

ENTORNO SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR DESDE LA ENFERMERÍA

HEALTHY ENVIRONMENT OF THE OLDER ADULT FROM A NURSING PERSPECTIVE

María de Jesús Aurora BENAVIDES HUERTO
Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM
aurorabenavides31@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-9253-6956>

Fecha de recepción: 6 de abril de 2026.

Fecha de aceptación: 3 de agosto de 2026.

Resumen:

El presente artículo pretende resaltar, desde la perspectiva de la enfermería, el potencial de los procesos educativos sobre el envejecimiento para amortiguar el impacto del neoliberalismo en los adultos mayores, la familia, la comunidad y la sociedad en general. La figura del adulto mayor debe redignificarse, pues aporta moral y económicamente a la familia y el país; además, necesita cuidados y comprensión para brindarle una vida saludable, dada su vulnerabilidad.

Summary:

This article aims to highlight, from a nursing perspective, the potential of educational processes regarding aging to mitigate the impact of neoliberalism on older adults, their families, the community, and society. The status of older adults must be restored to a position of dignity, as they make moral and economic contributions to their families and the country; furthermore, they require care and understanding to ensure a healthy life, given their vulnerability.

Palabras clave: Enfermería, Adulto mayor, Vida saludable, Sector salud, Envejecimiento.

Keywords: Nursing, Elderly, Healthy living, Health sector, Ageing process.

I. Introducción

La enfermería, como profesión, ha tenido un desarrollo influenciado por los valores y conocimientos científicos de disciplinas como la medicina y la antropología, que han guiado y contextualizado el ejercicio del cuidado. Los conocimientos sobre distintos fenómenos, como la vejez, en el caso que compete a este artículo, se actualizan constantemente al reconocer los cambios socio-económicos de cada época y cada población que se atiende: la edad, la condición social, la pobreza y el acceso a los servicios médicos pueden caracterizar la vulnerabilidad de ciertos grupos, como las vejeces y las infancias, que muchas veces carecen de atención médica oportuna y eficaz desde la prevención, curación y rehabilitación en el sector salud.

El proceso de envejecimiento es un “proceso heterogéneo, caracterizado por diversos cambios que determinan el estado de salud de la población. Dichos cambios comprenden desde lo fisiológico y estructural, hasta los derivados por determinantes sociales y económicos que han prevalecido a lo largo de la vida”;¹ es decir, el envejecimiento no depende solo de la genética, sino de la acumulación de experiencias y entornos a lo largo de toda la vida, de las capacidades intrínsecas, es decir, físicas y mentales, de cada persona.

Por lo anterior, la atención de los adultos mayores requiere de servicios médicos vigorosos y así es que la enfermería se ve demandada por conocimientos y sensibilidades propias de la especialidad en geriatría, tanto en hospital como en comunidad, la cual se define como “la rama de la medicina que se dedica a estudiar las enfermedades que aquejan a las personas mayores y a su cuidado”.² El o la geriatra considera los aspectos clínicos y también los que pueden ayudar al tratamiento, prevención y rehabilitación del o la paciente, integrando aspectos familiares y sociales; proporciona también herramientas para la atención de la persona adulta mayor sana o enferma, en etapas agudas, subagudas, crónicas o en situación terminal.

La enfermería asume la responsabilidad de brindar una atención puntual y de calidad al AM (adulto mayor), además de respetar las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que han concentrado directrices fundamentales en la atención del AM: una atención

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

² INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM), *¿Por qué la importancia de la geriatría?*, 04 de junio de 2019, <https://www.gob.mx/inapam/articulos/por-que-la-importancia-de-la-geriatria>

integrada y centrada en la persona, el acceso a servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores y una atención a largo plazo para aquellas que la necesitan.³

II. La vejez saludable

Sobre la vejez saludable, la OPS apunta que “las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad y constituye un mito presentarlas como receptoras pasivas de servicios sociales o de salud”.⁴ La enfermería se enfrenta al reto de las resistencias sociales, pues son escenarios complejos que es necesario abordar para procurar un entorno saludable en beneficio del AM. Se requiere de una lucha en contra de la ideología dominante del capitalismo, la cual desecha a toda aquella persona que no produzca, es decir, que no pueda vender su trabajo al capitalista o lo que sería lo mismo, entrar al engranaje del trabajo y vender su fuerza de trabajo; esta condición trasciende en la sociedad y sobre todo en la familia, dejando a nuestro AM fuera de esta sociedad productiva. Más adelante retomaré este planteamiento, como contexto del destino del AM.

La enfermería aborda la atención del AM a través de sus modelos de atención, los cuales son su base teórica, práctica y profesional, porque permiten ofrecer un cuidado integral que considere aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente; además, proporcionan un marco ético y científico que respalda la toma de decisiones y su práctica.

Más adelante retomaré la teoría de Virginia Henderson sobre las necesidades humanas básicas para posicionar un enfoque humanista de la enfermería, específicamente de la gerontología, en contraposición a un enfoque biologicista que sólo reconozca las enfermedades biológicas o físicas y tratamientos exclusivamente farmacológicos; el modelo de esta autora reconoce a los pacientes como personas con necesidades humanas básicas presentes y posibles, generalmente no resueltas por parte de las instituciones de salud, que requieren de una valoración, intervención y evaluación con enfoque humano.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Manual de atención integrada para las personas mayores. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*, 2025, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/68699>

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Envejecimiento saludable*, s/f, <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

III. La valoración en el adulto mayor

Para dar contexto a la práctica clínica de la valoración del AM, se aclara en este apartado la organización del sector salud mexicano en el país, para circunscribir las funciones de cada nivel de atención.

El *primer nivel de atención* es “el conjunto de medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, detener su avance y atenuar las consecuencias una vez establecidas”;⁵ en México este nivel incluye a los centros de salud dependientes de Salubridad y Asistencia, clínicas del IMSS y clínicas del ISSSTE. El *segundo nivel* de atención lo constituyen los hospitales generales en los que se atiende para retrasar el progreso de una enfermedad ya iniciada, mediante la detección temprana. El *tercer nivel* son los institutos de salud. Esta organización tiene la intención de atender a las personas que presentan las consecuencias de una enfermedad establecida, reduciendo secuelas y rehabilitando. Esta clasificación permite a los sistemas de salud organizar sus recursos de manera eficiente, priorizando la intervención antes de que el daño sea irreversible.⁶

La OPS señala a la salud primaria como el pilar en la atención a la salud y se refiere al primer nivel de atención antes descrito. Para la enfermería no basta con la educación para la salud, sino que avanza en su valoración investigando prácticas de la vida cotidiana del AM y de sus cuidadores y familias: alimentación, higiene y religión, para discernir tradiciones, creencias, costumbres, determinación geográfica y clima.

El sector salud mexicano utiliza instrumentos como la *Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral en Unidades de Atención Médica: evidencias y recomendaciones* para apoyar al personal de salud e interdisciplinario a reunir información y jerarquizar el orden de atención de los padecimientos agudos y/o crónicos ocasionados por el deterioro de aparatos y/o sistemas del AM, así como evaluar los recursos disponibles para su atención. Esta guía es útil porque presenta los siguientes rubros: generalidades de la valoración geriátrica integral, valoración mental y psicoafectiva, valoración médico-biológica, valoración funcional, valoración sociofamiliar, evaluación del estado nutricional y en sus anexos cuenta con escalas de clasificación clínica y tablas de medicamentos, entre otros.

⁵ *Idem.*

⁶ VIGNOLO, Julio, et. al., “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, en *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, núm. 1, 2011, http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract

En este sentido, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) es “un instrumento de evaluación multidimensional: biopsicosocial y funcional, que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento”.⁷ Este instrumento arroja datos presentes y pasados para que el personal de enfermería, a través de la entrevista y la exploración física, contextualice la información y tenga claridad de las necesidades personales alteradas.

Con la VGI se puede distinguir entre un cuidado preventivo y una enfermedad en curso, la cual puede estar controlada o no, y se puede saber si es necesario hacer estudios de laboratorio o rayos X, o canalizar a consulta con un médico especialista, para llegar a un diagnóstico preciso y temprano, y continuar con el tratamiento oportuno. En caso de encontrar complicaciones en el AM, se envía a un hospital de alta especialidad o centros médicos o institutos nacionales para su atención, todo con la intención de preservar la capacidad funcional.

Otro documento de gran apoyo, y que también tiene un enfoque gerontológico, es el *Manual para la atención de la salud en personas adultas*,⁸ que presenta los síndromes geriátricos que son diversos conjuntos de cuadros complejos que aparecen en esta población, causados por la conjunción de enfermedades; estos son el origen frecuente de la pérdida de capacidad funcional y social, del aumento de la dependencia y son considerados predictores de muerte.⁹ Entre ellos se encuentran el deterioro cognitivo, inmovilidad, incontinencia (urinaria y fecal), inestabilidad y caídas, fragilidad, sarcopenia, el abatimiento funcional, demencia y síndrome confusional agudo, úlceras por presión, déficit sensorial (visual y auditivo), malnutrición, estreñimiento, depresión y ansiedad, trastornos del sueño/insomnio, polifarmacia, aislamiento, dolor y el maltrato.¹⁰

Otro modelo de valoración geriátrica es el de Virginia Henderson, enfermera norteamericana militar de la mitad del siglo XX, quien contempló el grado de dependencia-

⁷ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), *Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral en Unidades de Atención Médica: evidencias y recomendaciones*, 2018, p. 10, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>

⁸ SECRETARÍA DE BIENESTAR E INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM), *Manual para la Atención de la Salud en Personas Adultas Mayores*, 2023, p. 3, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/924973/Manual_para_la_Atencion_de_la_Salud_en_PAM_S.pdf

⁹ MONTAÑA-ÁLVAREZ, Mariano, “Fragilidad y otros síndromes geriátricos”, en *Residente*, vol. 5, núm. 2, junio 2010, <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>

¹⁰ GIL GREGORIO, Pedro, et. al, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*, España, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2013, p. 30.

independencia en la satisfacción de catorce necesidades en el ser humano, las causas de dificultad en su satisfacción y las interrelaciones de unas necesidades con otras. Las necesidades humanas que propone son las siguientes: 1) respirar, 2) nutrición e hidratación, 3) eliminación de los desechos del organismo, 4) moverse y mantener buena postura, 5) sueño y descanso, 6) vestirse y desvestirse, 7) termorregulación, 8) mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel, 9) evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (seguridad), 10) comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones, 11) creencias y valores personales, 12) trabajar y sentirse realizado, 13) participar en actividades recreativas, 14) aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.¹¹ Estas necesidades se pueden estudiar individualmente o interrelacionadas, siendo éste último el mejor enfoque, pues permite un abordaje integral, y además ayuda a definir el grado de dificultad de la situación con el AM, para a su vez determinar los apoyos necesarios, tanto de humanos como de aparatos y de la protección del sistema de salud.

La salud-enfermedad es un proceso dinámico y complejo. En el caso de los AM, sus sistemas y sus órganos han envejecido, pero en cada persona será diferente este proceso, ya que habrá órganos y sistemas que envejecieron más que otros, y habrá grados de dependencia diferenciados, con niveles de ayuda y cuidados igualmente variables: 1) nivel de sustitución, que indica una dependencia completa de la persona cuidadora, 2) nivel de ayuda, que implica que quien cuida solo lleva a cabo aquellas acciones que el AM no puede realizar, y 3) nivel de acompañamiento, en el que el cuidador permanece al lado del AM, desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia y la capacidad de autonomía del paciente. Entonces, el proceso salud-enfermedad permite considerar que el cuerpo no está totalmente envejecido, pues aún se conservan órganos funcionando de manera aceptable; hacerlo saber al AM puede ser el principal promotor de su vida y salud, que le dé la oportunidad de decidir cómo vivir su vejez, siempre apoyándolo en su duelo por la pérdida de algunas de sus capacidades físicas, fisiológicas y sociales.

¹¹ VERNET AGUILÓ, Fina, "Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson", *Revista Gerokomos*, núm. 18, vol. 2, 2007, https://www.researchgate.net/publication/250393008_Conceptos_basicos_de_enfermeria_en_la_atencion_gerontologica_segun_el_Modelo_V_Henderson

Es importante señalar la influencia del biologicismo en el entendimiento del proceso de la vejez, y esto se debe en gran parte al modelo de Leavell y Clark,¹² el cual propuso un paradigma para explicar el horizonte clínico de las enfermedades desde cambios tisulares o celulares hasta la presentación clínica franca de una enfermedad. En el modelo tradicional, existe la Tríada Ecológica, que es el esquema básico que explica el estado de salud a través de la interacción de tres elementos: 1) el agente, es decir, el factor que causa la enfermedad (biológico, físico, químico); 2) el huésped, o sea, la persona (en adultos mayores, factores como la genética y el envejecimiento celular son clave); 3) el ambiente, o el entorno físico y social que rodea al individuo. La Historia Natural de la Enfermedad describe la evolución de cualquier condición de salud sin intervención médica, dividiéndose en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que aparezca la enfermedad (fase de prevención primaria) y el periodo patogénico, que inicia con cambios celulares; además la enfermedad puede dividirse en la etapa subclínica (sin síntomas) y la clínica (síntomas evidentes) o puede categorizarse por sus resultados: recuperación, cronicidad, incapacidad o muerte.

Por último, el modelo biopsicosocial (enfoque moderno) es el más utilizado en geriatría. Propone que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de: lo biológico -genética, virus, bacterias, desgaste fisiológico-, lo psicológico -estado de ánimo, resiliencia, procesos cognitivos- y lo social -acceso a servicios de salud, redes de apoyo familiar, nivel socioeconómico, es decir, los determinantes sociales de la salud-.

El proceso salud-enfermedad del AM en la vejez se mide a través de la funcionalidad: un adulto mayor puede tener múltiples enfermedades crónicas (comorbilidad), pero si es capaz de realizar sus actividades diarias se considera que mantiene un equilibrio en su proceso de salud y por lo tanto es posible verificar que mantiene una vejez saludable.

IV. Los retos de la enfermería

La atención desde la enfermería tiene dos grandes desafíos. El número uno es hacer ver al AM como una persona que no necesariamente requiere de atenciones especiales cuando aún coopera,

¹² PARDO ANDREU, Gilberto, “Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento”, en *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, vol. 22, núm. 1, enero-marzo 2003, <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25684w/Consideraciones%20teorias%20de%20envejecimiento.pdf>

trabaja, opina, aporta económicamente y, por lo tanto, es una persona activa. El número dos, es el reto de reconocer la última etapa de la vida de un individuo que trabajó toda su vida cargando con su clase social, bajo el capitalismo, el cual produce mercancías a partir del consumo de la fuerza de trabajo; esta condición provoca un envejecimiento y deterioro prematuro del cuerpo, e implica que la enfermedad y la muerte no se distribuyen democráticamente, sino que se concentran en las clases explotadas, y en este modelo económico la salud se convierte en una mercancía.

Un determinante del proceso salud-enfermedad del AM, entonces, es el desgaste laboral acumulado durante la etapa productiva, que tiene repercusiones directas, irreversibles y diferenciadas por clase social en la vejez; es decir, vemos un deterioro que no es ocasionado por un proceso biológico uniforme, sino que es la cristalización corporal de décadas de inserción en el mercado de trabajo. El capitalismo mantiene el consumo intensivo de la fuerza de trabajo, es decir, jornadas prolongadas, ritmos acelerados y cargas físicas excesivas que aceleran el deterioro celular y tisular, adelantando el declive funcional cronológico. El trabajador ha entregado su capacidad vital al proceso de acumulación de capital, recibiendo a cambio un cuerpo desgastado con menor reserva homeostática: de hecho, el perfil patológico de la vejez combina las enfermedades crónico-degenerativas comunes (diabetes, hipertensión) con las secuelas crónicas de la actividad laboral.

El desgaste acumulado favorece que la fragilidad, la inmovilidad y el deterioro cognitivo, es decir, los síndromes geriátricos, se presenten a edades más tempranas en comparación con clases sociales que no realizaron trabajo manual o precarizado: mientras que para ciertos sectores la jubilación representa una etapa de ocio y autorrealización, para la clase trabajadora desgastada se traduce en un periodo de reparación biológica precaria. La epidemiología crítica demuestra que la esperanza de vida saludable (años vividos sin discapacidad) varía drásticamente según la trayectoria laboral. El proceso salud-enfermedad en el AM es, en última instancia, el balance histórico del desgaste acumulado frente a la capacidad de reproducción social (acceso a descanso, alimentación, vivienda y servicios de salud) que el sistema le permitió tener durante su vida activa, aunado a las pensiones insuficientes para cubrir los costos de la salud.

Las enfermedades de trabajo más padecidas desde el 2016 son:

- 1) Enfermedades infecciosas y parasitarias

- 2) Cánceres de origen laboral
- 3) Enfermedades del sistema circulatorio, de la sangre y órganos hematopoyéticos
- 4) Trastornos mentales
- 5) Enfermedades del sistema respiratorio
- 6) Enfermedades del sistema digestivo
- 7) Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos
- 8) Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
- 9) Intoxicaciones
- 10) Enfermedades del ojo y del oído
- 11) Enfermedades de endocrinología y genito-urinarias¹³

El grupo de enfermedad que registró mayor aumento fue el de cáncer de origen laboral, que pasó de 4 padecimientos a 23 de diferentes tipos; los males infecciosos y parasitarios también tuvieron un aumento de 21 a 40.

La Tabla de Enfermedades de Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el artículo 513 de la Ley Federal del Trabajo (LFT), actualizada en 2023-2024, reconoce 194 padecimientos laborales. Incluye enfermedades infecciosas (COVID-19), psicosociales (burnout, estrés), respiratorias, tipos de cáncer, intoxicaciones, y patologías de la mujer, junto con 524 lesiones en la Tabla de Valuación de Incapacidades. A continuación, presento datos importantes de cada categoría:

- 1) Las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentaron a 41, incluyendo enfermedades como el COVID-19 y otras contraídas en entornos laborales.
- 2) Los cánceres de origen laboral incrementaron de 4 a 30 tipos.
- 3) Las enfermedades del sistema respiratorio incluyen neumoconiosis y otras causadas por inhalación de polvos, humos o vapores.
- 4) Las enfermedades de la mujer reconocen la endometriosis, la infertilidad y la pérdida del embarazo como riesgos laborales.
- 5) Los trastornos del sistema musculoesquelético se relacionan con hernias, artrosis, lumbalgias y síndrome del túnel carpiano.

¹³ SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, *Actualizan Tabla de Enfermedades de Trabajo*, 30 de agosto de 2016, <https://www.gob.mx/stps/prensa/actualizan-tabla-de-enfermedades-de-trabajo>

- 6) Existen 46 tipos de intoxicación y nuevas patologías relacionadas con el ojo como la fatiga visual o con el oído como la hipoacusia.
- 7) Desde el 2016 se incluyen como enfermedades psicosociales el estrés grave, el trastorno de adaptación, la ansiedad y la depresión.

Antes de proseguir, es menester hacer algunas anotaciones sobre las enfermedades psicosociales apenas descritas. Si bien el trato a la enfermedad mental ha evolucionado drásticamente desde la Edad Media, persisten similitudes estructurales y sociales sorprendentes que pueden interpretarse como ecos de esa época, especialmente en el manejo de casos graves y su estigmatización, desde las cuales podemos trazar extrapolaciones con el trato hacia los AM. Las principales similitudes observadas incluyen:

- 1) Institucionalización y aislamiento: al igual que en la Edad Media se recluía a los locos en "torres de locos" (tours aux fous) o se les expulsaba de las ciudades, en el siglo XXI se ha mantenido el uso de hospitales psiquiátricos de larga estancia, que a menudo funcionan como centros de aislamiento y reclusión de personas con trastornos graves, alejándolas de la sociedad.
- 2) Estigma y marginación social: la percepción de la enfermedad mental como una carga o un fenómeno temido se ha mantenido durante milenios. El estigma persiste, provocando que personas con trastornos psicosociales sean marginadas, temidas y, en muchos casos, vivan en indigencia, reflejando el trato dado a los locos errantes en la época medieval.
- 3) Coerción y falta de autonomía: el uso de contenciones físicas, aislamiento y tratamientos involuntarios en hospitales psiquiátricos sigue siendo prevalente en muchos sistemas de salud mental actuales. Estas prácticas limitan la dignidad y autonomía del paciente, similares a las medidas coercitivas medievales.
- 4) Trato inhumano en instituciones: aunque hay avances, en fechas recientes todavía se han documentado condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas, incluyendo falta de saneamiento y cuidados básicos, lo que guarda relación con el hacinamiento y la suciedad en los hospitales medievales.
- 5) Explicaciones supersticiosas: aunque la medicina moderna predomina, en algunas culturas o contextos las enfermedades mentales aún se atribuyen a causas sobrenaturales, espirituales o de brujería, reflejando la visión medieval de la posesión demoníaca.

A pesar de estas similitudes, es crucial resaltar que desde 2016 existen marcos legales de Derechos Humanos, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que condenan estas prácticas; además ahora existen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos basados en evidencia, aspectos ausentes en la Edad Media.

Retomando las normativas del sector salud mexicano en cuanto a las enfermedades laborales, es importante notar que para la valuación de incapacidades permanentes el IMSS aplica el artículo 514 de la LFT, y contempla desde lesiones óseas (columna), pérdida de audición hasta amputaciones como las causantes. Para diagnosticar cada enfermedad, existe un catálogo de cédulas de evaluación, que define agentes causales y criterios para los diagnósticos; además, la tabla permite certificar la enfermedad sin tener que demostrar el nexo causal directamente, al estar ya enlistada en la ley.¹⁴

V. La muerte para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre la muerte en la vejez es integral, pues aborda el proceso desde vertientes médicas, administrativas y sociales, enfocándose en la dignidad del paciente y el apoyo a los beneficiarios.

En cuanto a la atención médica, el IMSS busca cambiar la visión de la muerte como un fracaso médico, priorizando los cuidados paliativos para pacientes terminales. Además, se utiliza la valoración geronto-geriátrica para determinar el manejo más adecuado, priorizando el control de síntomas, el alivio del dolor y el soporte emocional tanto para el adulto mayor como para su familia. La atención al final de la vida considera el contexto biopsicosocial para asegurar la máxima calidad de vida posible en la etapa final, respetando la voluntad del AM.

Respecto a la perspectiva administrativa y de pensiones, el IMSS establece normativas para proteger a los beneficiarios, reconociendo el derecho a pensión por viudez o, en ciertos casos, orfandad tras el fallecimiento. El Instituto ofrece, además, una prestación para ayudar a cubrir los costos funerarios de un asegurado o pensionado, cubriendo hasta 60 días de salario mínimo. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en línea con la seguridad social, ha determinado que la dependencia económica comprobada es el factor clave para otorgar

¹⁴ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), *Procedimiento para la Dictaminación de las Enfermedades de Trabajo*, 2021, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/procedimientos/3A21-003-003.pdf>

pensiones a padres de trabajadores fallecidos, superando las exclusiones previas, y ampliando los derechos de seguridad social.

En la dimensión social, desde un enfoque socio-gerontológico centrado en la experiencia del AM, el IMSS reconoce que para el adulto mayor a menudo la vejez está ligada a la pérdida de autonomía, soledad y necesidades fisiológicas; por ello, a través de sus programas de envejecimiento activo, busca prevenir la exclusión y la auto-desvalorización en la vejez, fomentando la funcionalidad y la integración hasta los últimos días. Las políticas institucionales distinguen entre la tercera (65-74 años) y cuarta edad (75+), reconociendo que esta última conlleva mayores retos funcionales y riesgos de mortalidad.

En resumen, el IMSS visualiza la muerte del anciano como un proceso natural que requiere acompañamiento digno, soporte médico paliativo y el cumplimiento de prestaciones económicas para la familia, bajo una perspectiva de derechos humanos y seguridad social.

VI. La familia del adulto mayor

La vejez no transforma solo a quien envejece; reconfigura profundamente a la familia. Es un proceso silencioso pero decisivo, donde cambian los roles, las dinámicas afectivas y la manera en que circulan el cuidado y la autoridad.

En muchas familias, quienes antes ocupaban el lugar de sostén —económico, emocional o normativo— comienzan a depender en mayor medida de otros. Esta inversión de roles puede ser difícil de asimilar. Hijos e hijas pasan a tomar decisiones, a cuidar, a acompañar en lo cotidiano, y no siempre ocurre de forma armónica: pueden surgir tensiones, resistencias o sentimientos encontrados, porque no es sencillo dejar de ser “quien cuida” para convertirse en “quien necesita cuidado”.

Al mismo tiempo, la vejez puede abrir espacios de encuentro intergeneracional más profundos. Los vínculos con nietos, por ejemplo, suelen adquirir un matiz distinto: menos marcado por la obligación y más por la transmisión de historias, valores y afectos. La familia se convierte entonces en un puente entre tiempos, donde la memoria ocupa un lugar central. La persona mayor deja de ser solo un miembro más para convertirse en portadora de relatos que dan sentido a la identidad familiar.

También se reconfiguran las nociones de autonomía y convivencia. Algunas familias optan por integrar más estrechamente a la persona mayor en el hogar; otras buscan alternativas como redes de apoyo externas o instituciones. Cada decisión implica negociaciones sobre el cuidado, el espacio y la intimidad.

Desde la perspectiva del capitalismo la familia actúa como la unidad primaria de consumo y reposición de la fuerza de trabajo, enfrentando tensiones entre la necesidad de cuidados afectivos y las exigencias de acumulación de capital.

Las repercusiones en la familia del adulto mayor bajo el sistema capitalista están marcadas por una profunda tensión entre la necesidad de cuidado y la exigencia de productividad económica. El modelo neoliberal ha librado al Estado de su responsabilidad con la asistencia social y más bien prioriza el mercado, traslada la responsabilidad del cuidado a los hogares, generando crisis de atención, aislamiento y precarización; así mismo, los cuidados necesarios para los adultos mayores se dejan en manos de las familias, a menudo sin apoyo público suficiente, convirtiendo la vejez en un asunto privado y no social.

Dentro del marco del envejecimiento saludable se reconoce que una de las principales amenazas para la salud y el bienestar de los adultos mayores es la dependencia. La dependencia implica que el autocuidado se transfiere a otras personas, la comunidad o las instituciones. La OMS define a la dependencia como “un evento que ocurre cuando la capacidad funcional o intrínseca ha disminuido hasta un punto en que la persona ya no puede realizar las tareas básicas de la vida diaria por sí misma”.¹⁵

La dependencia tiene una variedad de consecuencias en diferentes niveles: a nivel individual, la dependencia genera sentimientos de depresión, baja autoestima y desesperanza; a nivel familiar, genera un ciclo de empobrecimiento y reasignación de los roles de atención y cuidado; a nivel social, la dependencia puede aumentar la demanda de servicios de salud y atención y, por ende, “puede aumentar los costos asociados con la atención médica de las personas mayores dependientes”.¹⁶ La alta prevalencia de dependencia entre los adultos mayores en México (15%) requiere esfuerzos concertados de profesionales de la salud, investigadores

¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP), *Impacto económico de la dependencia física en los adultos mayores en México*, 03 de agosto de 2020, <https://www.insp.mx/avisos/impacto-economico-de-la-dependencia-fisica-en-los-adultos-mayores-en-mexico>

¹⁶ *Idem*.

clínicos y responsables políticos para diseñar intervenciones efectivas que prevengan o mejoren los efectos adversos de la dependencia en edades avanzadas.

En México se está considerando la creación de un Sistema Nacional de Cuidados (SNC). Su objetivo sería proporcionar servicios públicos que sean accesibles, pertinentes, de calidad y suficientes para garantizar el derecho de todas las personas a ser atendidas, y también los derechos de las personas cuidadoras. En particular, el SNC propone que se genere un catálogo de servicios de atención que incluya beneficios financieros, asistencia en el hogar y centros de apoyo para la atención; también incluiría “apoyo para cuidadores no remunerados a través de un pago en efectivo (para contratar a un cuidador)”.¹⁷

Mientras las mujeres sigan siendo las principales cuidadoras en la familia, por una herencia histórico-social difícil de evadir, la tarea del cuidado reconocida en la división del trabajo se distribuirá desproporcionadamente. Esto evidencia que la transformación familiar está atravesada por cuestiones de género, lo que limita el acceso de las mujeres al mercado laboral formal, reduciendo sus propios ingresos y cotizaciones para su vejez. Además, las familias enfrentan ciclos de empobrecimiento al intentar cubrir gastos de salud que el sistema público no provee.

La soledad se convierte en un fenómeno sanitario grave, derivado de la desestructuración de redes de apoyo comunitario y la falta de tiempo de los familiares para el acompañamiento. Muchos adultos mayores dependen de pensiones mínimas o inexistentes, convirtiéndose en una carga económica para sus familias o viéndose obligados a trabajar en condiciones precarias (informalidad, salarios bajos). En sectores socioeconómicos bajos, los abuelos asumen funciones paternas al cuidar a los nietos, mientras los padres trabajan jornadas extensas, lo que invierte el rol tradicional de dependencia. Se fomenta la idea de que los adultos mayores son un gasto o competidores por recursos limitados frente a las generaciones más jóvenes, creando tensión generacional. El capitalismo ve al adulto mayor como consumidor, bajo una perspectiva de la “economía plateada”,¹⁸ pero margina al adulto mayor dependiente que no consume,

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ OKUMURA, Masato, *et al.*, *La Economía Plateada en América Latina y el Caribe*, Estados Unidos, Banco Interamericano de Desarrollo, 2020.

intensificando las brechas de atención; además, el no ser productivo resulta en soledad, olvido y abandono familiar.

Sin embargo, más allá de las dificultades, la vejez puede ser una oportunidad para redefinir el sentido de familia. Obliga a replantear qué significa acompañar, sostener y estar presente. Introduce la fragilidad como una dimensión compartida, recordando que el cuidado no es una excepción, sino una condición humana. En ese sentido, la familia no solo cambia: se vuelve más consciente de sus vínculos. La vejez, lejos de ser un cierre, puede convertirse en un momento de relectura y reorganización, donde cada integrante encuentra nuevas formas de habitar el lazo con los demás.

VII. Hablemos de educación

La enfermería asume el compromiso de impartir educación para la salud, para asegurar la alfabetización sanitaria, motivar y capacitar a individuos y comunidades para adquirir conocimientos, actitudes y habilidades que permitan mejorar su salud física, mental y social, responsabilizándose de ella. Así, el AM tomará las riendas de sus propios cuidados y las mantendrá de manera permanente para asegurar su vejez saludable.

Para contextualizar la educación para la salud, conviene primero conocer los fundamentos del fenómeno de la educación. La educación es un fenómeno sociocultural de carácter universal, “de transformación en la convivencia, en un ámbito donde el educando no aprende una temática, sino un vivir y un convivir”¹⁹ con los seres humanos y la naturaleza, es decir, se encuentra entretejido en la sociedad, que constantemente se transforma. No es simplemente un proceso de transmisión de conocimientos técnicos en un aula, sino un mecanismo de socialización, construcción de identidad y cohesión comunitaria. La educación y la sociedad se moldean mutuamente: la sociedad establece las necesidades, valores, cultura y normas que la escuela debe transmitir, mientras que la educación prepara a los individuos para integrarse, mantener o cambiar esa sociedad.

¹⁹ MATURANA, Humberto y DÁVILA, Ximena, “Biología del conocer y biología del amar. Desde la matriz biológica de la existencia humana”, *Revista PRELAC*, vol. 2, 2006, p. 32, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf000014587> 2006

Durante el proceso enseñanza-aprendizaje, educar implica apoyar a la persona a descubrir su naturaleza interior, hacerle ver su carácter para aprender a vivir, más que imponerle normas; por lo tanto, la educación pretende hacer mejores seres humanos.

Existen diferentes saberes en este campo, pero hay una disciplina propia de este saber, llamada pedagogía, cuyo objeto de estudio es el proceso enseñanza-aprendizaje; así vemos la conexión entre los conceptos de educación, pedagogía y didáctica.

Paulo Freire propone una relación horizontal entre profesor y alumno, para romper la educación bancaria²⁰ donde el educador deposita información en el alumno pasivo, y más bien caminar hacia una educación problematizadora o liberadora, la cual fomenta la reflexión crítica y el diálogo para que los individuos se reconozcan como sujetos de su propia historia. Esta relación horizontal equilibra la relación para ambos, porque el fenómeno de aprender y enseñar es mutuo.

Con este contexto podemos hablar ahora de la educación para la salud, en el entendido de que el proceso enseñanza-aprendizaje es personal, pero acompañado por un profesor o guía que logre que el alumno o amigo lea, reflexione, critique y aporte. La educación radica en mostrar información, y el aprendizaje es la comprensión de esa información, que toma forma a través de la reconstrucción del conocimiento.

La enfermería es la encargada de impartir la educación para la salud y su intención es ser:

Un proceso continuo que educa a las personas sobre la salud como un estado de bienestar integral, abarcando aspectos físicos, mentales y sociales. Destaca la interacción entre el individuo y su entorno, así como la influencia de factores sociales, económicos y culturales. La educación para la salud (EpS) es esencial para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, fomentando actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida. El bienestar se logra mediante la participación activa de los individuos en su entorno social y político, empoderando a las comunidades para mejorar sus condiciones de vida.²¹

²⁰ VERDEJA MUÑIZ, María, “Concepto de educación en Paulo Freire y virtudes inherentes a la práctica docente: orientaciones para una escuela intercultural”, en *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, núm. 42, 2019, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7021114>

²¹ HERNÁNDEZ MARROQUÍN, Roberto Carlos, CARVAJAL RODRÍGUEZ, Círcela y SANABRIA RAMOS, Giselda, “La educación para la salud como eje transversal del proceso de formación profesional”, en *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, núm. 43, 2024, p. 1-2, <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3732>

El AM, su familia, su cuidador y su comunidad serán el grupo social apoyado en esta EpS, que incluye teoría, práctica y evaluación todas las veces que sea necesario, para orientarles al nivel de atención requerido. Este ejercicio es:

un proceso social, cultural, psicológico y/o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, participar en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.²²

VIII. Reflexiones finales

Para la enfermería, el compromiso con la atención oportuna es una prioridad al tratar con grupos vulnerables como los AM, en la medida en que un cuidado es la diferencia entre la vida y la muerte.

Este cuidado se encuentra entrelazado por dos disciplinas fundamentales, la enfermería y la antropología, que dimensionan el cuidado holístico trascendental reconociendo la individualidad de cada persona en los procesos fisiopatológicos propios de la vejez, tomando en cuenta las creencias y rituales que el adulto mayor y su familia asocian a la vejez, la dependencia y la muerte. En este sentido, se puede concluir que la familia y la comunidad influyen directamente en el afrontamiento de la enfermedad, la recuperación y el acercamiento a la muerte.

El neoliberalismo también es un factor determinante en las enfermedades y las muertes, pues causa pobreza extrema, salarios de hambre y orilla a las familias y comunidades a abandonar a sus AM, mientras que el Estado no se hace responsable de sus cuidados y de garantizar condiciones de vida dignas para estos. Además, existen otros determinantes sociales y políticas “en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.²³

En su marco conceptual la OMS distingue entre determinantes sociales estructurales e intermedios. Los primeros se refieren al contexto socioeconómico y político en el que se

²² SERRANO POVEDA, Ma. Esther, “Introducción en educación para la salud: fundamentos, claves y conceptos básicos”, en *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, núm 5, vol. 4, 2012, p. 246, https://fapap.es/files/639-872-RUTA/FAPAP4_2012_10.pdf

²³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Determinantes sociales de la salud*, 2012, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

producen el poder y otros recursos valiosos, y la forma desigual en que se distribuyen entre distintos grupos sociales, en términos de clase social, género, y etnia-raza. Las desigualdades sociales, a su vez, producen inequidades en la salud y el bienestar de la población, es decir, producen diferencias injustas y evitables en las que los grupos sociales desventajados tienen sistemáticamente peores resultados de salud que los grupos sociales privilegiados. Por su parte, los determinantes intermedios son aquellas condiciones de vida y trabajo más próximas a la realidad cotidiana de las personas: condiciones psicosociales, de empleo y trabajo, vivienda, transporte, entre otras. Es importante señalar que en este marco conceptual subyace una cadena causal en la que los determinantes estructurales se entienden como las causas de los determinantes intermedios.

La vulnerabilidad socioeconómica y el acceso desigual a la salud siguen siendo temas críticos en México: la economía nacional determina la salud de las personas al definir el acceso a servicios médicos y la calidad de la alimentación. Las personas con presupuestos limitados suelen depender de productos ultraprocesados más económicos, lo que incrementa padecimientos como la obesidad, cáncer, o la diabetes. La inestabilidad laboral, la pobreza o las crisis económicas elevan los niveles de cortisol, lo que detona enfermedades mentales y suicidios. Las personas con mayores ingresos pueden acceder a viviendas en zonas con menos contaminación y mejores condiciones sanitarias, mientras que las poblaciones vulnerables están más expuestas a factores de riesgo ambiental.

El desempeño de la enfermería en zonas marginadas es imprescindible para la protección del adulto mayor, puesto que en su mayoría son pobres y, por lo tanto, vulnerables al embate de las enfermedades y eventualmente la muerte; por ello es necesario un personal preparado en gerontología para su atención, así como líderes sociales en las familias y comunidades que luchen por incidir en el sector salud y logren transformaciones como el aumento de presupuesto en el primer nivel de atención, que permita contratar más enfermeras y médicos geriatras altamente calificados.

Estos cambios se lograrán a través de la educación para la salud y la evaluación de los cambios en los estilos de vida, con una visión integral que incluya lo social, psicológico, y espiritual. La educación para la salud es una estrategia fundamental y accesible, porque es en casa

donde todos participan en la necesidad del cambio en los estilos de vida; muestran sus talentos, su creatividad para beneficio de la familia y en especial del adulto mayor.

Todo adulto mayor merece una vida saludable, a partir de su propio emprendimiento y objetivos de vida, reconociendo el tiempo por vivir como la oportunidad de seguir activo y reconocido socialmente. Para lograr esto será necesario el apoyo del personal de enfermería a la dependencia del AM, con: visitas periódicas para revisar su condición de salud, puestos de atención diaria y con horario amplio, provisión de medicamentos, terapia ocupacional, ejercicio -en balnearios y gimnasios, además del servicio de fisioterapia y policlínica para brindar atención especializada-. Todos estos servicios serán promovidos por la comunidad, pero necesitarán el respaldo de los servicios médicos y la responsabilidad del Estado para asegurar presupuesto para viviendas, calles, agua potable, drenaje, luz, vigilancia, etc.

La educación es un fenómeno infinito, entretelado en la sociedad, igual que la salud: dotan al individuo y la sociedad del poder de hacer cambios profundos en su vida y su supervivencia. La enfermería tiene la oportunidad del cambio de conciencias, su lucha es monumental, ya que debe enfrentarse a la descalificación de su cultura, sus valores y su lenguaje por estructuras opresivas. La educación es la estrategia idónea porque representa la revolución de conciencias.

Todo adulto mayor debe contar, porque lo merece, con una vida saludable.

IX. Bibliografía

GIL GREGORIO, Pedro, et al, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*, España, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2013.

HERNÁNDEZ MARROQUÍN, Roberto Carlos, CARVAJAL RODRÍGUEZ, Cirelda y SANABRIA RAMOS, Giselda, “La educación para la salud como eje transversal del proceso de formación profesional”, en *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, La Habana, Cuba, núm. 43, 2024, <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3732>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), *Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral en Unidades de Atención Médica: evidencias y recomendaciones*, 2018, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), *Procedimiento para la Dictaminación de las Enfermedades de Trabajo*, 2021, <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/procedimientos/3A21-003-003.pdf>

- INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM), *¿Por qué la importancia de la geriatría?*, 04 de junio de 2019, <https://www.gob.mx/inapam/articulos/por-que-la-importancia-de-la-geriatria>
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP), *Impacto económico de la dependencia física en los adultos mayores en México*, 03 de agosto de 2020, <https://www.insp.mx/avisos/impacto-economico-de-la-dependencia-fisica-en-los-adultos-mayores-en-mexico>
- MATURANA, Humberto y DÁVILA, Ximena, “Biología del conocer y biología del amar. Desde la matriz biológica de la existencia humana”, *Revista PRELAC*, vol. 2, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf000014587> 2006
- MONTAÑA-ÁLVAREZ, Mariano, “Fragilidad y otros síndromes geriátricos”, en *Residente*, vol. 5, núm. 2, junio 2010, <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102d.pdf>
- OKUMURA, Masato, et al., *La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*, Grupo Banco Interamericano de Desarrollo, 2020, consultado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/des/v12n1/2415-0959-des-12-01-201.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Determinantes sociales de la salud*, 2012, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Manual de atención integrada para las personas mayores. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*, 2025, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/68699>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Envejecimiento saludable*, s/f, <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- PARDO ANDREU, Gilberto, “Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento” en *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, vol. 22, núm. 1, enero-marzo 2003, <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25684w/Consideraciones%20teorias%20de%20envejecimiento.pdf>
- SECRETARÍA DE BIENESTAR E INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (INAPAM), *Manual para la Atención de la Salud en Personas Adultas Mayores*, 2023, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/924973/Manual_para_la_Atencion_de_la_Salud_en_PAMS.pdf
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL, *Actualizan Tabla de Enfermedades de Trabajo*, 30 de agosto de 2016, <https://www.gob.mx/stps/prensa/actualizan-tabla-de-enfermedades-de-trabajo>

- SERRANO POVEDA, Ma. Esther, “Introducción en educación para la salud: fundamentos, claves y conceptos básicos” en *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, núm. 5, vol. 4, 2012, https://fapap.es/files/639-872-RUTA/FAPAP4_2012_10.pdf
- VERDEJA MUÑIZ, María, “Concepto de educación en Paulo Freire y virtudes inherentes a la práctica docente: orientaciones para una escuela intercultural” en *Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales*, núm. 42, 2019, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7021114>
- VERNET AGUILÓ, Fina, “Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson” en *Gerokomos*, Barcelona, Esp., núm. 18, vol. 2, 2007, https://www.researchgate.net/publication/250393008_Conceptos_basicos_de_enfermeria_en_la_atencion_gerontologica_segun_el_Modelo_V_Henderson
- VIGNOLO, Julio, *et. al.*, “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, en *Archivos de Medicina Interna*, Montevideo, Uruguay, vol. 33, núm. 1, 2011, http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract

