revistas y artículo científicos en Revista Ciencias sociales y educativas UNEFM, Revista Laurus, Revista Educación UPEL. Conferencista nacional e internacional. Director de currículo de la UNEFM.

Lcda. Carlina García (Univ. Nac. Exp. Francisco de Miranda UNEFM-Venezuela)

Venezuela. Licenciada en educación mención lenguas extranjeras. Docente de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" administra las unidades curriculares Inglés I y II en el Programa de Gerontología.

Dra. Ivonne Medina. PhD. (Univ. Nac. Exp. Politécnica de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana. UNEFA-Venezuela).

Venezolana. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB). Ingeniero Civil UNEFM. Especialista en Control Fiscal mención Auditor. Docente e investigadora de UNEFA. Auditora Interna del MPP Tránsito Terrestre (Jubilada). Cursante Doctorado en Pedagogía Crítica y Alternativa Universidad Kléber Ramírez. Más de 25 años de Experiencia en el Campo de la Gerencia. Cursante del Doctorado en Ciencias Gerenciales UNEFA.

Dr. Gilberto Ereú. PhD. (Iglesia Evangélica Nueva Canaan-Venezuela)

Venezolano. Pastor de la Iglesia Evangélica Nueva Canaan, Caujarao Municipio Miranda estado Falcón. Post Doctorado en Filosofía Educativa Nuestramericana y caribeña (UNERMB) Director de Misiones transculturales. Exdirector del Instituto Bíblico Falcón. Educador, Administrador, Contador Público. Doctor en Ciencias Gerenciales Universidad Nacional Experimental de la Fuerzas Armadas UNEFA. Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual UPTKR. Miembro de la Comunidad de Aprendizaje J. M. Cruxent. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM y Universidad Politécnica territorial de Mérida Kléber Ramírez.

Nota: Varios árbitros y miembros del comité de redacción son asesores en esta edición.

RESUMEN TÉCNICO DE ÁRBITROS**Dra. PhD. Neris Ortega. (Univ. Carabobo Venezuela)**

Venezolana. PhD Enfermería, salud y Cuidado Humano. Enfermera. Universidad de Carabobo. Master en Cuidado Intensivo: Mención Médico quirúrgico, UC /2000. Especialista en Investigación en drogas. USP-Brasil/ 2005. Prof. Titular Universidad de Carabobo/Facultad de Ciencias de la Salud/ Dpto de Enfermería en Salud Integral del Adulto. Publicaciones: *Resiliencia a la violencia como fenómeno complejo del cuidado humano* año 2015, *Aproximación a la persona humana como aspecto esencial para la comprensión del fenómeno de la resiliencia* año 2014 entre otras.

Dra. Maribel Thamara Osorio. (Univ. Central de Venezuela. Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias de la Educación. Licenciada en Enfermería. Especialista en Docencia en Educación Superior. Especialista en Salud Ocupacional. Maestría en Docencia en Educación Superior. Maestrante en Bioética. Cursando postdoctorado educación, ambiente y sociedad. Universidad Pedagógica Libertador. Directora de la Escuela de Enfermería de la UCV y Directora del Postgrado de Enfermería Oncológica UCV. Editora de la Revista Venezolana de Enfermería. Miembro de la Asociación de Revistas Médicas de Venezuela. Miembro del equipo editorial de la Revista de la Facultad de Medicina UCV. Miembro del equipo de investigadores Fundación Ciea-Sypal. Publicaciones: *Cuidados de enfermería en biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama*. Revista Venezolana De Enfermería.

Dr. Jairo Boscan (Universidad del Zulia LUZ-Venezuela)

Venezolano. Docente titular de la Universidad del Zulia LUZ sede Puto Fijo estado Falcón. Dedicación exclusiva. Licenciado en educación mención ciencias sociales área historia de Venezuela de LUZ, diplomado en estudios avanzados en gestión y desarrollo turístico sostenible de la universidad de Malaga. Actualmente tesista del doctorado de educación de la Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt UNERMB.

Dra. Miriam Bazán (Ministerio de Salud-Perú)

Peruana. Médico cirujano. Miembro. PhD. en Educación, Msc. en Administración y Diplomado en Docencia Universitaria en la Universidad Alas Peruanas. Fundadora y ExPresidenta de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Área de conocimiento: Dinámica Social de la Vejez y el Envejecimiento. Educación Gerontológica, Gerontología Educativa. Conferencista nacional e internacional. Graduada del curso de especialización en servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad en Haifa-Israel. Coautora del libro: "Perfiles de envejecimiento: Gerontología para la vida activa, una propuesta regional".

Dra. Claudia Mendoza (UnivAut Tlaxcala México)

Mexicana. Docencia en Educación Formal, No formal e Informal. Académica Universitaria. Investigación en Gerontagogía. Programación en Áreas de Asistencia, Bienestar y Desarrollo Social. Intervención Socioeducativa y Sociocultural en Grupos Vulnerables. Doctora en Estudios Migratorios, Desarrollo e Intervención (Universidad

de Almería; Almería, España, 01 febrero 2017. Maestra en Animación Sociocultural e Intervención Socioeducativa (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España, enero 2009). Licenciada en Educación Social (Universidad Autónoma de Tlaxcala; Tlaxcala, México:2006). Área de conocimiento: Intervención Socioeducativa en Adultos Mayores (LGAC Individual) Inclusión social de personas con discapacidad (LGAC Cuerpo Académico). Dcoente Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano (Universidad Autónoma de Tlaxcala; México, vigente. Publicaciones: La educación Inclusiva. Reflexiones desde Latinoamérica. México: Castellanos Editores. Espacios para hablar y compartir sobre la intervención social y educativa en grupos vulnerables: Vol.I.(pp. 149-156) Almeria, España: Enfoques Editoriales. Entre otros. Conferencista nacional e internacional.

Magister. Sergio Flores (Univ del Valle de Toluca. México)

Mexicano. Maestro en Ciencias de la Educación (Univ. del Valle de México). Licenciado en Gerontología (Univ. Estatal del Valle de Ecatepec). Doctorante en Educación (Univ. Rey Juan Carlos, España). Actualmente es Director de la Licenciatura en Gerontología en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Líneas de investigación estructuración de diseños curriculares en planes y programas universitarios en gerontología. Coordinador de los Libros: "Perfiles sobre envejecimiento, Estrategias gerontológicas en acción" (2014), UNEVT. "Perfiles sobre envejecimiento, "Gerontología para la Vida Activa. Una propuesta Regional" (2017), Fondo editorial UAP, Perú. Miembro activo de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A. C. Miembro fundador y Secretario de la Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO. Autor de varios libros a nivel internacional. Forme parte del Consejo Técnico de Posgrados en la Universidad Iberoamericana, Campus Ciudad de México. Integré el Grupo de evaluación de Planes y Programas de Estudios ante el Comité Interinstitucional para la Formación, Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud. Actualmente desempeño el cargo de Director de Plantel Niños Héroes 222, CESCJUc, Ciudad de México.

Master. Lidys Padrón Fernández. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Ecuatoriana. Licenciada en Enfermería. Máster en Educación. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Docencia alumnos de pregrado en la Universidad Metropolitana de Quito Ecuador. Miembro del Capítulo Provincial de Medicina Familiar. Conferencista nacional e internacional. Publicaciones: Cuidados de enfermería y efecto por separación del vínculo familiar en pacientes pediátricos con quemaduras. Revista Cultura de los Cuidados. Aprobada para publicación 2do cuatrimestre 2019/agosto-septiembre/volXXIII/No.54.

Dra. Marisa Silvana Zazzetta (Univ. Fed. São Carlos Brasil)

Brasileña. Doctorado en Servicio Social - Escuela Superior de Sanidad (1990), Licenciatura em Servicio Social Universidad Nacional de Entre Rios (1993), Maestría em Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande de Sur

(1996). Actualmente docente em Universidad Federal de São Carlos en Curso Licenciatura de Gerontología, y el Programa de Postgrado em Enfermería (Maestría y Doctorado), y el Programa de PostGrado de Gerontologia (Maestría). Árbitro de revistas: Revista Aquichan, Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología, Revista Estudios Interdisciplinarios de Envejecimiento, Revista Interface–Comunicación, Salud, Educación. Publicaciones: Jesús, Isabela Thaís Machado de Orlandi, Ariene Angelini Dos Santos; Zazzetta, Marisa Silvana .Burden, profile and care: care givers of socially vulnerable elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología, v. 21, p. 194-204, 2018. Jesús, I. T. M.; Orlandi, Fabiana De Souza; Zazzetta, M. S. Frailty and cognitive performance of elderly in thecontext of social vulnerability. Dementia & Neuropsychologia, v. 12, p. 173-180, 2018. Jesus, Isabela Thaís Machado de Diniz, M. A. A; Lanzotti, R. B.; Orlandi, Fabiana De Souza ;Pavarini, S.C.I.; Zazzetta, M. S. Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto de Vulnerabilidade Social. Texto e Contexto. (UFSC Impresso), v. 27, p. e4300016, 2018. Entre otros.

Dra. Sonia Patricia Carreño Moreno. (Univ. Nac de Colombia. Colombia)

Colombiana. Enfermera, Especialista en prevención del maltrato infantil, Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Doctora en Enfermería. Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Secretaria del Capítulo UpsilonNu de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau International, Miembro vitalicio de la International Association for Hospice and Palliative Care. Miembro de la Red Latinoamericana de Investigadores en Cuidado al Paciente Crónico y la Familia. Miembro del Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico clasificado en A en Colciencias. Investigadora reconocida por Colciencias. Autora de 34 artículos publicados en revistas indexadas y dos capítulos de libro.

Master. Laura Inés Salatino. (Univ. Maimonides Argentina)

Argentina. Master en atención integral centrada en la persona AICP Universidad de Vic Barcelona, España. Especialista en Psicogerontología de la Universidad Maimónides; Licenciada en Gerontología de la Universidad Maimónides. Docente a Cargo Curso de Psicogerontología: El Modelo de Atención Integral y Centrado en La Persona, Universidad Maimónides. Universidad Maimónides, Licenciatura en Gerontología, Titular de la Cátedra Gerontología Social III, modalidad a distancia. Conferencista nacional e internacional 2018: V Congreso Latinoamericano de Universidades con Carrera en Gerontología “Construcción del Rol Profesional, de la Teoría a la Práctica”, 2017: VII Congreso Latinoamericano de Psicogerontología: Avanzando en la inclusión, la integración y la interdisciplina, Santiago de Chile, expositor en la mesa redonda “Aislamiento social y perceptivo en el adulto mayor” con la ponencia “Prevención del aislamiento en la vejez” entre otros.

Magister. Yeis Miguel Borré (Univ. Met de Barranquilla-Colombia)

Colombiano. Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud. Magíster en Investigación con énfasis en Docencia. Candidato a Doctor en Investigación y

Docencia. Universidad Metropolitana de Barranquilla (Docente Investigador del Programa de Enfermería) Universidad Libre Seccional Barranquilla (Docente Jornada laboral completa – Líder Grupo de Investigación en Salud Pública). Publicaciones Sánchez C, Urbina A, Borré-Ortiz YM. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad de atención de Enfermería y satisfacción del paciente en población de México. *Rev. Paraninfo digital*, 2017; 27. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/015.php>. Borré-Ortiz YM. Editorial: La Producción Científica en Ciencias de la Salud ¿un asunto de cantidad o calidad? *Rev. Biociencias*. 2017; 12(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2553> entre otras.

Master. Juleiky García Beracieto. (Univ. Met. Quito Ecuador)

Cubano. Licenciado en Enfermería. Máster en Urgencias médicas en atención primaria de salud, con experiencia laboral en el área de la docencia, la investigación, la publicación de artículos científicos, el postgrado y la atención primaria de salud en área prehospitalaria en emergencias médicas, cuidados críticos. Docente en la Universidad Metropolitana de Quito, Ecuador. Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Estrategias educativas en la educación superior. *Revista de Información científica de Guantánamo. Cuba*. 2018.

Dr. Luis González MSc. (UNERMB – Venezuela)

Venezolano. Doctor en Ciencias Sociales. Licenciado en Administración de Empresa y Licenciado en Contaduría Pública. Magister Scientiarum en Gerencia Financiera. Profesional de la administración y contaduría, diseñador y facilitador de procesos formativos comunitarios por más de 35 años, en organizaciones sociales como el grupo social CESAP, Emisora Comunitaria La Rosa de San José 92.3FM. Más de 10 años de profesor agregado en ejercicio en pregrado y posgrado en procesos académicos, administrativos, investigación y extensión, en Misión Sucre, UNERMB, UPTAG y UCSHC. Ha coordinado equipos de trabajo, del centro de investigación Gestión del Conocimiento (CIGEC) de la UNERMB. Experiencia de 25 años en atención y servicio al cliente en organizaciones de servicios telecomunicaciones ERICSSON, en el Hotel Amazonia Jefe de RRHH y en el Instituto Nacional de Estadística, supervisor Regional y del IPC.

Dra. Linda Martínez (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Docente de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM, Coro, Venezuela. Docente Titular Dedicación Exclusiva con 17 años de experiencia en el Departamento de Física y Matemáticas en el Área de Conocimiento Estadística. Doctora en Ciencias Sociales (UNEFM 2024), Especialista en la Gestión Académica Universitaria (UNEFM 2022), Magister Scientiarum en Educación Superior (UNERMB 2015), Lcda. En Educación Matemática Mención Informática (UNEFM 2006).

Dr. Omar Antonio Vega. (Univ. Manizales-Colombia)

Colombiano. Doctor en Ingeniería Informática: Sociedad de la información y el Conocimiento Ingeniero agrónomo, magíster en educación. docencia y magíster en

orientación y asesoría educativa, doctor en sociedad de la información y el conocimiento. Profesor universitario durante 24 años, recientemente pensionado). Investigado asociado y evaluador de Minciencias, evaluador en revista y eventos académicos. Asesor en procesos de investigación científica. Editor independiente. Arbitro en revistas como Ciencias e Ingeniería, Información Tecnológica, Journal of Infrastructure, Policy and Development (JIPD), Archivos de Medicina, Comunicar, Facultad de Ingeniería UPTC, Trilogía Tecnología, Ciencia y Sociedad.

Dr. Carlos Miranda Videgaray (Univ. Aut. Chiapas-México)

Etnólogo, Maestría en Psicodrama, Doctorado en Antropología. Ha sido consultor para el Banco Mundial sobre demanda de servicios de salud. Ha coordinado investigaciones sobre cultura y salud. Ha publicado artículos en revistas especializadas de México, Argentina, Holanda, Perú, Inglaterra. Coordinador del Seminario Permanente de Actualización en Temas Gerontológicos, docente en la Licenciatura en Gerontología y Editor de la Revista Gerontología Latinoamericana, de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

Mtra. Lilian López (UNIQUEINDIO-Colombia)

Colombiana. Gerontóloga - Universidad del Quindío. Magíster en Educación - Pontificia Universidad Javeriana-Universidad de Caldas. Docente asociado e investigadora adscrita a los grupos de investigación GID y Semióticas de Ficción, de la Universidad del Quindío. Ponente nacional e internacional en temas relacionados con el envejecimiento, comunicación y la vejez. Autora y coautora de libros y artículos en revistas indexadas producto de investigaciones. Directora y jurado evaluador de trabajos de grado de pregrado y posgrado, entre otras funciones propias de la educación superior y de la profesión. Trayectoria universitaria en investigación, extensión, docencia y administración universitaria (directora de programas de pregrado en tres oportunidades). Ha trabajado en procesos de autoevaluación y Registros Calificados de programas de pregrado.

Dr. José Guarapana (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano egresado de la UCLA, Venezuela, con especialización en Neurocirugía y Cirugía de Columna Vertebral en el Hospital Domingo Luciani (IVSS). Doctor en Ciencias de la Salud (UNEFM 2025) y Magíster en Neuroftalmología por la Universidad Tecnológica TECH. Especialista en la Gestión Académica Universitaria UNEFM. Jefe del Servicio de Neurocirugía y demás subespecialidades quirúrgicas del Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, fundador y docente del Postgrado Asistencial de Neurocirugía. Profesor instructor de Clínica Quirúrgica y Coordinador Académico del Decanato de Ciencias de la Salud en UNEFM, así como Jefe del Programa Académico de Postgrado en Neurocirugía. Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Neurocirugía (SVNC), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Neurocirugía (FLANC) y el Grupo Latinoamericano de Estudios Neuroendoscópicos (GLEN). Ex directivo del Comité de Cirugía Espinal de la SVNC. Colegiado en el Colegio de Médicos del Estado Falcón,

Venezuela (N.º 3035) y en el Colegio de Médicos de Salamanca, España (N.º 373707988). Registro profesional MPPPS: 32679

Dra. María de Luz Goncalves. (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano, UNEFM. Especialista en Ginecología y Obstetricia, UCV. Doctora en Ciencias de la Salud (UNEFM 2025). Diplomado en Salud Pública, UNEFM. Adjunto II Servicio Ginecología y Obstetricia. IVSS. Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Punto Fijo, Estado Falcón. Docente de pre y postgrado UNEFM. Coordinadora de Estudios de postgrado en Ginecología Obstetricia, UNEFM, extensión Paraguaná IVSS.

Dr. Psic. Esp. Waldemar Piña (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Psicología (Licenciado Magna Cum Laude, Universidad Yacambú) y Medicina (Médico Cirujano, UNEFM). Doctor en Ciencias de la Salud (UNEFM 2025) Con expertise se profundiza con dos maestrías internacionales en Salud Pública y Gestión Sanitaria, y Psicología Industrial, Organizacional y Gestión de Recursos Humanos, junto con una maestría en Educación mención Ciencias de la Salud (UCLA). Ha ocupado roles de liderazgo como Director de Psicodar c.a., Gerente de Protección Nacional en Fundación CESVI – ETS, y Coordinador del Departamento de Evaluación y Capacitación en la Secretaría de Salud del Estado Falcón. Su experiencia incluye también la práctica como Psicólogo Clínico y de la Salud en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken y la docencia universitaria en Neurociencias y Organizaciones Transcomplejas.

Dra. Letty Moreno (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Doctora en Ciencias Gerenciales, MSc en Educación Abierta y a Distancia, Esp. en Gerencia Empresarial, Diplomado en Diseño Curricular, Ingeniero de Sistemas, Postgrado en Teología Bíblica. Ha desempeñado cargos gerenciales durante 24 años. Escritora de varios artículos arbitrados. Ponente y organizadora en varias Jornadas de Investigación. Cargo actual: Responsable de Postgrado en el Centro Local Falcón de la Universidad Nacional Abierta. Docente escalafón agregado de la UNEFM dedicación exclusiva.

Dra. Maryoly Blando (UNEFM-Venezuela)

Doctora en Ciencias Gerenciales. Maestría en Gerencia Pública. Especialista en Gestión de la Salud Pública. Especialista en Enfermería en cuidados intensivos pediátricos. Licenciada en Enfermería. Diplomado en Docencia Universitaria. Diplomado de investigadores y tutores. Diplomado Liderazgo para el cambio auspiciado por Consejo Internacional de Enfermería. Doctorando en Ciencias de la salud. Expresidenta Colegio de enfermeras. Forme parte del Comité de bioética Hospital universitario Dr. Alfredo Van Grieken. Participación como jurado/tutora de proyectos y trabajo de grado a nivel de pre y posgrado. Conferencista/participante en eventos científicos regionales y nacionales. Docente de la universidad del Zulia en pregrado. Coautora de diseños de Diplomados y programas de Formación UNEFM. Autora de artículos académicos. Formo parte del equipo de revisores Revista Ciencia

crítica. Docente en maestría de Salud Pública UNEFM. Actualmente desempeño como Docente en el PNF enfermería UNEFM ocupando el cargo coordinadora del programa.

Dr. Miguel López (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Veterinario UNEFM. 2006., Doctor en Ciencias de la Salud UNEFM. Magister en Nutrición Animal, U.D.G-Cuba. 2013. Profesor Asociado, UNEFM. CABLO DABAJURO

Dra. Elaudi Rodríguez (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano, Especialista en Reumatología. Doctora en ciencias de la salud. Docente UNEFM postgrado Medicina interna. Diplomado en formación integral en Docencia Universitaria. Miembro titular de la Sociedad Venezolana de Reumatología. Médico Especialista Adjunto al servicio de Medicina interna del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra.

Dr. Davide Mobili (UAM-Venezuela)

Venezolano. Lcdo. Bioanálisis Universidad de Carabobo, Odontólogo Universidad José Antonio Páez. Msc. Planificación de la Educación Universidad Nacional Abierta. Msc. Biología Oral Universidad de Carabobo. Doctor en Ciencias de la Salud-UNEFM. Docente Ordinario Agregado- Universidad Arturo Michelena. Coordinador del Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Arturo Michelena.

Dr. Franklin Horacio Lozada (UAM-Venezuela)

Venezolano. Doctor en Ciencias de la Salud UNEFM 2025. Magíster en Investigación Educativa, Universidad de Carabobo Año 2022. Licenciado en Histotecnología, Universidad Arturo Michelena Año 2012. Licenciado en Citotecnología, Universidad Arturo Michelena Año 2025. Docente con categoría de agregado en los programas de pregrado y postgrado de la Universidad Arturo Michelena. Director Ejecutivo del Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad Arturo Michelena.

RESUMEN TÉCNICO DE AUTORES

Márquez Fernández Erika Lizeth. (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico con Especialización en Anestesiología (Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda) venezolana. Médico Egresada UNEFM, Especialización en Anestesiología UNEFM, Magister en Control de la Vía Aérea Universidad Internacional de Valencia España, Actualmente Doctorante de Ciencias de la Salud UNEFM. Médico Anestesiólogo adjunto de Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken, Cruz Roja Venezolana Seccional Falcón. Jefe del Postgrado de Anestesiología UNEFM. Miembro de la Sociedad Venezolana de Anestesiología.

Terán, Paola (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Pediatra y Puericultor. Docente pregrado coordinador de Clínica Pediátrica. Coordinadora de Postgrado Pediatría y Puericultura UNEFM. Jefe de servicio de Hospitalización Pediátrica HUAVG. Miembro Titular y vicepresidenta de la Sociedad Venezolana de Microbiología, capítulo Falcón. Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría filial Falcón. Cursante del Doctorado de Ciencias de la Salud UNEFM.

Moisés David Rivero Laguna. (UNEFM-Venezuela).

Venezolano. Médico Cirujano. UNEFM. Diciembre 2024. Diplomado en Seguridad, Higiene y Salud Ocupacional. UCV 2025. Auxiliar Pre-Hospitalario. Academia de Capacitación "Pablo Freire" Septiembre-Diciembre 2014. Médico Rural en la Clínica Popular Tipo III Simón Bolívar Diciembre 2024-2025. Médico Residente.

Andrea Paola Henríquez Cayama. (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano. UNEFM. Diciembre 2024. Médico rural en IVSS Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Enero 2025, cargo actual.

Alexandra Nathaly Valles Medina. (UNEFM-Venezuela)

Venezolana. Médico Cirujano. UNEFM. Diciembre 2024. Médico Rural, Consultorio Popular Tipo II Banco Obrero IV./Clínica Popular especializada Materno infantil Ezequiel Zamora. Cargo Actual.

Velasco, José. (UNEFM-Venezuela)

Venezolano. Médico Cirujano. UNEFM. 2001. Esp. en MI. UCV. 2007. Maestría en Innovaciones Educativas. UPEL. 2020. Doctor en Educación. UPEL. 2024. Especialización en Medicina Interna Hosp. Dr. José Gregorio Hernández UCV. Adj. II en Medicina Interna Hosp tipo II Hosp Dr. Rafael Calles Sierra desde el 2007 hasta la Actualidad. Docente Universitario de Pregrado UNEFM desde 2007 y Postgrado 2011. hasta la Actualidad. Coordinador de Pregrado UNEFM 2010-2014. Coordinador de Postgrado UNEFM 2014-2017. Presidente del Comité de Ética IVSS 2016-2018. Jefe de Servicio de Medicina Interna 2022-2023. Jefe de Departamento de Medicina Interna 2022-2024.

Flores Alan. (BUAP-México)

Mexicano. Estudiante de la licenciatura en Gerontología (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla). Participación con el cartel "Narrativas que emergen; estudiantes de enfermería frente al reto del envejecimiento y la fragilidad" en el VII Verano Internacional de Investigación Gerontológica "Gerontología Aplicada: su aporte en la praxis y la investigación". Ponente en la V jornada de educación Continua: "Por una vejez digna, activa y saludable" Desafíos y Oportunidades del Siglo XXI, presentando "La percepción de la fragilidad en estudiantes del área de la salud hacia las personas adultas mayores; un elemento clave en la capacitación".

Estrada Carolina. (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la licenciatura en Gerontología (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla). Participación con el cartel "Narrativas que emergen; estudiantes de enfermería frente al reto del envejecimiento y la fragilidad" en el VII Verano Internacional de Investigación Gerontológica "Gerontología Aplicada: su aporte en la praxis y la investigación". Ponente en la V jornada de educación Continua: "Por una vejez digna, activa y saludable" Desafíos y Oportunidades del Siglo XXI, presentando "La percepción de la fragilidad en estudiantes del área de la salud hacia las personas adultas mayores; un elemento clave en la capacitación".

Fernández Luis. (BUAP-México)

Mexicano. Licenciado en Atención Integral al Adulto Mayor, Maestro en Gerontología y Doctor en Inclusión, Políticas Públicas e Inclusión. Actualmente Coordinador de la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Coordinador de la Maestría en Atención Integral Gerontológica de la Universidad Mexicana de Estudios y Posgrados. También es Líder del grupo de Investigación: Salud Integral en el Curso de Vida. Miembro activo de la Red Latinoamericana y Caribeña de Investigadoras(es) en Ciencias del Envejecimiento y Gerontología (RED-LYCIICEG) y también miembro de la "Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología".

Reyes Vianney. (BUAP-México)

Mexicana. Licenciada en Gerontología por la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec y Maestra en Administración de Instituciones de Salud por el Instituto de Estudios Universitarios. Actualmente se desempeña como Profesora-Investigadora de Tiempo Completo en la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), donde es miembro activo del grupo de investigación "Salud Integral en el Curso de Vida". Participa de manera destacada en el trabajo colegiado orientado a la creación, revisión y actualización de los contenidos temáticos del plan de estudios de Gerontología, contribuyendo al fortalecimiento académico y al desarrollo del programa.

Reyes Ana. (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Ponente Internacional en el VIII Verano Internacional de Investigación Gerontológica 2025 "Gerontología Aplicada: su aporte en la praxis y la investigación", Participación como asistente en el curso "Dementia Friends México" impartido por la Federación Mexicana de Alzheimer y creado por la Alzheimer's Society, participación como colaboradora en la "Jornada: Aliados Intergeneracionales Contra el Edadismo", con el módulo: Violentómetro de las personas mayores, que se llevó a cabo, el día 10 de junio del 2025 en la facultad de enfermería-BUAP.

Rosas Shakty. (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Ponente Internacional en el VIII Verano Internacional de Investigación Gerontológica 2025 "Gerontología Aplicada: su aporte en la praxis y la investigación", Participación como asistente en el curso "Dementia Friends México" impartido por la Federación Mexicana de Alzheimer y creado por la Alzheimer's Society.

Guerra Sismai. (BUAP-México)

Mexicana. Licenciada en Fisioterapia, egresada del Instituto Profesional en Terapias y Humanidades. Cuenta con un diplomado en Fisioterapia Gineco-Obstétrica, fortaleciendo su formación clínica integral. Es maestra en Ciencias de la Educación por el Instituto de Estudios Universitarios. Actualmente cursa la Licenciatura en Gerontología en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Investigadora emergente con su principal línea de investigación en personas mayores sin hijos.

Vanelly Arenas (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Se distingue como investigadora emergente con interés en el estudio del envejecimiento, el edadismo hacia la vejez y las intervenciones funcionales en las personas mayores.

Susana González (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Se distingue como investigadora emergente con interés en el estudio del envejecimiento, el edadismo hacia la vejez, el envejecimiento saludable, la calidad de vida, las percepciones sociales del envejecimiento y la promoción de entornos amigables para las personas mayores.

Ingrid Martínez (BUAP-México)

Mexicana. Estudiante de la Licenciatura en Gerontología en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), México. Su perfil académico se enfoca en el estudio integral del proceso de envejecimiento y la calidad de vida de las personas mayores. Se destaca como investigadora emergente, con un particular interés en el Envejecimiento Saludable. Su compromiso es generar conocimiento pertinente para mejorar las políticas y prácticas gerontológicas.

ÍNDICE DE ARTÍCULOS

Título del artículo	Autor(es)	Pág.
APORTES DE LA BIOETICA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.	Márquez Fernández Erika, Terán, Paola	11
DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN ADULTOS MAYORES, SANTA ANA, FALCÓN, VENEZUELA.	Rivero Moisés, Henríquez Andrea, Valles Alexandra, Velasco, José.	23
EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE ESTUDIANTES DEL SECTOR SALUD SOBRE EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD, 2025.	Flores Alan, Estrada Carolina, Fernández Luis, Reyes Vianney.	41
EXPERIENCIAS DE MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA EN DERECHOHABIENTES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO, 2025.	Reyes Ana, Fernández Luis, Reyes Vianney, Rosas Shakty.	62
EXPERIENCIAS EMOCIONALES DEL FENÓMENO CHILDFREE EN ADULTAS MAYORES 2025.	Guerra Sismai, Reyes Vianney, Fernández Luis.	83
BIENESTAR EMOCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	Piña Navarro Waldemar Jesús.	98
EXPLORANDO EL EDADISMO HACIA LA VEJEZ EN UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN PUEBLA, MÉXICO, 2025.	González Susana, Arenas Vanelly, Martínez Ingrid, Fernández Luis, Reyes Vianney.	111



GEROCIENCIA

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

"FRANCISCO DE MIRANDA"

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

