

Trabajo social, familia y vejez: Retos en contextos contemporáneos



Josué Méndez Cano
Yolanda de Jesús Hernández Delgado
Porfiria Calixto Juárez
Coords.

Trabajo social, familia y vejez: Retos en contextos contemporáneos

Josué Méndez Cano
Yolanda de Jesús Hernández Delgado
Porfiria Calixto Juárez
Coords.



Primera Edición: diciembre de 2025

© 2025 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

ISBN: 978-607-8987-45-0

DOI: <https://doi.org/10.62621/7ftx9b44>

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

Red Nacional de Investigación en Trabajo Social y Envejecimiento

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Universidad Autónoma de Tamaulipas

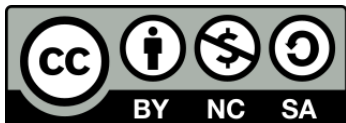
© 2025 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A.C.

Portada: ©ACANITS

Imagen: Freepik

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamen doble ciego por pares académicos y son responsabilidad de cada autor.

Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0; que de manera gratuita pone a disposición esta obra siempre y cuando se le atribuya el crédito al autor. También puede leer, descargar, compartir, copiar y redistribuir el material sin fines comerciales y con la utilización de esta misma licencia.



Impreso en México

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | Pág. 7 |
| Extreme population and individual ageing: drivers and implications <i>George W. Leeson</i> | 14 |
| La sociedad de envejecimiento y sus dificultades <i>Alejandro Klein</i> | 44 |
| Retos de las políticas y programas sociales para las personas cuidadoras de personas adultas mayores en México <i>Eliannie Bosch Nuez</i> <i>Carolina Valdez Montero</i> <i>Lucía Caudillo Ortega</i> | 56 |
| Envejecimiento digno vs realidad en los asilos: un análisis desde trabajo social <i>Daniela Maldonado Meléndez</i> | 74 |
| Redes de apoyo en la adherencia al tratamiento de los adultos mayores: Una revisión sistemática narrativa en diversos países <i>Tamara Cristina García Ovalles</i> <i>Marisela Rivera Montoya</i> <i>María del Refugio Gaxiola Durán</i> | 105 |
| Experiencias vividas de las personas mayores no institucionalizadas ante el COVID-19 <i>Porfiria Calixto Juárez</i> <i>José Aldo Hernández Murúa</i> <i>María del Carmen Flores Ramírez</i> | 125 |

Intervención del trabajo social en la salud mental del adulto mayor: estudio de caso 143

Nicole Magniales López

María Eugenia López Caamal

Roxana del Carmen Vargas Pacheco

Propuesta teórico-metodológica para analizar el envejecimiento activo de la población adulta mayor en Sonora, México 159

Arlín Gómez Grimón

María de los Angeles Fuentes Vega

Virginia Romero Plana

Deterioro de los vínculos familiares: crítica al sistema económico desde el trabajo social 177

Pamela Pérez Elvira

Miriam Hernández Vázquez

Crisóforo Pacheco Santos

Sobre el y las coordinadoras

Introducción

El envejecimiento es uno de los grandes logros históricos de la humanidad. Nunca antes tantas personas habían tenido la posibilidad de vivir más años. Hoy el envejecimiento es un fenómeno demográfico continuo en el mundo y en México en particular. De acuerdo con las estimaciones más recientes por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2025), en nuestro país el 12.8% son personas adultas mayores lo que corresponde a 17,121,580 millones de personas y se prevé que para el año 2030 el país alcance una etapa representada por más personas mayores (14.96%) que jóvenes (0 a 14 años) y para el año 2070 el porcentaje de personas mayores sea del 34.2%.

Esta transformación demográfica está dando lugar a una nueva configuración social donde conviven, en un mismo tiempo y espacio, múltiples generaciones. Madres, padres, hijos, hijas, abuelas, abuelos y bisnietas y bisnietos; trayectorias de vida que se entrecruzan, se acompañan, se cuidan, se tensionan y se transforman mutuamente. La vejez, que antes era pensada como una etapa lejana y poco probable, hoy se ha vuelto parte esperada de la vida de millones.

Este crecimiento en la esperanza de vida —y en la presencia de personas mayores como parte del tejido social— abre una oportunidad histórica para pensar la vejez no como destino secundario, sino como parte central de la vida colectiva. Además, el envejecimiento poblacional interpela a todas las dimensiones de la vida social. Las instituciones, los sistemas de salud, las políticas públicas, los modelos de familia, el trabajo y los cuidados deben repensarse en función de esta nueva realidad. No se trata sólo de adaptar lo existente, sino de cuestionar los principios sobre los que hemos organizado nuestras vidas: la juventud como valor dominante, la productividad como eje de reconocimiento, la exclusión de quienes ya no entran en esas lógicas.

Aunado a ello, el proceso de envejecimiento no es únicamente un proceso vital que se prolonga, sino una experiencia social atravesada por múltiples determinaciones —género, clase, etnicidad, lugar de

residencia, entre otras— que condicionan el modo en que se llega y se transita a la vejez.

Por lo que es necesario considerar que el envejecimiento está atravesado por profundas desigualdades de origen estructural. Pues esta expansión de los años vividos no llega del mismo modo para todas las personas. Envejecer —como nacer, crecer o enfermar— está atravesado por condiciones estructurales que organizan las oportunidades, los accesos y los riesgos a lo largo de la vida. La desigualdad, acumulada en cada etapa vital, marca profundamente cómo se experimenta la vejez: no es lo mismo envejecer con acceso a servicios, redes y seguridad, que hacerlo desde la precariedad, la exclusión o la violencia.

De acuerdo con datos recientes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social entre las personas de 65 años y más en México un porcentaje significativo sigue presentando carencias importantes: por ejemplo, rezago educativo —lo que limita incluso su acceso al empleo o a pensiones dignas—, carencia de seguridad social, y en 2020 cerca del 46.1 % tenía ingresos por debajo de la Línea de Pobreza por Ingresos (CONEVAL, 2021).

Vivimos en un mundo donde los recursos son finitos, pero su distribución es profundamente desigual —y muchas veces legitimada socialmente—. En este contexto, la longevidad no puede entenderse sólo como una buena noticia, sino como un desafío urgente: ¿cómo sostenemos vidas más largas en sociedades estructuradas por la inequidad?, ¿cómo garantizamos derechos en una etapa históricamente invisibilizada o tratada solo desde la lógica asistencial?

Por ello, como señala Huenchuan (2023), el envejecimiento debe abordarse desde una perspectiva de derechos humanos, entendiendo que el cambio demográfico tiene efectos clave en la realización y cumplimiento de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas mayores. Implica entonces, repensar nuestras instituciones, nuestras políticas públicas, nuestras relaciones de cuidado, nuestra economía, nuestros valores sociales y la formación profesional. Como advierte Huenchuan (2018), la institucionalidad pública debe adecuarse y considerar la nueva realidad demográfica para

así garantizar el derecho a una vida digna en la vejez. Lo cual no es un reto menor, ya que demanda transformar lo estructural y no solo lo individual.

En este sentido, y desde la profesión del Trabajo Social, es necesario y pertinente abordar la vejez, el envejecimiento y lo que implica esta fase de la vida como un proceso continuo, multidisciplinario y una construcción social y no sólo como una fase biológica en constante deterioro.

El Trabajo Social desde una perspectiva disciplinar se centra en las historias o experiencias de vida, interacciones sociales y el contexto en el que están inmersas las personas, dejando de lado el reduccionismo biomédico. De esta manera, la promoción social se visualiza como un enfoque significativo del paradigma del envejecimiento activo, al ser considerado elemento central en los procesos de mejora en la calidad de vida de las personas adultas mayores en un marco de respeto a la autonomía y dignidad.

En adición a lo anterior, Trabajo Social coadyuva a una comprensión holista, que va más allá de la ausencia de la enfermedad, concibiendo a la persona adulta mayor desde un enfoque integral y biopsicosocial, porque la salud y el bienestar de dicha población abarca dimensiones como la física, psicológica, social, etc.

La obra que se presenta es resultado de diversas actividades académicas organizadas por la Red Nacional de Investigación en Trabajo Social (RENITSE) y Envejecimiento de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS). El libro está integrado por nueve capítulos y las reflexiones de 21 autoras y autores de diversas instituciones educativas de nivel nacional e internacional.

El primer capítulo George W. Lesson sitúa el fenómeno del envejecimiento de la población no como un problema exclusivo de economías desarrolladas sino como un fenómeno que se extiende a nivel mundial. Asimismo, se agrega el incremento de la proporción de personas adultas mayores e incluye el concepto de *extremadamente ancianas* en el contexto europeo y, específicamente, en el Reino Unido.

Desde un análisis demográfico, el autor reflexiona en torno a la evolución de la esperanza de vida y la presencia e incremento de personas *centenarias*, para finalmente cuestionar ¿qué nos depara el futuro?

Por otra parte, en el segundo capítulo Alejandro Klein presenta algunos dilemas y tensiones en torno a la *sociedad de envejecimiento*. En nuestros contextos el envejecimiento se presenta con mayor o menor medida, sin embargo, este fenómeno no genera interés. Su análisis crítico se centra en tres argumentos: el incremento de la esperanza de vida; el nulo crecimiento poblacional debido a las bajas tasas de natalidad; para finalmente señalar que, si las cosas no cambian, la humanidad tendrá una fecha de extinción. En este sentido, hace una crítica a la gerontología, la demografía y las políticas públicas y concluye señalando que estamos muy lejos de un pacto social de autentico respeto hacia las personas adultas mayores.

En el tercer capítulo, Eliannie Bosch Nuez, Carolina Valdez Montero y Lucía Caudillo Ortega reflexionan sobre el incremento paulatino de la población adulta mayor y su análisis se centra en la ausencia de un sistema formal de cuidados y la necesidad de generar políticas públicas integrales que reconozcan el derecho al cuidado y promuevan la corresponsabilidad social. A partir de un análisis documental, examinan tanto los avances normativos como los limitantes en torno al reconocimiento del cuidado como un derecho social.

El trabajo de Daniela Maldonado Meléndez plantea un tema central el envejecimiento digno como derecho fundamental de todas las personas adultas mayores en contraparte con la realidad que se vive en un contexto institucionalizado, específicamente en un asilo en el estado de Veracruz (estudio de caso). A partir de técnicas de investigación cualitativa presenta una cruda realidad como el abandono, limitación de redes de apoyo, falta de personal capacitado, así como la falta de atención integral en favor de este grupo poblacional. En este sentido, la autora incluye propuestas desde el trabajo social en el diseño e implementación de estrategias de intervención integrales que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores institucionalizadas.

Tamara Cristina García Ovalles, Marisela Rivera Montoya y María del Refugio Gaxiola Durán a partir de una revisión sistemática señalan la importancia de las redes de apoyo en la adherencia al tratamiento de personas adultas mayores, para el análisis se consideraron 20 artículos y concluyen que la familia como núcleo primario es un factor positivo que facilita la adherencia al tratamiento.

En el sexto capítulo, Porfiria Calixto Juárez, José Aldo Hernández Murúa y María del Carmen Flores Ramírez plantean los resultados de un estudio de diseño cualitativo cuyo propósito se centra en comprender la experiencia vivida de las personas mayores no institucionalizadas ante COVID-19 en colonias de la periferia de Ciudad Victoria Tamaulipas, entre los resultados sobresale la presencia de sentimientos negativos como tristeza, temor e incertidumbre ante el COVID-19, la presencia de redes de apoyo y la resiliencia de este grupo poblacional ante las afectaciones sociosanitarias causadas por esta pandemia.

En el trabajo de Nicole Magniales López, María Eugenia López Caamal y Roxana del Carmen Vargas Pacheco, plantean un proceso de intervención desde el trabajo social en la salud mental de una persona adulta mayor. A través de una metodología del trabajo social individualizada se establece el proceso de atención y plan de acción. En los resultados se visualiza una mejoría en la autonomía y toma de decisiones a partir del fortalecimiento de la autoestima y se concluye en la necesidad de fortalecer la intervención individualizada y la invitación para fomentar el trabajo interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Desde el Trabajo Social es importante abordar la capacidad disciplinar de generar propuestas teóricas-metodológicas, en este sentido en el trabajo presentado por Arlín Gómez Grimón, María de los Ángeles Fuentes Vega y Virginia Romero Plana se cuestiona cómo el envejecimiento activo influye en la calidad de vida de las personas asistentes al Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor. Este documento es una propuesta de investigación con un enfoque cualitativo mediante estudios de caso que permita profundizar en sus percepciones y experiencias.

En el noveno capítulo Pamela Pérez Elvira, Miriam Hernández Vázquez y Crisóforo Pacheco Santos, realizan una investigación cuya temática se centra en el tema de la familia. El objetivo se centra en analizar el nivel de vinculación familiar en contraste con las exigencias del mercado laboral neoliberal, a partir de una estrategia metodológica cualitativa identificaron alteraciones en los vínculos familiares debido a las condiciones laborales.

Esta obra ofrece una mirada amplia y crítica sobre el envejecimiento al mostrarlo como un fenómeno global, complejo y profundamente determinado por factores demográficos, sociales, institucionales y afectivos. Desde distintos enfoques teóricos y metodológicos los trabajos coinciden en la necesidad de fortalecer políticas públicas integrales, promover un pacto social basado en el respeto, así como promover y consolidar intervenciones desde el Trabajo Social que atienda las necesidades de este grupo poblacional en un marco de justicia social.¹

Josué Méndez Cano
Yolanda de Jesús Hernández Delgado
Porfiria Calixto Juárez

¹ Referencias

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). *La pobreza y la población mayor en México: Un análisis a partir de la metodología de medición multidimensional*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_y_poblacion_mayor_Mexico.pdf
- Huenchuan, S. (2018). *Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional: Avances y desafíos* (Material de estudio y aprendizaje, Módulo 2). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/664e1755-7e10-4c6d-ac23-bd677771f498/content>
- Huenchuan, S. (2023). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Demografía y Desarrollo. <https://demografiaydesarrollo.org/wp-content/uploads/2025/05/Envejecimientopersonas-mayores-y-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2025). *Proyecciones demográficas de un México que envejece*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/proyecciones-demograficas-de-un-mexico-que-envejece>

Extreme population and individual ageing: drivers and implications

George W. Leeson¹

Abstract

Ageing manifests itself both at an individual and a population level. More individuals are living longer lives than previous generations and populations are experiencing increasing proportions of older people. Life expectancies at birth have increased at the global level from 46 years in the mid-20th century to around 73 years today and are expected to rise to 77 years by the mid-21st century and almost 82 years by the end of this century. The global life expectancy at age 65 years has increased steadily too, from 11 years in 1950 to around 18 years today, with an expected continued increase to almost 20 years by 2050 and 22 years by the year 2100.

The proportion of the world's population aged 65 years and over has increased from around 5% in the mid-20th century to 10% in 2023, and by 2050 it is expected to reach 16%. Furthermore, the proportion of those aged 80 years and over has increased from just 0.6% in 1950 to around 2% today and it is expected to reach almost 5% by the middle of the 21st century and 9.3% by 2100.

This paper describes this development historically and the likely growth moving forward in the 21st century, in particular in the United Kingdom, analysing mortality trends since 1840 and the rise in the numbers of extreme aged persons aged 80 years and over in the 20th and 21st centuries.

¹ Professorial Fellow, Oxford Institute of Population Ageing, University of Oxford. Visiting Professor of Demography, University of Guanajuato-Leon, Mexico

Introduction

The first 20 years of the 21st century saw populations across the globe continue to age as mortality continued to decline at all ages (Leeson 2009, 2013, 2014a, 2014b) and as fertility remained low (as in Europe and parts of Asia) or continued to decline (as in other parts of Asia, Latin America and some parts of Africa) (Vandermotten & Dessouroux 2024). Population ageing – once regarded as an issue for the developed economies of Europe and North America – had become a truly global phenomenon as it began to spread across Latin America (Leeson 2013). The only notable exception was sub-Saharan Africa, which remained relatively young in demographic terms (United Nations 2024).

Despite the COVID-19 pandemic which brought about significant mortality increases, especially at older ages (Msemburi et al 2023), levels seem to have returned to their pre- COVID-19 downward trends, and decreases in life expectancy observed during the pandemic have been or are being reversed, albeit slowly (Scholey et al 2022).

The proportion of the world's population aged 65 years and over has increased from around 5% and 126 million persons in the mid-20th century to 10% and 809 million persons in 2023; by 2050 it is expected to reach 16% and 1.6 billion persons, and by the end of the 21st century it is estimated that those aged 5 years and over will comprise 24% and 2.5 billion persons. In addition, the proportions for those aged 80 years and over have increased from just 0.6% and 1 million persons in 1950 to around 2% and 10 million persons today, and they are expected to reach almost 5% and 44 million persons by the middle of the 21st century and 9.3% and almost 1 billion persons by 2100. These simple demographics alone confirm the size and speed of the extreme population ageing of the planet.

These increasing numbers of aged and extreme aged persons are also living longer than previous generations of aged and extreme aged persons.

Life expectancies at birth have increased at the global level from 46 years in the mid-20th century to around 73 years today and are expected to rise to 77 years by the mid-21st century and almost 82 years by the

end of this century. The global life expectancy at age 65 years has increased steadily too, from 11 years in 1950 to around 18 years today, with an expected continued increase to almost 20 years by 2050 and 22 years by the year 2100. The global life expectancy at age 80 years has increased from 5.1 years in 1950 to 8.3 years today and is expected to reach 9.5 years by 2050 and 11.3 years by the end of the century (United Nations 2024). This amounts to a doubling in both sets of life expectancies (at age 65 and 80 years) in the course of 150 years. Extreme ageing is observable at all global levels, illustrated by Europe and the United Kingdom in the following.

The ageing of Europe's populations has been similarly noteworthy over this same period. The population aged 65 years and over in Europe increased from 43 million and 8% in 1950 to 150 million and 20% in 2023 (United Nations 2024). By 2056, it is expected to peak in absolute terms at 205 million and 30%, and although the number of those aged 65 years and over in 2100 is expected to have declined to 188 million, this would comprise 32% of Europe's population at that time. Extreme ageing in Europe is significant after 1950 at which point the population aged 80 years and over amounted to just 6 million and 1% of total population. By 2023, this had increased to over 40 million and 5%, and by 2050 is expected to reach over 73 million and 10%. The end of the 21st century will see over 91 million citizens aged 80 years and over comprising over 15% of Europe's population.

In the United Kingdom, we observe similar developments in the number of aged and extreme aged persons. According to United Nations data (United Nations 2024), the population aged 65 years and over in the United Kingdom increased from 5.4 million and 11% in 1950 to 13.2 million and 19% in 2023. By 2050, this segment of the population is expected to reach 18.6 million and 25% and by the end of the 21st century it is estimated to reach 23 million and 31%. We observe that extreme ageing in the United Kingdom follows the patterns outlined above with significant ageing after 1950 at which point the population aged 80 years and over amounted to only 3/4 million and 1.5% of total population. By 2023, this had increased to over 3.6 million and 5%, and by 2050 is expected to reach 6.9 million and 9%. The end of the 21st

century will see 11 million citizens aged 80 years and over comprising over 15% of the population of the United Kingdom.

It is interesting to note here that in the course of just 100 years from 1950 to 2050 in the United Kingdom, the proportion of extreme aged persons aged 80 years and over by 2050 has become similar to the proportion of persons aged 65 years and over in 1950 (approximately 10%), making a case for redefining old age as we shall discuss later in this paper.

As noted above, at the individual level, life expectancies increased quite dramatically during the 20th century and are expected to continue to do so in the 21st century (United Nations 2024). Life expectancies at birth have increased at the global level from 46 years in the mid-20th century to around 73 years today and are expected to rise to 77 years by the mid-21st century and almost 82 years by the end of this century. The global life expectancy at age 65 years has increased steadily too, from 11 years in 1950 to around 18 years today, with an expected continued increase to almost 20 years by 2050 and 22 years by the year 2100. The global life expectancy at age 80 years has increased from 5.1 years in 1950 to 8.3 years today and is expected to reach 9.5 years by 2050 and 11.3 years by the end of the century (United Nations 2024).

In Europe these life expectancies at birth have increased from 62 years in 1950 to around 79 years today and are expected to reach around 83 years by the middle of the 21st century and 89 years by the end of this century. The European life expectancy at age 65 years has increased steadily too, from 13 years in 1950 to around 19 years today, with an expected continued increase to 22 years by 2050 and 22 years by the year 2100. The European life expectancy at age 80 years has increased from 5.5 years in 1950 to 9.2 years today and is expected to reach 11 years by 2050 and 13 years by the end of the century (United Nations 2024).

Life expectancies at birth in the United Kingdom increased from 69 years in 1950 to 81 years today and is expected to reach 85 years and 91 years respectively in 2050 and 2100. The life expectancy at age 65 years in the United Kingdom has increased steadily too, from 13 years

in 1950 to around 20 years today, with an expected continued increase to 22 years by 2050 and 22 years by the year 2100. Life expectancy at age 80 years has increased from 5.6 years in 1950 to 9.3 years today and is expected to reach 10.7 years by 2050 and 13.3 years by the end of the century (United Nations 2024).

As illustrated, life expectancies increased quite dramatically during the first half of the 20th century, and more modestly in the latter half of that century as a result of improvements in survival at older ages (Fries 1980; Leeson 1981, 1982, 2014a; Vaupel 1998). Furthermore, there is a body of evidence indicating that lives will continue to be extended (Bongaarts 2006; Thatcher 1999, 2001; Olshanky et al. 2001; Robine, Saito & Jagger 2003; Wilmoth & Robine 2003; Christensen et al. 2009; Vaupel 2010; Leeson 2011, 2014a, Scholey et al 2022). There is historical evidence to support this moving forward (Oeppen & Vaupel 2002), as female life expectancy at birth in the longest-lived country at any time has increased year on year since 1840 at a rate of approximately 2.5 years per decade, and the same is true, but at a slower rate, for males (Westendorp 2004).

There has been scepticism about the limit to longevity, moving from a belief in *limits to life-span* to a belief in a *limit to life expectancy*. In 1928, it was predicted that the limit to life expectancy was 64.75 years for both males and females (Dublin 1928). However, these limits had already been surpassed in New Zealand. In 1990, it was suggested "...that life expectancy should not exceed...35 years at age 50 unless major breakthroughs occur in controlling the fundamental rate of aging" (Olshansky et al. 1990), but again this limit was exceeded in 2014 by the Japanese population with life expectancy at age 50 reported as 35.16 (Japanese Mortality Database, National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo).

Claims of centenarians are nothing new, although verifiable ages at death are increasingly difficult to identify pre-19th century as records were unreliable even if they existed. The Greek philosopher Democritus of Abdera is referenced by Diogenes Laertius in 250AD as *assuredly* having lived 109 years. The longest-lived person in the Bible was Methuselah who lived 969 years old (Genesis 5:27), just 7 years longer

than Jared who lived 962 years (Genesis 5:20). Indeed, the Bible includes many people living for at least 100 years and even some living several hundred years. This extended and fanciful longevity is probably symbolic of their influence rather than their actual physical length of life. Many of the claims to such longevity in Europe and North America, however, have been refuted as they cannot be verified beyond doubt (Jeune & Vaupel 1999).

According to Jeune (1995), centenarians did not exist before 1800 in any population or in any period of world history, an interesting claim in that his main thesis seems to be that there are no reliable records. One could claim that this lack of evidence (in the form of birth and death records) equally does not completely dismiss the possibility of centenarians or even supercentenarians at any time in history and in any population. In fact, in Norway, there does seem to be evidence of a centenarian before 1800 (Kjaergaard 1995). The registration of vital events is a pre-requisite for reliable evidence, particularly about extremely long lives. The origin of vital statistics in the modern sense can be traced to an analysis of the English bills of mortality published by the father of demography John Graunt in 1662 as *Natural and political observations mentioned in the following index and made upon the bills of mortality* (Sutherland 1963). Death by social class was not recorded in England until 1921 (Caselli 1991).

The earliest systems of vital registration were established in Finland (1628), Denmark (1646), Norway (1685) and Sweden (1686). In England and Wales, so-called parochial registration of baptisms and burials began as early as 1538. Some years after Graunt's work in 1662, an act was passed in 1694 providing for the registration of births and deaths throughout the country. This was, however, not widely successful and estimates of population in England and Wales in the eighteenth century have to rely on the parochial registers until the system of civil registration was established in 1836. This act, however, did not impose penalties for failure to comply and this was not addressed until 1874.

More recently, serious concerns have been raised about the authenticity of the records suggesting extremely long lives (Newman

2019, 2024) with *relative poverty and short life span being unexpected predictors of centenarian and supercentenarian status*.

In the following, we shall present an overview of the emergence of extremely long lives, focusing on the emergence of centenarians – and the demographics underlying this development – in the United Kingdom. The contribution of declining mortality to the growth in the number of centenarians in the 20th century is analysed, and the potential for even greater increases in the number of people living to 100 years and beyond in the 21st century is also investigated.

Mortality development in the United Kingdom

Just over 100 years ago, in 1922, the number of persons in the United Kingdom aged 80 years and over amounted to around 316,000 and just 0.7% of the total population. It is no exaggeration that the population has aged dramatically since then. By 2023, this segment of the population had increased to 3.6 million and 5%, and by 2050 – in less than 30 years – it is expected to almost double, reaching 6.9 million and 9%. The end of the 21st century will see 11 million citizens aged 80 years and over comprising 15% of the population of the United Kingdom (Human Mortality Database and United Nations 2024).

The challenges of this development to individuals, families, communities and government are significant, and the absolute scale demands that these challenges be addressed and not ignored. We are entering a period of continued extreme ageing along with a new demography of death (Leeson 2014b), a demography of death that has accompanied the structural changes in the population. The absolute number of deaths per year in the United Kingdom amounted to 656,000 at the beginning of the 20th century.

The number of deaths peaked in 1918 at 715,000. This peak was followed by a long period with the annual number of deaths varying around 550,000, but with another peak of 673,000 in 1940 (Office for National Statistics 2021). By 2020, the number of deaths in the population was around 690,000. Over this same period life expectancy at birth increased only modestly from around 41 years for males and 43 years for females in 1841 to around 44 years for males and 48 years for

females by the turn of the 20th century. The upward trend then continued, reaching 66.5 and 71.3 years respectively as we entered the 1950s, and to 79 and 83 years by 2022 (Figure 1), with only modest decreases during the Covid-19 pandemic. It is interesting in view of the albeit modest impact of the Covid-19 pandemic on life expectancies (Scholey et al 2022) to note the impact of the Spanish influenza at the end of the 1st World War and the 2nd World War itself on these period life expectancies. While declines were significant, the period upward trend soon resumed. Data from the Human Mortality Database giving cohort life expectancies in the United Kingdom do not express any such declines.

The United Kingdom data reveal the patterns of 10-year incremental increases in life expectancy at birth for both males and females since 1841. The first 10-year increase for females took around 60 years and for males around 70 years; the second such increase took considerably less time - around 20 years for females and around 25 years for males; the third increase took around 26 years for females but more than 40 years for males; and while the fourth 10-year increase for females took almost 60 years, it had still not quite been achieved for males by 2022. This recent timing of 10-year increases in life expectancy at birth reflects the transition from juvenile to senescent mortality reduction and the increasing difficulty associated with adding years to life expectancy at birth when these years are added in late rather than in early life (Bongaarts 2006).

The final observation about the development of male and female life expectancy at birth in the United Kingdom since 1841 is the difference in male and female life expectancies at birth. This female “advantage” increased from around 2 years up until the 1870s to around 3 years up until the early 1900s. The advantage increased to 4 years and then to 6 years in the 1960s. However, in the 1990s, male and female life expectancies at birth began to converge, the difference falling to around 5 years in the 1990s and to 3-4 years more recently.

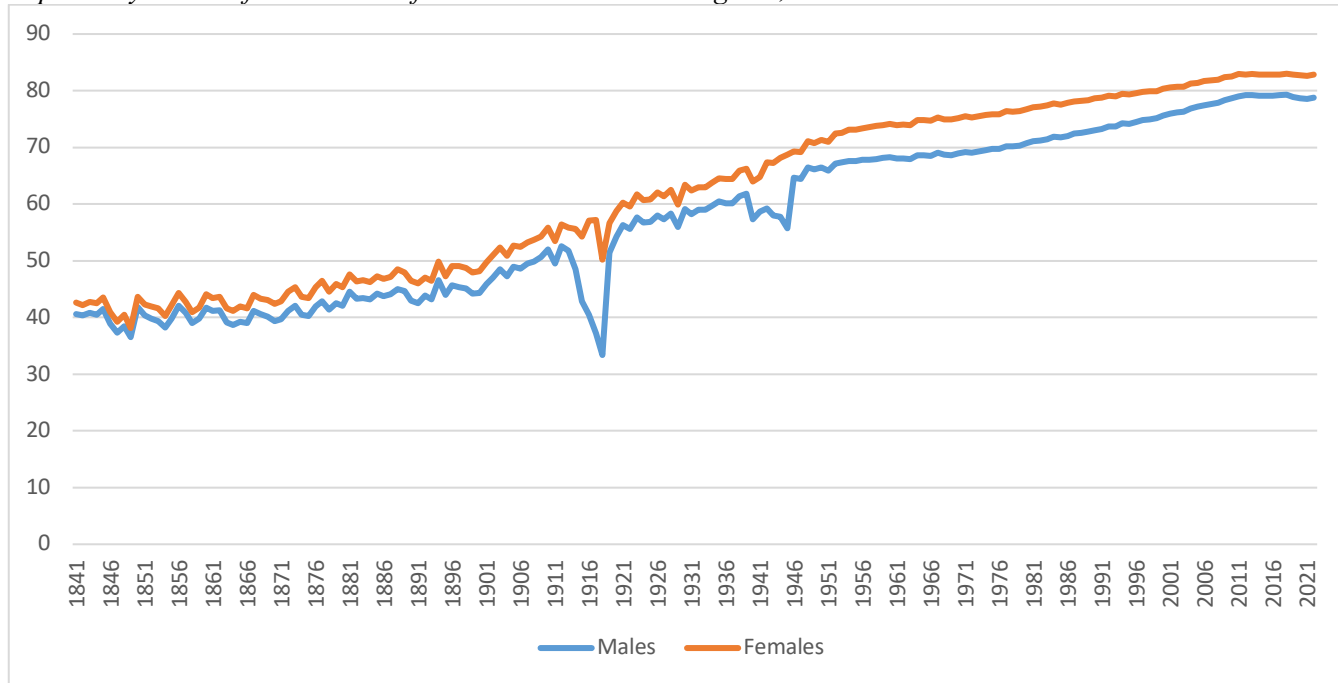
These recent late-life declines in mortality reflect the demographic reversal of the previous conviction that mortality at older ages was intractable (Wilmoth 1997; Vaupel 1998). Contrary to this conviction,

the declines in mortality among the extreme aged discussed above have been significant for females (Vaupel 1998), and improvements have also occurred in the second half of the 20th century for males (Kannisto 1994, 1996; Kannisto et al. 1994). To illustrate this, Figure 2 shows life expectancy at age 65 years in the United Kingdom from 1922 to 2022 and the female – male difference in this life expectancy over the same period.

Life expectancy at age 65 years remained at around 12 years for males until around 1980 when it began to increase slowly. Female life expectancy at age 65 years remained at around 13 years until the late 1930s when it began to increase. As a result, from the late 1930s, the difference between male and female life expectancy at age 65 years remained at up to 2 years until the mid-1940s, after which the gender difference began to increase, settling at around 4 years until the late 1980s when male life expectancy at age 65 years began to converge on the female life expectancy, and by 2022 it has declined to levels observed in the 1940s. One hundred years had seen late-life life expectancy increase by almost 8 years for males and almost 9 years for females – quite an achievement against a backdrop of belief that late-life mortality was more or less constant. This development largely signifies the ageing revolution that defined our populations post 2nd World War.

Figure 1.

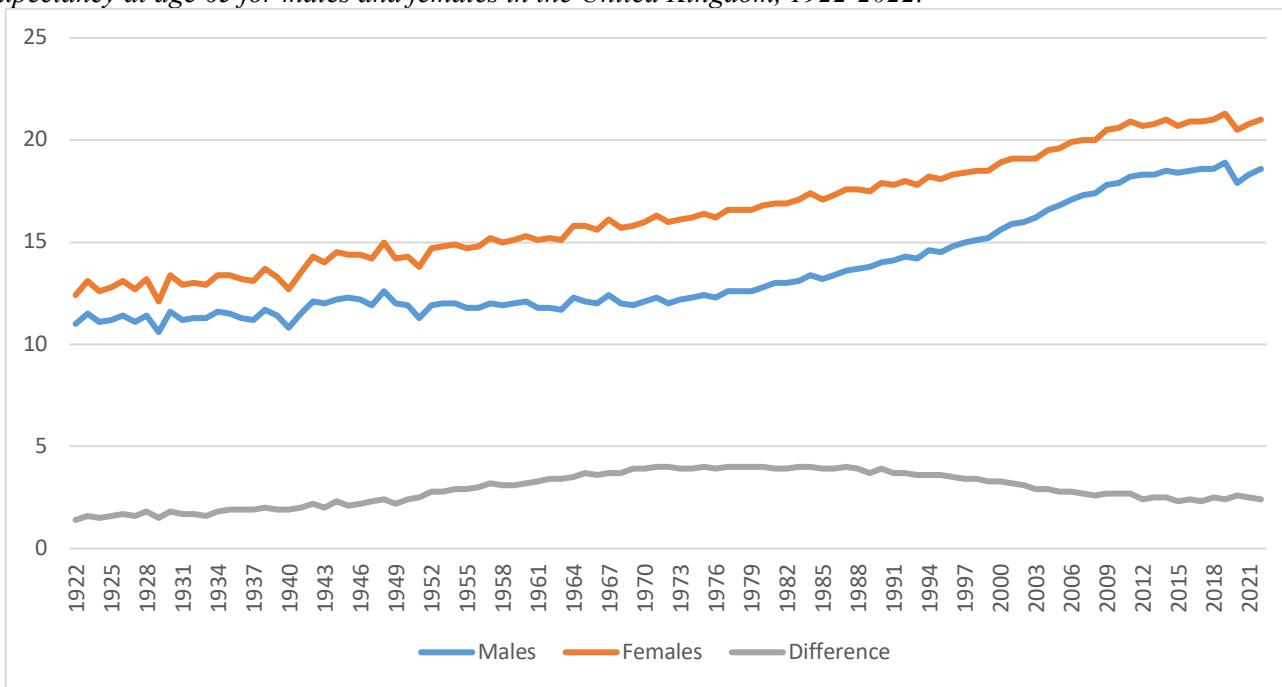
Life expectancy at birth for males and females in the United Kingdom, 1841-2022.



Source: Leeson (2014b), UK Office for National Statistics and Human Mortality Database.

Figure 2.

Life expectancy at age 65 for males and females in the United Kingdom, 1922-2022.



Source: Human Mortality Database.

The last 50 years in the United Kingdom have seen for both males and females an approximate 10-year shift in mortality levels for those aged 50 years and over, as is illustrated in Table 1 which shows current ages (50, 60, 70, 80 and 90 years in 2022) and ages of equivalent death rates 50 years ago for males and females in the United Kingdom. As appears from the table, 50 years ago, those aged around 43-44 years in the United Kingdom had an age-specific death rate equivalent to that of people aged 50 years in 2022; those aged around 51 years had an age-specific death rate equivalent to that of people aged 60 years at present; those aged around 60-63 years had an age-specific death rate equivalent to that of people aged 60 years at present; those aged around 70-73 years had an age-specific death rate equivalent to that of people aged 80 years at present, and those aged around 85 years had an age-specific death rate equivalent to that of people aged 90 years at present. This is a reflection in mid and later life of the so-called rectangularisation of survivorship (Fries 1980).

Table 1.

Current ages in 2022 and the ages of equivalent death rates 50 years ago in 1972 for males and females in the United Kingdom. Current ages in 2022 male and female

| Age of equivalent death rate in 1972 males and female | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| Males | 44 | 51 | 60 | 70 | 85 |
| Females | 43 | 51 | 63 | 73 | 85 |

Human Mortality Database.

The emergence of (large numbers of) centenarians

Centenarians – or at least claims of centenarians – are not related to the ageing of our modern populations but have always existed in different populations at different times. The difference is that more and more people are achieving these extreme ages.

However, it remains true that verifiable ages at death are increasingly difficult to identify pre-19th century as records were unreliable even when they existed. The Greek philosopher Democritus of Abdera is referenced by Diogenes Laertius in 250AD as *assuredly* having lived 109 years. The longest-lived person in the Bible was Methuselah who

lived to be 969 years old (Genesis 5:27), just 7 years longer than Jared who lived to be 962 years old (Genesis 5:20), these almost mythical long lives being symbolic of their influence rather than their actual length of life.

By the 19th century, records of births and deaths in many countries improved and became universal, but even so, many of the claims to extreme longevity in Europe and North America have been dismissed as they cannot be verified beyond doubt (Jeune & Vaupel 1999).

Jeune (1994) goes so far as to state that centenarians did not exist before 1800 in any population or in any period of world history, a statement based on the premise that there are no reliable records. One could counter-claim that this lack of trustworthy evidence does not dismiss the possibility of centenarians or even supercentenarians at any time in history and in any population. Indeed, in Norway, there does seem to be evidence of a centenarian before 1800 (Kjaergaard 1995).

The registration of vital events is a pre-requisite for reliable evidence, particularly about extremely long lives. The earliest systems of vital registration were established in Finland (1628), Denmark (1646), Norway (1685) and Sweden (1686). A system of civil registration was established in 1836 in England and Wales. Despite vital event registration, a case from Japan revealed a degree of unreliability in even the most *efficient* systems of registration (*The Guardian*, 12 August 2010). Japanese authorities admitted that almost 200 people registered as aged 100 years or over were *missing*. Officials in Kobe had lost track of 105 of the city's then 847 centenarians, and in Osaka 64 of 857 centenarians had been lost – in fact, a man registered as 127 years old, had died in 1966.

The verified oldest person ever to have lived is Jeanne Calment, who died in France in 1997 aged 122 years 164 days. The verified oldest person still alive (as of May 1st 2025) is Ethel Caterham of Surrey, England – a comparative youngster at 115 years and 252 days at the time. The last surviving Briton born in the 19th century had been Grace Jones who died on November 14th 2014. Living in three centuries is nothing new. Margaret Neve lived in the 18th, 19th and 20th centuries

(1792-1903) and is one of the earliest verified of such cases, and large proportions of those born towards the end of the 20th century are expected to live into the 22nd century (Office for National Statistics 2012; Department for Work and Pensions 2011).

Globally, the highest reported and reliable age at death is well over 100 years and even 110 years and has been increasing. According to the Office for National Statistics, in England and Wales from the 1960s to the late 1990s, the highest verified age at death increased from 109 to 115 years (Thatcher 1999, 2001).

There does seem to be an increasing body of evidence that reflects the demographic reversal of the previous conviction that mortality at older ages is constant over time (Wilmoth 1997; Vaupel 1998; Leeson 2014). In fact, declines in mortality among the extreme aged – and particularly in the case of females – have been significant, and more modest declines have also occurred since the second half of the 20th century for males (Kannisto 1994, 1996; Kannisto et al. 1994; Vaupel 1998), as reflected in the data in Figure 2 for the United Kingdom.

Data from the Human Mortality Database indicate that the number of people aged 100 years and over in the United Kingdom increased from around 200 in 1922 to around 630 in 1962. By 1982 it had increased to around 2,500 and further to around 7,300 in 2002. Currently, in 2022, the number in the United Kingdom aged 100 years and over is around 16,000 according to the Human Mortality Database. This corresponds well with the figure from the Office for National Statistics, which estimates the number aged 100 years and over in the United Kingdom in 2022 to be 16,200 (Office for National Statistics 2025).

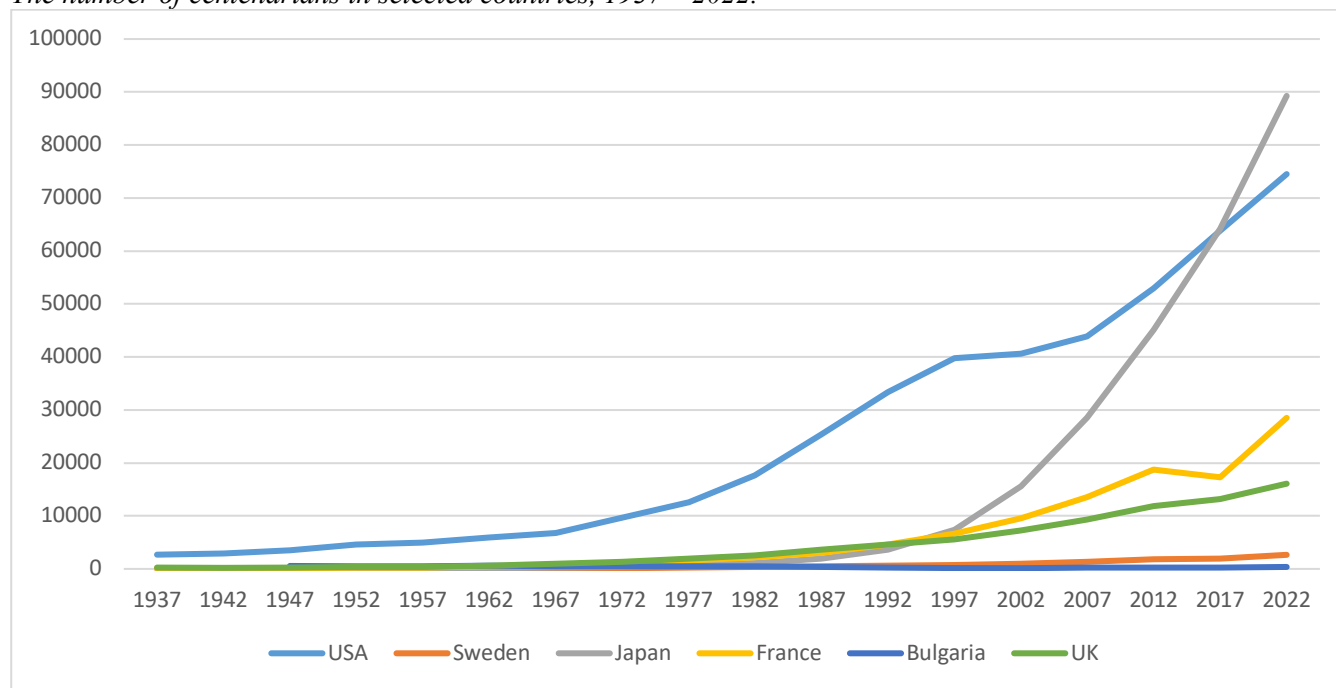
In Japan, regarded by many as the perfect example of extreme ageing, the number of centenarians has also increased. According to the Human Mortality Database, the number of centenarians in Japan increased from around just 160 in 1962 to around 1,100 in 1982 – not dissimilar numbers from the United Kingdom. However, it then increased to around 15,400 in 2002 and to around 89,300 in 2022 (Human Mortality Database and Robine, Saito & Jagger 2003).

Currently, the size of the Japanese population is around twice the size of the United Kingdom population, while the number of centenarians in Japan is more than five times the number in the United Kingdom.

Figure 3 shows the increase in the number of centenarians in selected countries in Europe and North America along with Japan from 1937 to 2022. The speed and timing of these increases have varied across countries – indeed development in the number of centenarians in Bulgaria has been one characterised overall by decline and by 2022 registers just 334 persons aged 100 years and over, significantly lower than the 559 registered in 1947.

Figure 3.

The number of centenarians in selected countries, 1937 – 2022.



Source: Human Mortality Database.

The numbers of centenarians in the United Kingdom, Sweden, Japan and France in the 1930s and until the late 1940s were between 40 and 250, but from the early 1950s the numbers in France began more or less doubling every decade right up until 2022, corresponding to the decade-doubling results of Vaupel & Jeune (1995) in respect of low mortality countries from 1960 to 1990. This longstanding decade-doubling did not happen in the United States, however, nor in Sweden, and only for the early period in the United Kingdom.

The case of Japan is interesting – the number of centenarians almost doubling from a low level of 86 in 1947 to 158 in 1962 and then rising steeply at more than decade-doubling intensity to almost 90,000 in 2022, overtaking and leaving France behind by the late 1990s. Bulgaria on the other hand experienced an absolute decline in the number of centenarians throughout the Soviet era, picking up finally in the late 1990s, but remaining below the immediate post 2nd World War figure in 2022.

The increasing number of centenarians in the United Kingdom has been accompanied by an increasing number of extreme aged centenarians (persons aged 105 years and over). This number has almost doubled in recent years from 330 in 2002 to 610 in 2023 (Office for National Statistics 2025).

Not only are centenarians not unique to modern times, they are not unique to the more developed economies of the world, as is shown in Table 2, which provides data for three large developing economies and for sub-Saharan Africa. The level of and development in the number of centenarians shown is different from that in the developed economies illustrated in Figure 3, beginning relatively low in absolute terms but increasing quite dramatically over around 40 years. For example, Brazil has seen its centenarian population increase from around 1,000 in 1990 to around 7,000 in 2023, while that of both India and China has increased from similarly low to significantly higher levels.

Over the same period, the number of centenarians in sub-Saharan Africa remained relatively low until the last 10 years or so, which is not surprising in a continent where life expectancy at birth is around 62 years (United Nations 2024).

Table 2.

Numbers of centenarians in Brazil, India, China and sub-Saharan Africa, 1984 – 2023.

| | Brazil | India | China | Sub-Saharan Africa |
|-------------|---------------|--------------|--------------|---------------------------|
| 1984 | 1,000 | 2,000 | 0 | 1,000 |
| 1994 | 1,000 | 6,000 | 2,000 | 2,000 |
| 2004 | 2,000 | 11,000 | 7,000 | 3,000 |
| 2014 | 5,000 | 20,000 | 18,000 | 7,000 |
| 2023 | 7,000 | 29,000 | 39,000 | 13,000 |

Source: United Nations (2024).

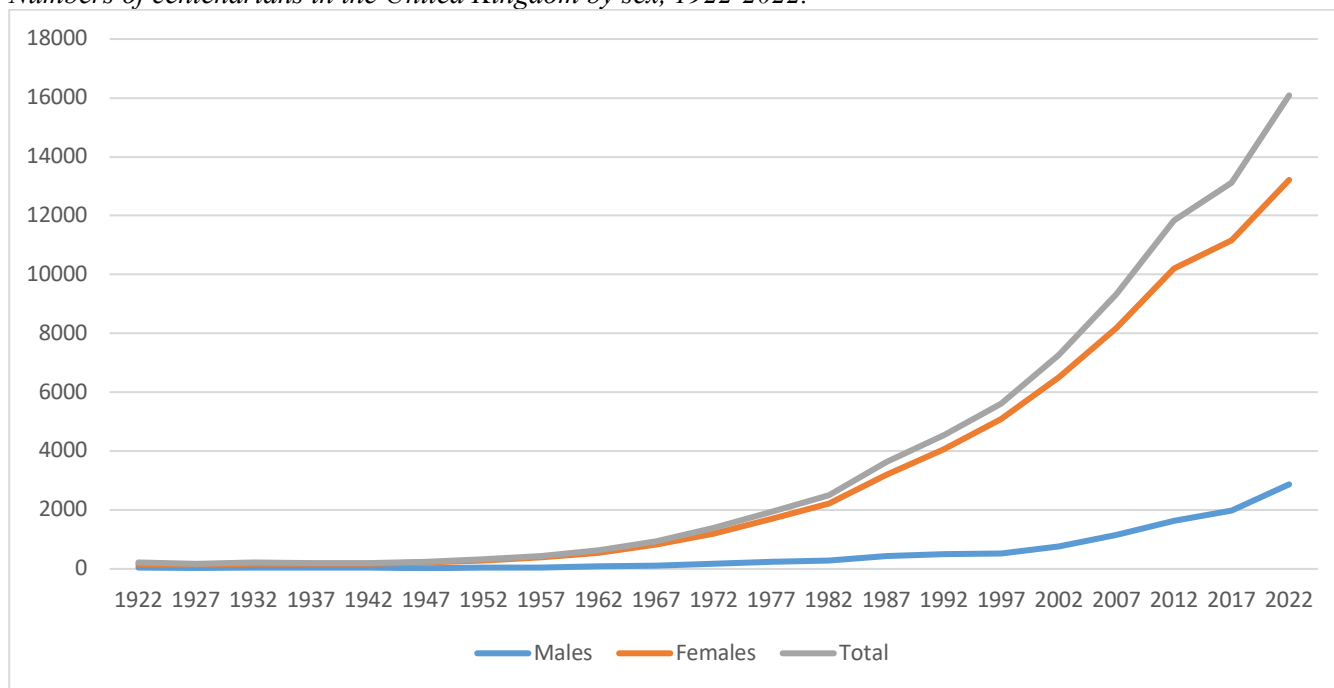
These data on centenarians suggest that across much of the globe, centenarian populations have increased from “handfuls” to thousands as mid- and late and extreme late life mortality have all decreased. In the following, let us consider this development in more detail using data for the United Kingdom.

The number of centenarians in the United Kingdom, 1922-2022

Declines in mortality in the United Kingdom from the middle of the 19th century saw increases in life expectancies not only at birth but also in later in life, albeit this late life increase was slower over the period and began later. This development alone released a potential for increasing numbers of centenarians in the United Kingdom (and elsewhere), as illustrated in Figure 3, with the number eventually doubling more or less every decade after 1960. However, the difference between the number of male and female centenarians over time is noteworthy, as can be seen from Figure 4.

Figure 4.

Numbers of centenarians in the United Kingdom by sex, 1922-2022.



Source: Human Mortality Database.

In 1922, there was just less than 50 male centenarians in the United Kingdom. This number fluctuated moderately at less than 50 until around 1960, after which an uninterrupted increase characterised the period until 2022. From 1962 to 1972, the number of male centenarians more than doubled from 81 to 181, doubling again by the mid-1980s. The next doubling took almost 20 years as the number of male centenarians reached 1159 in 2007. It then more than doubled in the next 15 years, reaching 2872 by 2022.

Growth patterns for the number of female centenarians in the United Kingdom since 1922 were similar to those outlined above for males, albeit at a significantly higher level at every point in time. In 1922, at 162, the number of female centenarians was more than three times the number of male centenarians. This number fluctuated somewhat between for the next 25 years or so, by which time – 1947 – it had surpassed 200 and begun its continual increase. The number of female centenarians more or less doubled over the next 10 years or so, reaching 388 in 1957. The number then more than doubled over the following 10 years to 826 in 1967. This pace of doubling continued until the late 1980s. By 2022 there were 13,214 female centenarians in the United Kingdom – almost five times the number of male centenarians.

The number of centenarians is determined by the *complete demography* of the past – i.e., the size of birth cohorts and the developments in age-specific mortality as these cohorts age, along with any migration. Those persons who reached 100 years and more in 2022 were the survivors of those born in 1922 and earlier. There is an indication from data on births (Leeson 2014b) that the birth cohort size effect in this puzzle is limited as the annual number of live births in the United Kingdom remained at a level just below 1 million in the latter part of the 19th and early part of the 20th centuries, so it is possible to determine the effect of declining mortality on the number of centenarians if we assume birth cohort size remained constant for this group of centenarians in 2022.

As we can see from Table 3, if it is assumed that mortality at all ages remained constant from 1922 to 2022, then the increase in the number of centenarians in the United Kingdom would have been more modest when compared with the development illustrated in Figure 4. By 2022, the number of male centenarians would only be less than 200 compared

with the observed 2872, and the number of female centenarians would be slightly more than 800 compared with the observed 13214. In other words, the mortality declines of the period 1922-2022 have resulted in around 16 times more centenarians than there would have been had mortality not declined during that 100-year period – and the difference is hugely significant in the case of females.

Table 3.

Numbers of centenarians in the United Kingdom by sex, 1922-2022, selected years, observed and assuming constant mortality from 1922.

| | 1922 | 1932 | 1942 | 1952 | 1962 | 1972 | 1982 | 1992 | 2002 | 2012 | 2022 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| Males | | | | | | | | | | | |
| <i>Observed</i> | 46 | 37 | 34 | 47 | 81 | 181 | 291 | 497 | 766 | 1629 | 2872 |
| <i>Constant</i> | 46 | 37 | 45 | 56 | 75 | 96 | 114 | 115 | 125 | 148 | 175 |
| Females | | | | | | | | | | | |
| <i>Observed</i> | 162 | 177 | 166 | 285 | 548 | 1206 | 2212 | 4061 | 6498 | 10206 | 13214 |
| <i>Constant</i> | 162 | 188 | 251 | 321 | 416 | 537 | 663 | 707 | 747 | 792 | 840 |
| Total | | | | | | | | | | | |
| <i>Observed</i> | 208 | 214 | 200 | 332 | 629 | 1387 | 2503 | 4558 | 7264 | 11835 | 16086 |
| <i>Constant</i> | 208 | 225 | 296 | 378 | 491 | 633 | 777 | 822 | 872 | 940 | 1015 |

Note: own calculations from Human Mortality Database data.

Centenarians in the United Kingdom, 2022-2100

What of the future? Can we expect the trends of the last 170 years or so – with increasing life expectancies at birth and at age 65, for example – to continue into the future? How will the changes in life expectancy affect the number of centenarians moving further into and through the 21st century? And what if late-life mortality improves even more than official forecasts suggest? This final section considers the expected increase in the number of centenarians, and the growth possible with even more dramatic decreases in late-life mortality.

The latest data from the Office for National Statistics in the United Kingdom reveal that by the year 2100, life expectancies at birth are predicted to be 87 years for males and 90.4 years for females in the United Kingdom, while at age 65 years, life expectancies are expected to be 24.7 years for males and 26.9 years for females (ONS 2025a). The

survival curves, in other words, are expected to continue to rectangularise (Fries 1980), which will lead to increasing numbers of people at extreme ages, including centenarians, as is reflected in the official forecasts of the Office for National Statistics. Figure 5 illustrates the projected numbers of centenarians in the United Kingdom from 2022-2102.

In 2022, centenarians in the United Kingdom amounted to around 16,500 (3000 males and 13,500 females). As can be seen from Figure 5, this number is projected to increase until the beginning of the 21st century, reaching a total of more than 255,000 in 2102 (almost 90,000 males and almost 167,000 females). Noticeably, the relative difference between male and female numbers is expected to decrease. In 2022, there are just over 4 times as many female as male centenarians, but by 2092 there projected to be just over twice as many female centenarians. So over 80 years, the number of centenarians in the United Kingdom is projected to increase to almost 14 times the current number. Doubling times for the number of centenarians are expected to be around 15 years until the latter part of the projection period when they reach about 20 years.

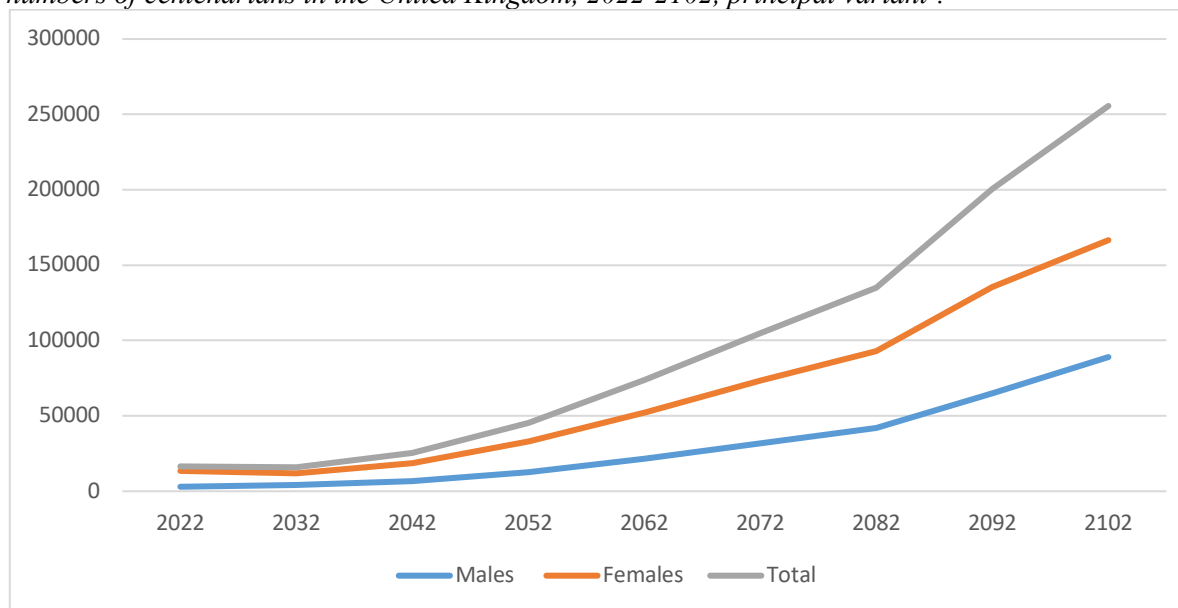
A high variant projection for the United Kingdom¹ projects an increase in the number of centenarians in the United Kingdom to almost 450,000 by 2102.

Whichever one of these variants is considered, the 21st century is destined to be the century of centenarians. This will of course not occur in a demographic and health status quo. Those attaining such extreme ages will do so because they are the survivors. They are unlikely to be frail and dependent for these many additional years of life. The question then remains – are we as individuals and are our societies prepared for this demographic festival of long lives?

¹ For the high variant, a long-term improvement rate of 1.5% for males and females aged 0 to 90 years, reducing linearly between ages 91 and 110 years to 0% for ages 110 years and over is used.

Figure 5.

Projected numbers of centenarians in the United Kingdom, 2022-2102, principal variant¹.



Source: ONS 2025a.

¹ For the principal projection, the long-term rate of annual mortality improvement for the UK for 2047, for both males and females aged 0 to 90 years, is 1.1 per cent. This is then reduced linearly between the ages of 91 to 109 years, from 1.1 per cent to 0 per cent, and the long-term improvement rate is 0 per cent for those aged 110 years and over. Rates of mortality improvement remain constant at the long-term rate by age and sex beyond 2047.

Do we need to redefine old age?

As we stand before this extreme ageing future, perhaps a sensible place to begin our preparations is to ask whether or not we need to redefine old age.

As life expectancy and longevity increase, humans have the ability to contribute to their families, communities, and workplaces for much longer—breaking through the legislative and administrative age barrier that constrains them and redefining old age in the life course. We are living longer, healthier and more active lives—we have added 2.5 years per decade for the last 160 years (Westendorp 2004), and there is yet no evidence of having reached a limit to our life expectancies, as is witnessed by the data presented here for the United Kingdom.

Redefining old age is about extending our active contributory life, in whatever way we are able to do this as individuals, into our 70s and 80s and even 90s before extreme old age begins to reduce our potential for this. This requires a serious raising of awareness—an awareness of our lives and the length of these lives. Governments and individuals have an important role to play in this respect.

We are stuck at the old age of our parents and grandparents. While the old ages of our parents and grandparents may not have been that different from one another, the developments of the last 50 years mean that our old age and that of generations to come will be very different. First, we need to wake up to the fact that 3 score years and 10 has long gone. It's now 4 score years and 10 and may well become 5 score years and 10 for our children and grandchildren (Leeson 2016a). This means waking up to a new realisation about work, leisure and financial preparation.

Much of the research into ageing has been about (poor and declining) health and financial disadvantage. This was important and justified. And while these are still issues, they alone do not contribute to realising the potential of ageing. A more holistic approach is necessary—also reflecting the importance of life course decisions and conditions—one which includes housing, transport, technology, education and work. We all have to take on the cloak of this new old age.

Concluding remarks

This chapter has outlined the emergence of centenarians historically and the development in the number of centenarians in the 21st century, in the United Kingdom, analysing mortality since 1840 and the growth and likely future growth in the number of centenarians in the 20th and 21st centuries. Both the historical and future analyses investigate the effects of both declining and constant mortality on the number of centenarians, indicating that the 21st century will indeed be a century of centenarians.

The transition in the United Kingdom has been outlined as developing from a demography of low life expectancy and few centenarians in the mid-19th century to one of increasing life expectancies and an increasing but still relatively modest number of centenarians in the 20th century, and on to the 21st century as one with the number of centenarians increasing from around 16,000 in 2022 to up to 1/2 million. The power of declining later life mortality is captured in both the retrospective and the prospective analyses.

The trends presented and discussed are a natural consequence of on-going demographic change in the United Kingdom and elsewhere, but the question is: is society prepared for this century of centenarians and its impacts on individuals, families, communities and society at large?

European populations were surprised by the fundamental changes brought about by the ageing of their populations in the latter part of the 20th century – a combination of demographic resistance to the idea that human longevity could exceed expectations and to the decline in mid- and late-life mortality as the prevention and treatment of lifestyle diseases such as cardiovascular diseases improved. The result was that old age was pushed back to age 80 and over.

The future will also present surprises and challenges if the evidence is ignored of the significantly increasing number of extreme aged individuals in our societies, with centenarians comprising an increasing number and proportion of populations around the world, and with old age being pushed back even further.

While this chapter has the United Kingdom as its focus, the century of centenarians will be at least equally challenging elsewhere in both the low and middle income economies of the world. Regardless of location, the trend has fundamental consequences for the way in which individuals view and live these extending lives, but also for the way in which societal infrastructures (education, workplace, housing, transport, health and social care) will need to be adapted to the needs of these extreme aged populations.

How could/should people begin to prepare themselves for such long lives? At the individual level the trend presents a challenge to life course planning. It is also a challenge to current concepts of old age and retirement (is retirement even at age 75 years sustainable?). Family dynamics will be challenged by the survival of these extreme aged generations delaying intergenerational succession and inheritance and depending on smaller families for support in frail and dependent old age.

The prospect of declining population size as well as this new demography of centenarians is one of the 21st century's major challenges.

References

- Bongaarts, J. (2006) How long will we live? *Population and Development Review*, Vol. 32 (4), pp. 605-628.
- Caselli, G. (1991) Health Transition and Cause-specific Mortality. In: Schofield R, Reher D, Bideau A, editors, *The Decline of Mortality in Europe*, Oxford: Clarendon Press.
- Christensen, K., Doblhammer, G. & Vaupel, J. (2009) Ageing populations: the challenges ahead, *Lancet*, Vol. 374 (9696), pp. 1196-1208.
- Dublin, L.I. (1928) *Health and Wealth*, Harper, New York.
- Fries, J.F. (1980) Aging, natural death and the compression of morbidity, *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303 (3), pp. 130-135.

- Jeune, B. (1995) In search of the first centenarians. In: Jeune, B. & Vaupel, J.W., editors, *Exceptional longevity: from prehistory to present*, Odense Monographs on Population Ageing 2, Odense University Press.
- Jeune, B. & Vaupel, J.M. (1999) Species of evidence of exceptional longevity. In: Jeune, B. & Vaupel, J.W., editors, *Validation of exceptional longevity*, Odense Monographs on Population Ageing 6, Odense University Press.
- Kannisto, V. (1994) *Development of oldest-old mortality, 1950-1990*, Odense University Press, Odense, Denmark.
- Kannisto, V. (1996) *The advancing frontier of survival: life tables for old age*, Odense University Press, Odense, Denmark.
- Kannisto, V., Lauritsen, J., Thatcher, R. and Vaupel, J. (1994) Reductions in mortality at advanced ages, *Population and Development Review*, Vol. 20 (4), pp. 793-810.
- Kjaeregaard, T. (1995) Alleged Danish centenarians before 1800. In: Jeune, B. & Vaupel, J.W., editors, *Exceptional longevity: from prehistory to present*, Odense Monographs on Population Ageing 2, Odense University Press.
- Leeson, G.W. (2009) Demography, politics and policy in Europe, in *Setting EU Priorities 2009* (ed. Ludlow, P), pp.102-124, The European Strategy Forum, Ponte de Lima, Portugal.
- Leeson, G.W. (2011) Prepared or Not, Latin America Faces the Challenge of Aging, *Current History, Journal of Contemporary World Affairs*, Vol. 110, No. 733, pp. 75-80.
- Leeson, G.W. (2013) The demographics of ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950-2050, in *Envejecimiento –en America Latina y el Caribe* (ed. Montes de Oca, V.), pp. 53-71, UNAM, Mexico.
- Leeson, G.W. (2014a) Future prospects for longevity, *Post Reproductive Health*, Vol. 20 (1), pp. 17-21.
- Leeson, G.W. (2014b) Increasing longevity and the new demography of death, *International Journal of Population Research*, Article ID 521523, 7 pages, doi:10.1155/2014/521523.
- Msemburi, W. et al (2023) The WHO estimates of excess mortality associated with the Covid-19 pandemic, *Nature*, 613, pp. 130-137.

- Newman, S.J. (2019) Supercentenarians and the oldest-old are concentrated into regions with no birth certificates and short lifespans, *bioRxiv* 704080; doi: <https://doi.org/10.1101/704080>.
- Newman, S.J. (2024) Supercentenarian and remarkable age records exhibit patterns indicative of clerical errors and pension fraud, *bioRxiv* 704080; doi: <https://doi.org/10.1101/704080>.
- Oeppen, J. & Vaupel, J. (2002), Broken limits to life expectancy, *Science, Policy Forum: demography*, Vol. 296, pp. 1029-1031.
- Office for National Statistics (2025) Estimates of the very old, including centenarians, UK: 2002-2023, Office for National Statistics, London.
- Office for National Statistics (2025a) National Population Projections: 2022-based, Office for National Statistics, London.
- Olshansky, J., Carnes, B.A. & Cassel, C. (1990) In search of Methusela: estimating the upper limits to human longevity, *Science*, Vol. 50 (4981), pp. 634-640.
- Olshansky, J., Carnes, B.A. & Desesquelles, A. (2001) Prospects for human longevity, *Science*, Vol. 291 (5508), pp. 1491-92.
- Robine, J-M., Saito, Y. & Jagger, C. (2003) The emergence of extremely old people: the case of Japan, *Experimental Gerontology*, Vol. 38, pp. 735-739.
- Scholey, J. et al (2022) Life expectancy changes since Covid-19, *Nature human behavior*, *Nature.com*.
- Sutherland, I. (1963) John Graunt: A Tercentenary Tribute, *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 126 (4), pp. 537-556.
- Thatcher, R. (1999) The demography of centenarians in England and Wales, *Population Trends*, 96, Office for National Statistics, London.
- Thatcher, R. (2001) The demography of centenarians in England and Wales, *Population; An English Section*, Vol. 13 (1), pp. 139-156.
- United Nations (2024) *World Population Prospects: 2024 Revision*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, New York.
- Vandermotten, C. & Dessouroux, C. (2024) Mapping the massive global fertility decline over the last 20 years, *Population & Societies*, No. 618, DOI:10.917/popsoc.618.0001.
- Vaupel, J. (1998) Demographic analysis of aging and longevity, *The American Economic Review*, Vol. 88 (2), pp. 242-247.

- Vaupel, J. (2010) Biodemography of human ageing, *Nature*, Vol. 464, pp. 536-542.
- Vaupel, J.M. & Jeune, B. (1995) The emergence and proliferation of centenarians. In: Jeune, B. & Vaupel, J.W., editors, *Exceptional longevity: from prehistory to present*, Odense Monographs on Population Ageing 2, Odense University Press.
- Westendorp, R.G.J. (2004) Are we becoming less disposable? *EMBO Reports* 5, pp.2-6.
- Wilmoth, J.R. (1997) In search of limits: what do demographic trends suggest about the future of human longevity, in *Between Zeus and the Salmon* (eds. Wachter, K.W. & Finch, C.E.), National Academy Press, Washington DC, pp. 38-64.
- Wilmoth, J.R. & Robine, J-M. (2003) The world trend in maximum life span, *Population and Development Review*, Vol. 29, pp. 239-257.

La sociedad de envejecimiento y sus dificultades

Alejandro Klein¹

Resumen

Este trabajo busca presentar algunos dilemas en torno a la sociedad de envejecimiento, considerándose que no se ha creado aún ni siquiera el mínimo imaginario social en torno a un tema que implica cambios en el orden cultural, económico, urbano, entre otros. De esta manera la inminencia de la sociedad de envejecimiento es inversamente proporcional a la concientización que se tiene de la misma. Esto implica consecuencias que se presentan como mutacionales y tanáticas.

Introducción

Este siglo XXI recibe la pesada herencia de qué hacer y cómo proceder con una población cada vez mayor de adultos mayores que requiere cambios, nuevas perspectivas y flexibilidad. Pero desde ya adelantemos lo siguiente: este mismo siglo XXI no quiere saber nada de la sociedad de envejecimiento. Ni la reconoce, ni la nota, ni tiene ni mantiene frente a ella capacidad alguna de anticiparla.

A decir verdad: la sociedad de envejecimiento no genera interés. Tal vez estupor o aburrimiento. Porque lo que *existe* en nuestra sociedad es lo que entretiene, lo que *capturan* los ojos, que es la esencia misma del disciplinamiento de la pantalla rectangular llamada celular o móvil y dentro de ella el poder disciplinante de las *redes*.

Esta sociedad de envejecimiento se podría enfocar a primera vista, por tres hechos: que *la gente tardará indefinidamente en morir* (que se podría plantear -aunque no es lo mismo- como que la gente prácticamente se volverá inmortal), que *los hijos prácticamente no nacerán* y que *dejará de existir, por ende, crecimiento poblacional* (que

¹ alejandroklein@hotmail.com

es lo mismo que decir -si las cosas no cambian- que la Humanidad tiene fecha de extinción) (Klein, 2024).

Los cambios de la sociedad de envejecimiento

Estos indicadores son los más manifiestos y epidérmicos, pero la sociedad de envejecimiento involucra más y otra cosa: un cambio inédito y sin precedentes en todos los órdenes de lo societario. Pero paradójicamente, hay un movimiento inverso: cuánto mayor es el grado de lo que cambiará (y está cambiando), menor es el debate público al respecto y menor o nulo, es la acción de los gobiernos y los Estados (Atchley, 1989).

De esta manera y de una forma que debe merecer nuestra atención: mientras la sociedad de envejecimiento avanza, más y más se invisibiliza en las agendas públicas, las políticas sociales y la cotidianidad de las personas.

Proponemos de esta manera, la hipótesis de que en la medida de que se invisibiliza, y no se enfocan, concientizan y resuelven sus encrucijadas, la sociedad de envejecimiento se va tornando una sociedad mutacional-tanática incapaz e impotente de avanzar en los cambios necesarios, con lo que aquello que se debería semantizar como cambio anhelado se transforma en escena temida, con lo que lo societario se estereotipa alrededor del terror del colapso inminente, es decir, la sensación de que el desconcierto nos puede gobernar o se puede expandir en cualquier momento y en cualquier lugar y de forma inevitable (Klein, 2024).

Es decir, cómo hay una resistencia atroz en aceptar la sociedad de envejecimiento, no se podrá entender que los cambios que se impongan tendrán que ver con la sociedad de envejecimiento. De allí que la misma al ser negada y evitada, acarrea y acarreará situaciones tanatopolíticas que incrementarán la confusión y el desconcierto.

Esta sociedad mutacional-tanática más se afianzará cuando menos se tomen las decisiones inéditas, audaces y creativas que se deben de tomar (urgentemente) ante la sociedad de envejecimiento. Eso es lo que estamos viendo: duda, vacilación, ambigüedad y negación. En el límite,

entendemos que esta parálisis hará prevalecer situaciones donde comenzará a gestarse la sensación del *colapso* como escena temida y terrorífica (Levy, 2009).

Una situación desconcertante

Efectivamente, la sociedad envejecida es aún una sociedad desconcertante. No hemos creado aún, en este sentido, ni siquiera el imaginario social mínimo que nos permita avizorar el sentido de lo que será plenamente la misma.

Ciertamente, los seres humanos no estamos preparados para estos cambios. Pero nada ayuda, el que las soluciones a la sociedad del envejecimiento se encuentren solo y exclusivamente en este momento en el orden de la postergación: más años de trabajo, más edad de jubilación. Son soluciones erróneas, pero tal vez dan consuelo al generar la sensación de que al menos algo se está haciendo (Oliver, Eckerman and Machalek, 1980).

Es cierto: no hay fórmulas preconcebidas que “solucionen” los “problemas” de la sociedad de envejecimiento. En algunos casos se deberá ser audaz, en otros atreverse a sugerir cosas que se salgan de lo políticamente correcto o en otros casos, sencillamente se negarán las soluciones, no se hará nada y lo impostergable se volverá a postergar. La sociedad envejecida, por ende, pasará por situaciones de colapso, otros de violencia y otros de confusión, dependiendo de la conciencia que se adquiera o de la voluntad que se mantenga para enfrentar sus desafíos (Davis y Collier, 2017)

Los cambios demográficos, la tendencia irreversible a la sobrevida y la caída incesante de los nacimientos son para la mayoría sólo datos y predicciones que no se materializan como un cambio social llamado envejecimiento de la sociedad. Todo lo que predice, pronostica y apunta a una sociedad que envejece se escinde y disocia de la sociedad que envejece. La gente no está preparada ni lo estará, por muy convincentes que sean los datos, censos y estadísticas (Roszko-Wójtowicz, Przybysz, and Stanimir, 2025).

Por lo tanto, habrá una sociedad que envejece, pero la sociedad no será consciente de ello. Una sociedad de envejecimiento simultánea a una sociedad que afirmará categóricamente que no es sociedad de envejecimiento. Si lo analizamos bien esta ignorancia es más que ignorancia: es una escisión social que implicará una ignorancia radical de la sociedad sobre sí misma. Una spaltung en términos psicoanalíticos.

Como consecuencia de esta situación ninguna de las medidas que hay que tomar se tomará, el edadismo será incontrolable y nadie ni nada se hará cargo de los adultos mayores, por tanto habrá un crecimiento exponencial de ancianos mendigando por el mundo, en las esquinas de las calles, pidiendo limosna o simplemente enloquecidos por el hambre, las privaciones, el calor o el frío. ¿Por qué? Porque estarán radicalmente invisibilizados, erradicados, ausentes en términos de aceptación social, aunque paradójicamente estén más visibles, presentes y reales que nunca (Roszko-Wójtowicz, Przybysz, and Stanimir, 2025).

Los pocos, los afortunados, tendrán los medios para contratar a inmigrantes que cuiden de ellos. Los otros, la mayoría, deambularán seniles en condiciones deplorables de pauperización. Un triunfo del edadismo sin conciencia de edadismo.

Una sociedad de envejecimiento con la peor versión del envejecimiento

La violencia contra los ancianos crecerá cada vez más, quizá de forma tan incontrolada como clandestina. Para complicar las cosas, como los adultos de hoy renuncian a tener hijos, los adultos mayores del mañana, no tendrán quien los cuide, al menos desde el afecto, la compasión y la ternura (Klein, 2024).

Por otro lado y tal como señalamos, la sociedad de envejecimiento también tiene que ver con la por el momento irreversible caída de la tasa de reposición poblacional. Pero digamos que tampoco esta situación genera alerta social, sino por el contrario un malestar intenso y profundo en términos de una generación incapaz de sostener roles estables de paternidad y maternidad, de proyectarse al futuro y, por

tanto, incapaz de sostener ascendencia, descendencia y herencia alguna (Gupta, 2022).

Las parejas ya no quieren tener hijos, ni entienden el sentido de tenerlos o tienen un solo hijo, cargado pues de un ribete mesiánico y narcisista aterrador. Insisto: no es un problema biológico de gestación. Es una estructura absolutamente inédita de detención y parálisis generacional.

Tenemos así una decisión procedente de una generación atrapada en el asombro inaudito de lo que se hace y no se entiende, lo que consolida una tercera situación en torno a la sociedad de envejecimiento: la angustia de ya no comprender, relacionado a un mundo en el que nada se comprende. Ya nada se puede explicar. Y donde ya nadie hace preguntas, y menos aún las preguntas necesarias y pertinente (Klein, 2024)

Enfaticemos nuevamente lo siguiente: la sociedad de envejecimiento no parece que vaya a dar lugar a una sociedad geronto-céntrica. Todo lo contrario. Habrá eso sí una multitud de centenarios, una multitud de abuelos adolescentizados por la posibilidad de confrontación generacional con sus propios abuelos y una multitud de padres agobiados incapaces de ser padres o de ser padres y disfrutarlo.

En el extremo, si no hay sociedad de envejecimiento plenamente legitimada y reconocida como tal, se implantará su sucedáneo enmascarador: la sociedad mutacional-tanática, resultado de la negación patológica de aquélla.

De esta manera quizás sea posible sugerir la hipótesis de que en definitiva el centro del edadismo no son los adultos mayores, sino la sociedad de envejecimiento en sí, con los cambios irreversibles, las mutaciones y la enorme carga de novedad que implica. Como ya dijimos, la misma sigue invisibilizada en la agenda social y política, sin que llame la atención, sin que genere debate público alguno. Por tanto, la sociedad de envejecimiento sigue ocupando aún el lugar de una escena social temida y persecutoria, y no de una escena social posible

o arribable (Štefánik, Domonkos, Horvát, Hvozdíková, Lichner, Miklošovič and Radvanský, 2013)

De esta manera, un posible avance relacionado a la sociedad de envejecimiento sería inseparable de la concientización que se vaya tomando del lugar de chivos expiatorios que los viejos tienen en la estructura social actual. Es decir, concientizar que operan menos como un grupo etario y más como un grupo estigmatizado en el que se deposita emociones y fantasmas que entra en la categoría de lo impensable, lo indecible, lo innombrable socialmente, en torno a lo amenazante del desvalimiento, el pánico y la ansiedad del conjunto social (Davis y Collier, 2017). Pero ¿lo estamos logrando...?

La gerontología, la demografía y las políticas públicas

La gerontología, la demografía y las políticas públicas se han disputado el campo del envejecimiento. Pero es erróneo: desde la sociedad de envejecimiento el problema no es sociosanitario (gerontología), ni poblacional (demografía) ni político (políticas públicas). Cada una de estas tres disciplinas intentar aportar soluciones: mejorar la calidad de vida, incentivar la natalidad, redistribuir recursos públicos.

Con su mejor intención erran profundamente al determinar que hay problemas que se deben de solucionar. Pero no estamos ante problemas, en el sentido de que la sociedad de envejecimiento no es un problema por resolver, sino una nueva realidad social, económica y cultural sin absolutamente ningún precedente (Mouffe, 1999).

Erra la demografía porque la sociedad de envejecimiento no alude a simples procesos cuantitativos sino alteradamente cualitativos, como ya hemos visto. Erra asimismo el enfoque las políticas sociales dirigidas a los adultos mayores. Las mismas son loables y bien recibidas, pero lamentablemente dependen de gobiernos y presupuestos siempre variables. Más bien parece que debemos comenzar a hablar de políticas de Estado, y más aún, de derechos constitucionales establecidos a través de un programa gerontológico constitucional de derechos para el adulto mayor (Irving, Davis and Collier, 2017).

Podría suponerse que este programa gerontológico constitucional debería incluir al menos un capítulo sobre cuidados y protección, otro sobre erradicación del edadismo y el establecimiento de jubilaciones (o como se les denomine) no retributivas garantizando el acceso a niveles de vida decorosos. En definitiva: al menos el logro, en alguna parte, de un pacto social renovado en términos de orgullo y dignidad.

Resultados y discusión

Por todo lo anterior, erra la gerontología en tanto se sigue aferrando a dos paradigmas inadecuados, por no decir anacrónicos: el abuelo-centrismo cuando deberíamos pasar a un bisabuelo-centrismo y la divulgación amable y pedagógica cuando se debería pasar a una actitud contestataria y contundente.

La gerontología toma como modelo a un adulto mayor que se entiende está aparentemente entre los 60 y 65 años, cuando las tendencias demográficas indican que el grupo poblacional que está creciendo más es el que está entre los 80-90 años, y ni hablar, del crecimiento irreversible del grupo de los centenarios (Leeson, 2009; Baek, 2016).

La gerontología tradicional cruje entonces por estas limitaciones teóricas y conceptuales y bien que crujió ante las políticas edadistas y segregacionista que se tomaron con los adultos mayores en el reciente episodio del COVID-19 y que tomaron totalmente por sorpresa a la gerontología. Asimismo, el confinamiento del COVID-19 reveló además otra vertiente siniestra de este edadismo: la tentación del campo de concentración: aislar, confinar, juntar a los adultos mayores en ciudades solo para ellos, edificios solo para ellos, en centros de vacaciones solo para ellos. Proyecto para la tercera edad que revela ribetes siniestros (Gray, Kitson, Lobao y Martin, 2023)

La gerontología insiste pues en seguir siendo una gerontología pre-Covid 19, cuando en realidad debemos construir una gerontología post-Covid 19. Es decir, una gerontología crítica, no ingenua, no confusa. Por ende la gerontología debería hacer un esfuerzo muy grande en desmarcar su paradigma, en revisar sus bases teóricas y en profundizar

sus metodologías de intervención (Morrow-Howell, Galucia and Swinford, 2020).

De esta manera, además de una gerontología inter y multidisciplinaria, se ha de esbozar una gerontología crítica que no se centre estrictamente ni en la decrepitud ni el paradigma de una vejez saludable, es decir, no solo en los procesos de salud y de enfermedad, sino además en cómo sostener estilos y posibilidades de vida en términos de empatía, dignidad y respeto.

Conclusiones

Parece de esta manera que aún estamos muy lejos de un pacto social de dignidad y auténtico respeto respecto a los adultos mayores, que vaya más allá y que sea más efectivo de un juego de palabras, que no es más que redundancia vacua.

Con esto se quiere señalar que quizás se ha cometido un error metodológico, operativo y de enfoque, con relación a este tema. Demógrafos, trabajadores sociales, psicólogos, agentes sanitarios, politólogos u otros, han entendido que la sociedad de envejecimiento implica trabajar con y desde los adultos mayores. Quizás no sea necesariamente así (Lawton y Nahemow, 1973).

Porque si tomamos la versión rupturista y renovada de los adultos mayores, su capacidad emancipatoria y de empowerment hace que probablemente no necesiten de nadie, más que de ellos mismos, para generar experiencia social e identitaria. Por supuesto, sí necesitan de un Estado que reconozca y sostenga la deuda social que se tiene con personas que han trabajado y contribuido al mismo con impuestos y previsión social (Gray, Kitson, Lobao y Martin, 2023; Warner, Homsy y Morken, 2017).

Proponemos pues que, ante las dificultades de la gerontología pedagógica tradicional, se comience a esbozar lo que podríamos denominar una gerontología operativa concientizadora. De esta manera sugerimos un plan de acción fuertemente interdisciplinario que no solo actúe a nivel de sujetos y colectivos, sino además a nivel de gobiernos

y Estados (Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Filomena Peixeiro, F., y Martins, D., 2020).

No solo proponer, sino además impulsar contundentemente políticas (y si es posible políticas constitucionales) (de gobierno nacional, provinciales, municipales y otras) detrás de una visión de futuro compartido y objetivos precisos que permitan concientizar sobre la sociedad de envejecimiento, sus desafíos y posibles políticas de acción. En semejante tarea, los liderazgos académicos y sociales resultan importantes, tanto como la existencia de planes y mejores marcos institucionales. Esta acción concientizadora operativa se debe acompañar de un fuerte posicionamientos, como ya señalé, en redes sociales, en la calle y tal vez, hasta en movilizaciones de diferente tipo (Kymlicka y Norman, 1997; Kalache y Kickbusch, 1997).

Por supuesto, hemos de salir de una gerontología ingenua, y por eso se postula una actitud más operativa, más contundente, más de presencia activa (Kaplan y Sánchez, 2014).

Se ha abordado de esta manera aristas incómodas y polémicas en torno al societario en el que vivimos. Un societario entre la sociedad de envejecimiento y la sociedad mutacional-tanática. Un híbrido diprosopónico por ahora de dos caras. La onda cultural totalitaria actual, que, a nombre de lo políticamente correcto, se impone como una sombra amenazante sobre nuestra capacidad crítica y emancipadora de pensamiento, no debería encontrarnos cómplices ni claudicantes ante la ética de la indagación científica ni ante los dilemas que se yerguen en este siglo XXI y ante los siglos venideros.

Referencias

- Atchley, R. C. (1989) A continuity theory of normal aging, *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Gray, M., Kitson, M., Lobao, L. & Martin, R. (2023) Understanding the post-COVID state and its geographies. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 16, 1-18.

- Gupta, A. (2022). From the Welfare State to the Welfare Society: A Shift in Paradigm. *Indian Journal of Public Administration*, 68(1), 62-74. <https://doi.org/10.1177/00195561211058770>
- Irving, J., Davis, S. & Collier, A. (2017) Aging with purpose: systematic search and review of literature pertaining to older adults and purpose, *International Journal of Aging & Human Development*, 85, 403-437.
- Kalache, A. & Kickbusch, I. (1997) A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 4-5.
- Kaplan, M. & Sánchez, M. (2014) Intergenerational programs and policies in aging societies. En S. Harper, K. Hamblin, J. Hoffman, K. Howse, G. Leeson (Eds.) *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 367- 383). Edward Elgar Publishing.
- Klein, A. (2024). *Family ties and psychosocial processes in an ageing society. Comparative Perspectives*. Springer Publishing Company
- Kymlicka, W. & Norman, W. (1997). El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. *Agora. Cuaderno de Estudios Políticos*, 3, 5-40.
- Lawton, M. P. & Nahemow, L. (1973) Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer and M. P. Lawton (Eds) *The Psychology of Adult Development and Aging* (pp. 619-674). American Psychological Association.
- Leeson, G. (2009). “Demography, Politics and Policy in Europe”. En Ludlow, P. (Ed.) *Setting EU Priorities 2009* (pp.102-124).The European Strategy Forum,
- Levy, B. (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>.
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Filomena Peixeiro, F., & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Publ. Health*, 17(7), 2560-2590. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
- Morrow-Howell, N., Galucia, N., & Swinford, E. (2020). Recovering from the COVID-19 Pandemic: A Focus on Older Adults. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(4-5), 526-535. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1759758>.

- Mouffe, Ch. (1999). *El retorno de lo político. Comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical*. Paidós
- Oliver, D.B, Eckerman J.M & Machalek R.S. (1980). Tracing the historical growth of gerontology, *Educational Considerations*, 8(1), 2-9.
- Roszko-Wójtowicz, E.; Przybysz, K. & Stanimir, A. (2025) Unequal ageing: the quality of life of senior citizens in the EU before and after COVID-19. A multidimensional approach *Front. Public Health*, 28 (13), 1-16
- Štefánik, M., Domonkos, T., Horvát, P., Hvozdíková, V., Lichner, I. & Miklošovič, T., Radvanský, M. (2013) *Modelling the Economic Potential of the Silver Economy*. Centre for European Policy Studies (CEPS).
- Warner, M. E., Homsy, G. C & Morken, L. J. (2017) Planning for aging in place: stimulating a market and government response, *Journal of Planning Education and Research*, 37, 29-42.

Retos de las políticas y programas sociales para las personas cuidadoras de personas adultas mayores en México

Eliannie Bosch Nuez¹
Carolina Valdez Montero¹
Lucía Caudillo Ortega²

Resumen

El envejecimiento poblacional en México representa un fenómeno demográfico y social de gran relevancia que está transformando las dinámicas familiares, laborales y sociales. Actualmente el 14.7% de la población tiene 65 años o más, lo que implica un incremento en la dependencia y en la demanda de cuidados. La mayor parte de estos cuidados es brindada por familiares, principalmente mujeres de manera no remunerada. Esta situación evidencia la ausencia de un sistema formal de cuidados y la urgente necesidad de generar políticas públicas integrales que reconozcan el derecho al cuidado y promuevan la corresponsabilidad social.

El objetivo de esta ponencia es analizar los principales retos que enfrentan las políticas y programas sociales dirigidos a las personas cuidadoras de adultos mayores, destacando la urgencia de establecer un Sistema Nacional de Cuidados que reconozca y apoye tanto a las personas receptoras como a las proveedoras de cuidado.

Se realizó un análisis documental en fuentes de información primarias y secundarias, incluyendo archivos electrónicos e información disponible en los portales gubernamentales de distintos, así como en estudios previos sobre la estructura social del cuidado en

¹ Universidad Autónoma de Sinaloa

² Universidad de Guanajuato

México, enfocándose en la relación entre el Estado y la organización social de estos cuidados.

Los resultados muestran que, pese a algunos avances jurídicos en el reconocimiento del derecho al cuidado, las políticas públicas actuales siguen siendo insuficientes y no responden adecuadamente a las necesidades de las personas cuidadoras. Se concluye que es fundamental implementar un Sistema Nacional de Cuidados que garantice derechos y apoyos para quienes asumen esta labor, especialmente mujeres de bajos ingresos, quienes constituyen la mayoría de las personas cuidadoras en el país.

Introducción

En las últimas décadas México ha experimentado una transición demográfica que ha incrementado el número y la proporción de personas adultas mayores. Este fenómeno inicialmente observado en países desarrollados se ha extendido a países latinoamericanos; el envejecimiento poblacional constituye un desafío para los sistemas de salud, de pensiones, laborales y de cuidados, que deben adaptarse a las necesidades de esta población en crecimiento. De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2025), existen 17,121,580 millones de personas adultas mayores, que representa el 12.8% del total de la población mexicana, cifra que aumentará considerablemente en los próximos cinco años (INAPAM, 2025).

El aumento de la esperanza de vida trae consigo un mayor número de personas que enfrentan limitaciones funcionales y situaciones de dependencia, sobre todo en lo referente a las actividades de la vida diaria. La edad se considera un determinante central de esta condición, situando a los adultos mayores en el centro de las dinámicas actuales del cuidado. Para comprender un poco la dinámica de la dependencia, García-Peña et al., 2024 proponen una clasificación de la dependencia, basada en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria con mayor o menor dificultad, apoyada en la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC):

Dependencia moderada: Sin mucha dificultad para caminar, subir o bajar, pero tiene mucha dificultad o no puede realizar alguna otra de las cinco actividades o funciones.

Dependencia grave: Mucha dificultad o no pueden caminar, subir o bajar y/o mucha dificultad o no pueden realizar alguna de las cinco actividades o funciones, pero sin mucha dificultad para bañarse, vestirse o comer.

Dependencia total: Mucha dificultad o no pueden caminar, subir o bajar, bañarse, vestirse o comer y/o mucha dificultad o no puede realizar alguna otra de las cinco actividades o funciones. (García-Peña et al., 2024, p. 600)

Los resultados de la ENASIC (2022) indican que más del 65% de las personas que requieren cuidados los reciben de manera no remunerada por parte de familiares o personas cercanas. La mayoría de estas tareas son asumidas por mujeres, quienes dedican un promedio de 40 horas semanales, 12 horas más que los hombres. Esta situación evidencia las diferencias de género en la distribución del trabajo de cuidado y la ausencia de políticas públicas que reconozcan y respalden el cuidado como una función esencial social.

A estos retos se les suman los cambios sociales, como la creciente participación femenina de las mujeres al mercado laboral, la disminución de las tasas de fertilidad y la reducción del tamaño familiar, factores que han disminuido la disponibilidad de personas para cuidar (López y Jiménez, 2014), lo que ha intensificado las tensiones entre las responsabilidades familiares y sociales. Al mismo tiempo, el incremento en la esperanza de vida, acompañado por la pérdida progresiva de autonomía funcional y el aumento de diversas formas de dependencia física, cognitiva, emocional o económica, ha elevado la demanda de cuidados de larga duración.

Las modalidades de organización de los sistemas de cuidados se encuentran estrechamente vinculadas con los regímenes de bienestar predominantes en cada país. En el caso de México, esta situación exige una profunda resignificación del papel del Estado y de la corresponsabilidad social para responder adecuadamente a las crecientes demandas de la población adulta mayor.

El Estado y su papel en la distribución social de los cuidados

Según Velasco (2024), el Estado participa activamente en la estructura y organización social de los cuidados mediante la forma en que se distribuye los costos económicos y las responsabilidades entre los distintos actores sociales. Asimismo, su intervención incide en sectores clave de la política pública que determinan como se configuran las relaciones de cuidados en la sociedad.

Por otra parte, Carrillo et al (2018) sostienen que al Estado se le exige responder a demandas provenientes de diversos sectores sociales, especialmente aquellos grupos que carecen de capacidad para resolver por sí mismos problemas estructurales. Las respuestas se materializan en acciones concretas denominadas políticas sociales, cuyo propósito es atender, compensar o mitigar situaciones complejas que afectan el bienestar colectivo. En este sentido, se espera que dichas políticas contemplen tanto a las personas en situación de dependencia como a quienes proveen los cuidados, reconociendo su papel indispensable para la sostenibilidad social.

El Estado, desempeña un papel central en la construcción material y simbólica de la organización social de los cuidados. De acuerdo con Esping-Andersen (citado en Adelantado, 2000) advierte que los sistemas de estratificación social influyen en el surgimiento y configuración de régimen de bienestar. Este autor identifica diversas esferas que permiten entender las áreas prioritarias de intervención estatal y las políticas sociales asociadas, pero también advierte que estas políticas pueden tener efectos ambivalentes: corregir desigualdades, o por el contrario reproducirlas.

Comprender el lugar del cuidado dentro de la política social requiere vincularlo dentro de estructuras institucionales más amplias conocidas como regímenes de bienestar. Según, Esping-Andersen (1990), estos regímenes determinan cómo se articulan el Estado, el mercado y la familia en la provisión de bienestar social. Este autor identifica tres modelos: el *liberal*, donde el Mercado es la primera instancia que provee bienestar; el Estado interviene de forma residual; el *socialdemócrata*, en el que el Estado garantiza el bienestar social; y el

conservador caracterizado por la corresponsabilidad entre el Estado y las redes familiares (Rodríguez, 2021). En cada uno de estos modelos, la responsabilidad del cuidado se distribuye entre cuatro esferas de la estructura social: la estatal, la mercantil, el doméstico familiar y la relacional (Adelantado, 2000).

Esta clasificación permite inferir que, en contextos donde la estructura familiar es débil, la responsabilidad del cuidado tiende a compartirse entre las diversas esferas sociales. En cambio, cuando el sistema familiar es fuerte, la mayor responsabilidad recae predominantemente en el ámbito doméstico familiar. Sin embargo, esta configuración puede modificarse en función de las demandas emergentes de cuidado en la sociedad (Max, 2020). En este marco, Rodríguez (2021), con base en la propuesta de Esping-Andersen, identifica a México como un país perteneciente al modelo conservador, en el cual el cuidado se asigna así exclusivamente a las familias y donde el Estado mantiene una intervención limitada, sin que asuma un papel activo en su regulación, provisión y apoyo. Ello implica la ausencia de políticas integrales que regulen, profesionalicen y apoyen a las personas cuidadoras.

Desde la perspectiva de la teoría feminista, la centralidad del cuidado en la familia se explica por la distribución sexual heteronormativa del trabajo, que históricamente ha asignado a las mujeres la responsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado de personas dependientes (niños, adultos, personas con discapacidad) e independientes (dígase esposos y otros miembros de la familia que son funcionalmente independientes). Por su parte, a los hombres se les ha asignado el rol de proveedores económicos y desempeñarse en la esfera mercantil, limitando su participación en el cuidado.

Esta división sexual desigual ha legitimado que el Estado se desvincule parcialmente de su responsabilidad en la provisión de cuidados, al asumirlo como una función natural femenina dentro de la familia. Desde la Economía del Cuidado se ha logrado visibilizar el valor económico de este trabajo no remunerado; según la Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los hogares de México (CSTNRHM, 2023) se estima que el trabajo doméstico y de cuidado no

remunerados representa aproximadamente el 26.3% del Producto Interno Bruto (PIB) (INEGI, 2024), lo que resalta la urgente necesidad de reconocimiento institucional y normativo y presupuestal.

Las desigualdades generadas por el sistema actual no son únicamente de género. También reproducen brechas socioeconómicas y de clase. Mientras algunas mujeres con mayores recursos pueden delegar el cuidado mediante la contratación de trabajadoras domésticas o cuidadoras generalmente mujeres de sectores vulnerables que realizan labores intensivas con escasa o nula protección laboral. Las de menores ingresos se ven obligadas a asumir el cuidado como una responsabilidad inherente a su género y no tienen capacidad de elección.

Asimismo, la evidencia muestra que el cuidado informal genera un impacto en la salud física y emocional de las personas cuidadoras. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala que el cuidado prolongado impone altos costos sociales, económicos y psicológicos, como estrés crónico, depresión, irritabilidad, sobrecarga emocional, frustración y disminución del bienestar subjetivo. Rogero (2009), agrega que esta situación tiene costos económicos para los hogares, especialmente cuando la persona mayor requiere hospitalización o cuidados especiales.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se explica que, en el contexto mexicano, el cuidado ha recaído principalmente en las familias, sin ser reconocido explícitamente como un derecho universal cuya garantía corresponde al Estado. Como consecuencia la política social ha desatendido las necesidades de quienes ejercen el cuidado, especialmente de las mujeres en la esfera doméstico familiar.

Sin embargo, las políticas públicas deben dar respuesta a los retos derivados del envejecimiento poblacional, asumiendo una visión integral y de corresponsabilidad social. A pesar de algunos avances, el interés institucional en el tema continúa siendo limitado frente a la magnitud del problema actual y futura. La experiencia de países europeos como España, demuestra los riesgos de no anticipar dicha demanda y la presión que ello genera en los sistemas de salud y protección social.

En contraste, en países Latinoamericanos han logrado avances significativos. Tal es el caso de Uruguay, que cuenta con un Sistema Integrado de Cuidados, orientado tanto a las infancias como a las personas en situación de dependencia, que incluye una amplia oferta de servicios, que van desde la asistencia personal y la teleasistencia, hasta los centros de día, los centros de larga estancia para personas adultas mayores y los centros de educación y cuidados (Juárez Pérez, 2023). Además, dichos sistemas permiten la vinculación del sector empresarial y privado con la responsabilidad de las tareas de cuidado, lo que permite distribuir la carga económica, la infraestructura y el mantenimiento de los servicios de cuidado entre los distintos actores de la sociedad, incluyendo al Estado.

Por su parte, Argentina ha impulsado el Proyecto de Ley “Cuidar en Igualdad”, orientado a la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina (SINCA), según lo anunciado por la Presidencia de Argentina en 2022. En este proyecto se define con claridad el concepto de cuidados distinguiendo entre cuidados directos e indirectos, y se establecen los lineamientos que deben guiar las políticas públicas para la población susceptible de recibirlos. Al igual que Uruguay, reconoce como sujetos de cuidados a las infancias, las personas adultas mayores y aquellas que tengan alguna condición de discapacidad.

Estos datos evidencian la necesidad de establecer un Sistema General de Cuidados en México, capaz de articular políticas intersectoriales que reconozcan el cuidado como un derecho y no solo como una práctica familiar porque si bien el envejecimiento poblacional no constituye en sí un problema, el contexto mexicano está caracterizado por profundas desigualdades y significativos rezagos estructurales que limitan el ejercicio libre de este derecho (López & Jiménez, 2014).

Por tanto, a pesar del reconocimiento formal del derecho a recibir un cuidado digno, aún no existen disposiciones legales que regulen esta actividad, ni mecanismos institucionales que respalden a quienes la ejercen, en su mayoría mujeres de bajos ingresos y sin capacidad real de elección.

Metodología

Se realizó un análisis documental para identificar, describir y sintetizar la evidencia disponible sobre políticas, programas y marcos jurídicos dirigidos a las personas cuidadoras de adultos mayores en el periodo 2018–2025. Esta estrategia metodológica permitió examinar la evolución normativa y programática reciente, así como los principales avances y limitaciones en torno al reconocimiento del cuidado como un derecho social.

La búsqueda documental se realizó una búsqueda en diversas bases de datos, repositorios académicos y portales gubernamentales que incluyeron Scielo, Redalyc, Dialnet, Google Scholar; portales oficiales: INEGI, CONEVAL, Secretaría de Bienestar, INMUJERES, Senado de la República, así como páginas oficiales de gobiernos estatales.

Se comprendió de 2018 a 2025, ya que en estos años se han generado los avances normativos y programáticos más relevantes en materia de cuidados en México, incluyendo la propuesta del Sistema Nacional de Cuidados y diversas reformas estatales. Esta delimitación temporal permite analizar con precisión las transformaciones recientes y valorar su impacto en la agenda pública.

La búsqueda se realizó en idioma español, utilizando palabras clave y operadores booleanos para facilitar la identificación de documentos pertinentes. Se emplearon cadenas como: "cuidados" AND "adultos mayores" AND "políticas públicas", "cuidadores informales" OR "cuidado no remunerado", "Sistema Nacional de Cuidados" OR "Ley de Cuidados", "dependencia" AND ("física" OR "cognitiva" OR "emocional" OR "económica"). Estas combinaciones permitieron obtener documentos académicos, jurídicos y de política pública directamente vinculados con el objeto de estudio.

Los criterios de inclusión fueron, documentos publicados entre 2018 y 2025, de acceso público, pertinencia temática directa (cuidados, cuidadores, dependencia, envejecimiento, políticas de cuidado o marcos normativos). Los documentos leyes, decretos, planes y programas gubernamentales, informes técnicos o institucionales, artículos académicos, capítulos de libro, documentos de organismos

internaciones o nacionales. Los criterios de exclusión fueron, documentos anteriores a 2018, material no verificable o sin respaldo institucional, estudios sobre otras poblaciones no relacionadas con personas adultas mayores o cuidadores, excepto cuando ofrecieran elementos transferibles al análisis.

Selección de estudios

Fase 1. Identificación: registrar todas las referencias obtenidas en una hoja maestra.

Fase 2. Cribado por título y resumen: eliminar duplicados y referencias claramente irrelevantes.

Fase 3. Selección por texto completo: leer documentos completos y aplicar criterios de inclusión/exclusión.

Resultados

Las políticas sociales en México en materia de cuidados a las personas adultas mayores y sus cuidadores

El análisis documental permitió identificar los principales avances, limitaciones y vacíos en el marco jurídico y programático relacionado con el derecho al cuidado en México. A continuación, se presentan los hallazgos organizados en cuatro apartados para facilitar la comprensión.

1. Reconocimiento del derecho al cuidado en el plano internacional

A nivel internacional, se han suscrito diversos instrumentos relevantes que reconocen el cuidado como un derecho humano y una responsabilidad compartida entre el Estado, la familia y la sociedad. Entre los que se encuentran: los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Organización de las Naciones Unidas, 2015), la Plataforma de Acción Beijing. Beijing y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979; Villa, 2019), los cuales enfatizan la importancia de promover políticas que garanticen la igualdad de género y el cuidado digno, aunque las políticas públicas que ha desplegado aún son escasas y precarias en tanto garantías plenas para el ejercicio del derecho al cuidado como un elemento central de carácter universal.

En 2023, México publicó el decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

Humanos de las Personas Mayores, un avance significativo en el reconocimiento de la vejez como una etapa con derechos plenos (Mendoza Juárez, 2024). Su Artículo 12 relativo a los derechos de las personas mayores que reciben cuidados de larga duración, establece: el derecho a contar con un Sistema Integral de Cuidados, la obligación estatal de diseñar servicios que apoyen a las familias y a quienes cuidan, la necesidad de un marco regulatorio para supervisar y evaluar los servicios de cuidados.

Aunque estos marcos representan avances normativos importantes, su impacto es limitado debido a la falta de políticas públicas nacionales robustas que traduzcan estas obligaciones en servicios y programas efectivos. En la práctica, estos compromisos permanecen en el plano declarativo, sin un respaldo presupuestal, operativo ni institucional que garantice su cumplimiento.

2. Marco jurídico nacional y su aproximación al derecho al cuidado

En relación con el marco jurídico nacional, Sughei Villa (2019) identifica varios documentos al derecho al cuidado: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal de Trabajo, la Ley del Seguro Social, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y Ley de Asistencia Social. Sin embargo, estas leyes abordan los cuidados como elementos complementarios dentro de los sistemas de protección social, sin reconocer formalmente a las personas cuidadoras como sujetos de derecho.

Desde 2020 la Cámara de Diputados envió al Senado la Minuta de Proyecto de Decreto para reformar los artículos 4º y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con el fin de establecer un Sistema Nacional de Cuidados (Kánter, 2024). La reforma reconoce el derecho de las personas a un cuidado digno y la responsabilidad compartida entre el Estado, sociedad civil, el sector privado y familias. No obstante, pese a su relevancia, la iniciativa no ha sido acompañada de asignaciones presupuestales ni estrategias de implementación, razón por la cual permanece únicamente en el ámbito normativo sin materialización concreta.

Por su parte, en materia de cuidados a personas adultas mayores en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, contempla el Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, que otorga un apoyo económico universal a personas mayores de 68 años en todo el país (Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024). Aunque este recurso no este diseñado específicamente para los cuidadores, puede utilizarse para contratar servicios de cuidado, parcialmente compensando la falta de apoyos destinados a ellos.

Se puede apreciar entonces que dentro del marco jurídico mexicano se logra reconocer también el cuidado como parte de los derechos humanos, se logra que, aunque de manera parcial, se incluya a los cuidados como parte de los esquemas de protección social y como parte de los programas destinados al bienestar de la población. Sin embargo, esto no hace desaparecer el hecho de que se deja de reconocer a las personas cuidadoras de forma explícita como sujetos de derecho igualmente, así como que se mantiene latente el hecho de que no se ha materializado el Sistema Nacional de Cuidados de manera formal. Por lo tanto, el Estado continúa sin asumir su responsabilidad como el eje rector en la organización del sistema de cuidados.

3. Iniciativas y programas federales relacionados con el cuidado

Si bien no existe una política federal integral de cuidados, se identifican algunas iniciativas que, aunque aisladas y de cobertura limitada, constituyen pasos iniciales. Villa (2019) reconoce la existencia de algunos apoyos que tienen en el foco a los cuidadores, entre los que destaca:

a) Cursos en línea para cuidadores informales proporcionado por el ISSSTE: Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas y Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas Frágiles y con Demencia. Estos cursos proporcionan herramientas técnicas, pero su modalidad en línea dificulta el acceso para personas sin alfabetización digital o sin conectividad adecuada, reproduciendo desigualdades ya existentes.

b) Programa de Atención a Personas con Discapacidad. Dirigido a promover proyectos de inclusión social mediante apoyos económicos otorgados a través de los DIF estatales y municipales, así como organizaciones civiles. Aunque es un programa relevante, su foco no son específicamente los cuidadores.

c) Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad. Otorga apoyos temporales para gastos médicos y servicios relacionados, pero está dirigido principalmente a personas con discapacidad o en situación de vulnerabilidad, no directamente a quienes cuidan.

En conjunto, estos programas, tienen cobertura limitada, no están articulados en un sistema de cuidados y continúan reforzando desigualdades entre quienes cuentan con recursos, seguridad social o redes institucionales, y quienes no. El análisis confirma que ninguna política federal coloca al cuidador de personas mayores como sujeto central de atención pública. Por ello, la creación del Sistema Nacional de Cuidados permanece como una deuda pendiente.

4. Políticas y avances en el ámbito estatal. Una mirada a los cuidados en Sinaloa

En el sistema subnacional sí se han visto algunos pronunciamientos en el cambio de las constituciones políticas de estados tales como Ciudad de México (Constitución Política de la Ciudad de México, 2023), aprobación de la Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco (Constitución Política de Jalisco, 2024) y la instalación en la Secretaría de Igualdad e Inclusión de la Comisión del Sistema Estatal de Cuidados en Nuevo León (Kánter, 2024).

Por su parte, en el Estado de Sinaloa, en su Plan Estatal de Desarrollo (2022-2027) en su apartado de Salud reconoce que las personas adultas mayores deben tener cuidadores capacitados y entre sus líneas de acción se encuentra implementar ciertos programas para capacitarlos y promover espacios para ello. Por otra parte, en el apartado de Equidad de género, reconoce que son las mujeres quienes dedican más horas diarias al trabajo doméstico y de cuidados al interior de los hogares,

pero no se dedican estrategias ni líneas de acción para darle respuesta a esta demanda.

Sin embargo, en el apartado de Atención a la familia, incentiva la mejora y apertura de programas y espacios para el cuidado diurno de las personas adultas mayores, implicando tanto al gobierno federal como a las organizaciones de la sociedad civil y las del sector privado. Este aspecto, aunque no se enfoca directamente sobre los cuidadores de personas adultas mayores, si realmente se implementara con mayor alcance, podría servir como espacio para que las personas (o mujeres) encargadas del cuidado pudiesen dedicarse al trabajo remunerado mientras sus adultos a cargo son cuidados adecuadamente en el horario diurno y de esta forma poder solventar esta necesidad económica, de superación profesional y de empleo de su tiempo libre.

Sería relevante y muy significativo, para darle salida a las necesidades de esta población invisibilizada, redactar una propuesta semejante a la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, que supone regular a aquellos prestadores de este servicio y proteger sus derechos, pero enfocado a los cuidadores de personas adultas mayores, pues ya está bastante demostrada la urgencia social que representa este fenómeno del envejecimiento y es esta población quien va a asumir toda la responsabilidad sin ningún tipo de respaldo jurídico y ni legal.

Consideraciones finales

El envejecimiento poblacional constituye una transición demográfica, que sitúa en el centro de las dinámicas de cuidado a las personas adultas mayores. Este fenómeno requiere respuestas institucionales urgentes por parte del Estado, el cual debe asumir un papel rector en la sean atendidas de manera integral. El principal desafío consiste en adaptar los sistemas de salud, pensiones y cuidados para responder a las nuevas realidades asociadas con la longevidad y la mayor prevalencia de condiciones limitantes de la autonomía.

Las modalidades de los sistemas de cuidados de larga duración están estrechamente vinculadas con los regímenes de bienestar que predominan en cada territorio. En México, el modelo conservador

asigna la responsabilidad principal del cuidado a la esfera doméstica, lo que reproduce desigualdades de género y clase, y coloca una carga desproporcionada sobre las mujeres de los sectores socioeconómicos más desfavorecidos.

El análisis realizado permite identificar avances relevantes, especialmente a nivel internacional, en el reconocimiento del derecho al cuidado digno. Sin embargo, estos compromisos no se han traducido en políticas públicas suficientemente sólidas a nivel nacional, lo que evidencia una brecha persistente entre el reconocimiento formal del derecho y su materialización en programas y servicios. La ausencia de un Sistema Nacional de Cuidados limita gravemente la capacidad del Estado para responder a las necesidades tanto de las personas mayores en situación de dependencia como de quienes ejercen cuidados informales.

Se destaca, por tanto, la necesidad urgente de implementar un Sistema Nacional de Cuidados que integre a toda la población susceptible de recibir cuidados y reconozca a las personas cuidadoras como sujetos de derechos. Este sistema debe sustentarse en un enfoque de corresponsabilidad que involucre a todas las esferas sociales: Estado, familias, mercado y comunidad. Para ello, resulta fundamental avanzar en la creación de una Ley General de Cuidados que regule los servicios, establezca estándares de calidad, garantice derechos y defina mecanismos de financiamiento sólidos y progresivos.

Asimismo, se requiere ampliar la oferta de servicios de apoyo, tales como centros de día, teleasistencia, asistencia personal y programas de capacitación para cuidadores informales, priorizando a las personas en situación de vulnerabilidad. La consolidación de estos servicios permitiría mejorar tanto la calidad de vida de las personas mayores como la salud física, emocional y económica de quienes cuidan.

En síntesis, el país enfrenta una oportunidad histórica para transformar el cuidado en un derecho universal sustentado en la equidad, la corresponsabilidad social y la justicia de género. La construcción de un sistema nacional robusto no solo atendería una

demanda creciente, sino que también permitiría avanzar hacia un modelo de bienestar más justo, inclusivo y sostenible.

Referencias

- Adelantado J. (2000). El marco de análisis: las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales. En Adelantado, J. Noguera, J. y Rambla, X. *Cambios en el Estado de Bienestar*. España: Icaria-Antrazyt.
- André-Noel, R. D. (2002). *Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora. (pp. 17-41).
- Barba, C. (2021) “*El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos*”, serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 191 (LC/TS.2021/70; LC/MEX/TS.2021/12), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.
- Carrillo, T., Verdugo, L., & Ramírez, L. (2018). La política social del Estado mexicano. En T. Carrillo & L. Verdugo (Eds.), *La política social en México a través de los programas sociales para grupos vulnerables*. (pp. 15–28). Asociación Mexicana de Instituciones Educativas de Trabajo Social, A.C.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). *Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Convencion_ISPDHPM.pdf
- Constitución Política de la Ciudad de México (2023). Última reforma publicada en la *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*. Congreso de la Ciudad de México. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/2a45c9c3b67fb16d7046d3ec32fe1f1418026a44.pdf>
- Constitución Política del Estado de Jalisco (2024, 14 de marzo). Congreso Constituyente del Estado Libre y Soberano de Jalisco.
- Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México (CSTNRHM) 2023*. (2024, noviembre 25). INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/CSTNRHM/CSTNRHM2023.pdf>

- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2023). Disponible en Línea:
- Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (2022). Disponible en Línea:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasic/2022/doc/enasic_2022_presentacion.pdf
- García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., García-Chanes, R. E., López-Ortega, M., & Sosa-Tinoco, E. (2024). Sistema Nacional de Cuidados para Personas Mayores. *Salud Pública de Mexico*, 66(4, jul-ago), 598–605. <https://doi.org/10.21149/16204>
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2025, mayo 28). *Proyecciones demográficas de un México que envejece*. gob.mx. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/156417>
- Juárez Pérez, M. (2023). *Estudio sobre sistemas de cuidados aportes para la ciudad de Mexico*. Centro de Estudios Legislativos Para la Igualdad de Género del Congreso de la Ciudad de México.
- Káncer, I. (2024). *Avances legislativos en materia de cuidados en México*.
<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/6342>
- López, M., & Jiménez, J. E. (2014). Dependencia y cuidados de largo plazo. En L. M. Gutiérrez, M. del C. García, & J. E. Jiménez (Eds.), *Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años*. (pp. 29–58). Intersistemas.
- Max, E. E. (2020). *El cuidado de personas adultas mayores. Un análisis desde la desigualdad socioeconómica y de género*. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.
- Mendoza Juárez, A. (2024). México ratifica Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Anuario mexicano de derecho internacional*, 299–302. <https://doi.org/10.22201/ij.24487872e.2024.24.17684>
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-formsdiscriminationagainstwomen#:~:text=funci%C3%B3n%20de>

- %20reproducci%C3%B3n.-
 ,2.,derogada%20o%20ampliada%20seg%C3%BAn%20correspond
 a.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
- Plan Estatal de Desarrollo Sinaloa 2022-2027. Disponible en línea: <https://ped.sinaloa.gob.mx/>
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Disponible en línea: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487316/PND_2019-2024.pdf
- Proyecto de Ley “Cuidar en Igualdad”*. (2022, junio 7). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/generos/proyecto-de-ley-cuidar-en-igualdad>
- Rodríguez, M. de L. Á. (2021). La distribución del bienestar en el sistema familiar mexicano. En C. Arteaga Basurto, S. R. Hernández Salinas, & W. E. Estrada Sánchez (Eds.), *Una aproximación a la política social en México: una perspectiva del Trabajo Social*. (pp. 127–140). “Libro realizado con el apoyo del programa UNAM-DGAPA-PAPIME PE306219”.
- Rogero, J. (2009). *Revista española de Salud Pública*, 83(3), 393–405. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000300005>
- Velasco, M. de L. (2024). Cambios en las políticas sobre cuidados y familiarización del trabajo de cuidados en México de 2018 a 2023. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 10, 1–41. <https://doi.org/10.24201/reg.v10i1.1128>
- Villa, S. (2019). Las políticas de cuidados en México. ¿Quién cuida y cómo se cuida? *Fundación Friedrich Ebert*.

Envejecimiento digno vs realidad en los asilos: un análisis desde trabajo social

Daniela Maldonado Meléndez¹

Resumen

El envejecimiento digno es un derecho fundamental, sin embargo, en muchos contextos institucionales esta expectativa no se cumple. En un asilo ubicado en Veracruz, administrado por una congregación religiosa, se identificaron diversas problemáticas que afectan directamente la calidad de vida de las personas mayores. Una de las principales problemáticas que enfrenta es el abandono de las personas mayores: aproximadamente la mitad de sus residentes se encuentran en situación de abandono. Aunque algunos mantienen contacto con sus familiares, muchos no cuentan con ningún vínculo familiar. El aislamiento social es uno de los problemas más graves que afectan a las personas mayores en el asilo, pues la falta de interacción limita la formación de vínculos y relaciones con los demás. El objetivo central de esta investigación es analizar las condiciones en las que viven las personas mayores dentro de una asociación civil, contrastando dicha realidad con el ideal del envejecimiento digno. Desde el enfoque del Trabajo Social, se busca visibilizar las problemáticas que enfrentan los residentes, tales como el abandono familiar, la falta de personal capacitado y la ausencia de atención integral. Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, ya que se busca comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las personas adultas con un enfoque de derechos humanos. Concluyendo que, dado que el abandono social es una de las problemáticas más significativas dentro del asilo, corresponde al Trabajo Social intervenir para generar estrategias que mejoren la calidad de vida de los residentes y fomenten su integración social.

¹ Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción

El envejecimiento es una etapa natural de la vida que ha cobrado mayor importancia en los últimos años, ya que cada vez hay más personas mayores en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2050 habrá unos 2,100 millones de personas mayores de 60 años, casi el doble que en 2020. Este cambio trae retos, pero también es una oportunidad para valorar el papel de los adultos mayores en la sociedad.

Tener un envejecimiento digno no solo significa recibir atención médica, sino también vivir con autonomía, sentirse seguro, participar en la sociedad y tener sus derechos respetados. Documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los Principios de la ONU para las Personas Mayores destacan valores como la dignidad, la independencia y el cuidado. Aun así, muchas personas mayores sufren discriminación, exclusión y pobreza, lo que limita su calidad de vida.

Sin embargo, muchas personas mayores que viven en centros de día o antes conocidos como asilos enfrentan condiciones lejos de ser dignas. En numerosos casos, estas instituciones sufren deficiencias estructurales y falta de personal capacitado, el INAPAM 2024 reporta que las 30 supervisiones realizadas en 2024 evidencian que las instituciones deben mejorar su cumplimiento normativo, particularmente en trámites operativos y en los servicios que deben prestar según el modelo de atención.

Este análisis se deriva de una movilidad académica a la Universidad Veracruzana, y el trabajo de campo se realizó en un Asilo ubicado en el sur de Veracruz durante la Práctica Institucional II. ¹

¹ Se han implementado medidas para salvaguardar la privacidad, suprimiendo toda información que pudiera identificar a las personas involucradas.

El trabajo social es una disciplina que está relacionada con la intervención en diferentes realidades sociales que llegan a ser complejas, con la finalidad de promover bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas y/o comunidades. Alava Barreiro et al. (2020) identificaron que el trabajador social en una asociación civil, particularmente en el ámbito gerontológico, desempeña un papel fundamental al garantizar una atención integral a las personas mayores. Su labor es clave en la planificación, implementación y evaluación de programas orientados a promover el bienestar físico, emocional y social de este grupo. Guiado por un paradigma humanista y sistémico, el profesional busca comprender las dinámicas entre los adultos mayores, sus familias y el entorno institucional, con el fin de desarrollar estrategias de intervención adaptadas a las necesidades específicas de esta población.

Sin embargo, muchas de las experiencias y aprendizajes generados en los procesos de intervención quedan invisibilizados si no son documentados, analizados y reflexionados. Por ello se realiza un análisis en contraste a cómo debería de ser un envejecimiento digno y la realidad en los asilos en específico en el asilo ubicado en Veracruz, y analizar las intervenciones del Trabajo Social en este contexto.

Este análisis se sustenta en un paradigma cualitativo de corte subjetivo, en el cual se utilizaron técnicas de recolección de datos como lo es observación participante. En este enfoque, el trabajador social adopta un rol activo, fomentando el diálogo con las personas y participando en la reconstrucción de sus experiencias para comprender mejor sus realidades. En el paradigma subjetivo encontramos “Intenta comprender la realidad, considera que el conocimiento no es neutral. Es relativo a los significados de los sujetos en interacción mutua y tiene pleno sentido en la cultura y en las peculiaridades de la cotidianidad del fenómeno educativo” (Ricoy, 2006, p 17) Se enfoca en comprender la realidad, reconociendo que el conocimiento no es neutral. Esto se construye a partir de los significados que las personas generan en sus interacciones y adquieren sentido en el contexto de su cultura y las particularidades de su vida cotidiana dentro del asilo.

Marco conceptual

El proceso de envejecimiento natural, aunque natural, es un proceso que se genera en un contexto determinado que está profundamente influido por factores sociales, económicos y culturales que determinan cómo viven esta etapa las personas mayores. Para comprender los desafíos que enfrentan en contextos como los asilos, es necesario abordar algunos conceptos clave:

Edadismo

El edadismo es una forma de discriminación basada en la edad, que suele manifestarse en estereotipos negativos, prejuicios y prácticas que marginan o excluyen a las personas mayores. Este tipo de discriminación puede tener consecuencias graves en el acceso a servicios de salud, oportunidades laborales, relaciones familiares y participación social.

La organización Mundial de la Salud (OMS, de aquí en adelante) define el edadismo como “a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad.” (OMS, 2021, párr 1). Estas percepciones reducen a las personas mayores a una carga para la sociedad y justifican prácticas como el abandono y/ la exclusión en la toma de decisiones sobre su propia vida.

El edadismo es contrario al enfoque de derechos humanos, el cual reconoce que todas las personas, sin importar su edad, deben gozar de los mismos derechos y libertades fundamentales.

Derechos humanos

Los derechos humanos son inherentes a todas las personas, sin distinción alguna por edad, género, origen o condición social. En el caso de las personas mayores, estos derechos deben ser protegidos y promovidos de forma especial, debido a las condiciones de vulnerabilidad en las que muchas veces viven. De acuerdo con datos del INEGI (2020), en México, más del 26% de las personas mayores de 60 años viven en situación de pobreza, y aproximadamente el 18% enfrenta alguna forma de discapacidad o limitación para realizar actividades básicas.

La CNDH dice que " Las personas adultas mayores tienen derecho a vivir con seguridad, ser libres de cualquier forma de explotación, maltrato físico o mental y recibir un trato digno." (CNDH, 2020, párr 7). En este sentido, los derechos humanos en la vejez no solo implican acceso a servicios de salud o asistencia social, sino también el respeto a la autonomía, la participación en la vida comunitaria y el reconocimiento de su valor social y humano.

Además, la CNDH establece que debe garantizarse el acceso a una vida libre de violencia, a la salud, a una alimentación adecuada, a la justicia, al trabajo digno (si así lo desean), y a condiciones adecuadas dentro de instituciones como asilos o residencias.

Exclusión social

La exclusión social se refiere al proceso mediante el cual individuos o grupos son sistemáticamente privados de derechos, recursos, servicios y oportunidades que son esenciales para participar plenamente en la sociedad.

Según Subirats I Humet et al. (2009):

La exclusión social se entiende pues como un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta las situaciones de exclusión más graves.

En el caso de las personas mayores, esta exclusión puede manifestarse en forma de discriminación por edad (*edadismo*), aislamiento, abandono familiar, o falta de acceso a servicios básicos y atención adecuada. De acuerdo con SAGARPA los datos son elocuentes: de los 11.7 millones de personas mayores de 60 años (el 15% de la población total), aproximadamente el 75% no cuenta con una pensión. Además, casi la mitad solo tiene acceso a empleos temporales y carece de prestaciones sociales básicas como servicio médico, vacaciones o aguinaldo. Tal exclusión agrava su vulnerabilidad y dificulta el ejercicio de sus derechos.

El envejecimiento digno es un concepto que va más allá del simple paso del tiempo o del cumplimiento de una etapa biológica. Implica reconocer que envejecer debe ser un proceso respetado, acompañado y valorado, en el que las personas mayores conserven sus derechos, su autonomía, su identidad y su participación en la sociedad. Desde una mirada integral, este proceso involucra aspectos sociales, económicos y culturales, que deben garantizarse de forma equitativa y sin discriminación.

Desde el punto de vista social

Socialmente, un envejecimiento digno requiere que las personas mayores no sean excluidas ni invisibilizadas. Implica garantizar su inclusión en la vida comunitaria, acceso a servicios sociales de calidad, y oportunidades para mantenerse activos y conectados. La participación en decisiones familiares, comunitarias o incluso políticas refuerza su autoestima y sentido de pertenencia. Además, es fundamental erradicar el edadismo, es decir, los prejuicios y estereotipos que los marginan o desvalorizan por su edad.

Desde el punto de vista cultural

Culturalmente, un envejecimiento digno supone revalorizar la figura de la persona mayor como transmisor de saberes, historia y experiencia. En muchas culturas, las personas mayores han sido vistas como pilares del conocimiento colectivo; sin embargo, en sociedades modernas muchas veces se les relega. Recuperar su papel como actores sociales activos es esencial para una cultura del respeto intergeneracional. Esto incluye promover una imagen positiva de la vejez y visibilizar su aporte a la sociedad.

El envejecimiento es un proceso complejo que involucra transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Para comprenderlo integralmente, diversas disciplinas han desarrollado teorías que explican cómo las personas envejecen y cómo estos cambios impactan en su bienestar.

Teorías explicativas

Teoría de la actividad

Esta teoría plantea lo contrario: el bienestar en la vejez depende de mantenerse activo física, mental y socialmente. Envejecer exitosamente implica continuar participando en la vida social y asumir nuevos roles que reemplacen los perdidos, como los laborales. “Para envejecer exitosamente, la persona en la edad avanzada debe de mantener un nivel de actividad parecido al de la edad mediana o sustituir roles o actividades” (Salgado,1990, p.70).

Teoría el envejecimiento como subcultura

La teoría del envejecimiento planteada por Rose y Petercon en 1968 habla sobre los comportamientos para comprender cómo las personas mayores construyen significado y pertenencia en la sociedad, especialmente cuando enfrentan exclusión o marginación.

La teoría sostiene que las personas mayores, al ser progresivamente excluidas de la vida social dominante (por jubilación, estereotipos o cambios de roles), forman una subcultura propia, con valores, normas, intereses y formas de interacción compartidas entre quienes se encuentran en una situación similar. la exclusión que genera la subcultura en las interacciones con otros grupos etarios y el aumento de los estereotipos negativos, que pueden ir en contra del restablecimiento de los derechos en las acciones (Marín & Gómez, 2020)

El Trabajo Social tiene un papel fundamental en la atención, acompañamiento y defensa de los derechos de las personas adultas mayores. Desde una perspectiva integral, esta disciplina reconoce que el envejecimiento no solo es una cuestión biológica, sino también un fenómeno social, económico y cultural, que requiere intervenciones centradas en la dignidad, la autonomía y la justicia social.

Enfoques

El Trabajo Social, como disciplina y profesión, ofrece diversos enfoques que permiten analizar, intervenir y transformar las condiciones de vida de las personas adultas mayores, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad o institucionalización. A continuación, se presentan algunos de los enfoques más relevantes:

Enfoque de derechos humanos

Este enfoque parte del reconocimiento de que todas las personas, sin importar su edad, son sujetos plenos de derechos. En el caso de las personas mayores, el Trabajo Social promueve su empoderamiento, la defensa frente a situaciones de maltrato, negligencia o abandono, y la exigencia de condiciones dignas en los espacios donde viven. La Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores ha señalado que “Propiciar las condiciones para alcanzar y mantener los altos niveles de calidad de vida física y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad” (2019, Art. 10).

El Trabajo Social asume el envejecimiento como una etapa de la vida que debe vivirse con plenitud y dignidad, lo que implica garantizar el respeto a los derechos humanos de las personas mayores. Según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), estos derechos incluyen:

- Acceso a servicios de salud y cuidados de calidad.
- No discriminación por edad (edadismo).
- Participación en la sociedad.
- Protección contra el maltrato y el abandono.
- Autonomía y toma de decisiones sobre su propia vida.

Contextualización del problema

La realidad en los asilos: entre la asistencia y el abandono

Para muchas personas mayores, los asilos o residencias geriátricas representan la única alternativa cuando su autonomía se ve reducida y sus redes familiares o sociales no pueden brindarles el cuidado necesario. Sin embargo, en numerosos casos, la experiencia en estas instituciones está lejos de representar un entorno digno o humanizado. En donde la triste realidad es que existen situaciones de deficiencias estructurales, maltrato y abandono, que afectan gravemente la calidad de vida de los residentes.

De acuerdo con el informe del INAPAM de 2021, se identifica un problema crucial: la carencia de infraestructura adecuada y de personal

debidamente capacitado para atender las necesidades específicas de los adultos mayores. Ante esta situación, el Instituto lleva a cabo un esfuerzo significativo mediante visitas de supervisión, con el objetivo de impulsar a las instituciones a cumplir con la normativa vigente y, de este modo, garantizar los derechos de las personas mayores que reciben sus servicios. Muchas residencias operan con plantillas reducidas, lo que impide brindar una atención adecuada, personalizada y oportuna. Ya lo mencionaba CEDHJ (2024) que es necesario que capacitar al personal, ya que no existen mecanismos establecidos para capacitar e informar al personal sobre los protocolos de atención a los residentes, lo que se agrava porque la mayoría del personal desconoce el reglamento interno.

A lo anterior se suma la problemática del maltrato hacia las personas mayores, que puede manifestarse en forma física, psicológica, financiera o por negligencia. Según la OMS (2022), alrededor del 1 de cada 6 personas mayores en instituciones sufre algún tipo de abuso. Esto puede incluir desde gritos, amenazas, aislamiento, restricciones injustificadas, hasta agresiones físicas o despojo de bienes. El abuso institucional muchas veces permanece oculto debido al miedo de las víctimas, la normalización del trato indigno y la falta de mecanismos eficaces para la denuncia. Según lo estipulado en la NOM-031-SSA3-2012, las instituciones de cuidado temporal y permanente para adultos mayores tienen la obligación de proporcionar servicios que garanticen y promuevan el bienestar tanto en el presente como en el futuro de estas personas.

Otro aspecto crítico es el abandono emocional y afectivo. Muchas personas mayores en asilos pierden el contacto regular con sus familiares, y algunos incluso son internados sin su consentimiento, lo que constituye una forma de violencia estructural. De acuerdo con Realivzaquez (2023) en su artículo, el abandono familiar es un factor detonante para que las personas mayores experimenten un sentimiento negativo de exclusión, lo que reduce su motivación para seguir viviendo. Así mismo la CEDHJ reporta que el abandono afecta emocionalmente a los adultos mayores, pudiendo causar el deterioro de su salud física y psicológica.

Según datos del INEGI 2020 muestra que en México la población total alcanzó la cifra de 126.7 millones de personas, de las cuales 15.1 millones pertenecen a este grupo de edad, es decir, 10%. Con respecto a Veracruz, según el INEGI se cuenta con un total de 1,157,892 personas adultas mayores. De los cuales hay más mujeres que hombres. En Minatitlán hay un total de 23,296 adultos mayores de 60 años en donde 10,740 son hombres y 12,556 son mujeres. (Minatitlán: Economía, Empleo, Equidad, Calidad de Vida, Educación, Salud y Seguridad Pública | Data México, s. f.)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), “una de cada tres personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad (31.6%). Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%). La discapacidad con mayor proporción es la relacionada a la movilidad (dificultad para caminar, moverse, subir o bajar) tanto en hombres y mujeres” (Del consumidor, s. f.).

Estos datos a nivel nacional reflejan la existencia de una amplia población de personas mayores, una situación que también se observa a nivel estatal. Dicho fenómeno se correlaciona con el diagnóstico realizado en el contexto de este estudio, donde se identificó que, con frecuencia, los adultos mayores pasan la mayor parte del día en soledad. En México existen 819 Asilos y otras residencias para el cuidado de la persona mayor, 85% son del sector privado y 15% del sector público, de acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del INEGI (2020). Comparando con los resultados encontramos que Veracruz es uno de los estados que cuenta con menos asilo privados. Este mismo cuenta con un total de 47 asilos (INEGI, 2020)

En Veracruz, el envejecimiento digno y la protección de los derechos de las personas adultas mayores están respaldados por diversas leyes y políticas públicas de orden nacional y estatal. Estas normativas buscan garantizar su bienestar, participación, salud, autonomía y protección contra el maltrato.

- 1) Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para el estado de Veracruz de Ignacio de la llave

- 2) Programa Nacional para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (2020–2024): enfocado en transferencias económicas, inclusión social y atención prioritaria.
- 3) El Gobierno Estatal, la fiscalía general del Estado, la Comisión Estatal de Derechos Humanos, el Organismo Público Local Electoral y los Ayuntamientos de la Entidad, en el marco de sus respectivas competencias, son las autoridades responsables de implementar políticas públicas, programas y acciones en beneficio y defensa de los derechos de las personas mayores.
- 4) Secretaría de Desarrollo Social

Metodología

Este análisis se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, ya que se busca comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las personas adultas mayores y el personal asignan a las condiciones de vida en un asilo.

Para este estudio se emplearon dos técnicas principales de recolección de datos dentro del enfoque cualitativo: la observación participante en el cuál se rescataron categorías en donde se destacan las relaciones entre los residentes y el personal, como la comunicación que existe entre los familiares y los adultos mayores, y su participación en actividades grupales a través de los registros del diario de campo y el análisis del diagnóstico social elaborado por el grupo de Trabajo Social Comunitario y Vinculación Social.

El diagnóstico social tiene un enfoque metodológico no participativo, por lo cual los datos se obtuvieron por un instrumento cuantitativo. El instrumento contenía preguntas orientadas a evaluar la calidad de vida de las personas mayores, explorando dimensiones como salud, vínculos familiares, acceso a servicios, percepción del entorno y bienestar emocional.

Observación participante

Durante la implementación de actividades semanales con personas mayores en el asilo, se llevó a cabo una observación directa y continua del comportamiento, participación y estado emocional de los residentes. Las actividades incluyeron organización de cumpleaños, risoterapia y

abrazo terapia, periódico mural mensual, sesiones de baile, ejercicios de memoria, dinámicas cognitivas y sensoriales. Estas actividades fueron diseñadas como parte de una rutina estructurada, pensada especialmente para personas con problemas de memoria, con el fin de generar estabilidad, reducir la ansiedad y fomentar su autonomía y bienestar.

El enfoque participativo facilitó una interacción cercana con los residentes, lo cual fue fundamental para interpretar los efectos que dichas actividades tenían en su estado emocional, nivel de participación, sentido de pertenencia y bienestar general. Además, esta técnica a través del análisis del Diario de Campo permitió contemplar aspectos no verbales —como expresiones faciales, gestos, actitudes y niveles de atención— que enriquecieron la comprensión del proceso de envejecimiento institucionalizado. FIAPAM (2016) define el término "adulto mayor institucionalizado" que alude a la condición de la persona mayor que, al residir en una institución geriátrica, experimenta una transición hacia un modelo de vida comunitario y regulado, distinto al del hogar familiar.

Desde Trabajo Social, la observación permitió una intervención más personalizada, ajustada a las capacidades individuales de cada residente. A través de esta técnica fue posible identificar cómo las dinámicas implementadas impactaban en la memoria a corto plazo, la expresión emocional y la participación activa de las personas mayores.

Revisión del diagnóstico social aplicado en la comunidad

Como complemento, se retomó el diagnóstico social elaborado por el grupo de Trabajo Social Comunitario y Vinculación Social, coordinado por la profesora Martínez Cruz Lucila Jazmín, en la colonia Cuauhtémoc del municipio de Minatitlán, Veracruz. Este diagnóstico incluyó la aplicación de un instrumento a personas mayores residentes de las calles Vicente Guerrero, Ilhuicamina y Santos Degollado.

Este insumo permitió establecer un vínculo entre las condiciones de vida en comunidad y la realidad de las personas mayores institucionalizados, enriqueciendo el análisis y el diseño de estrategias de intervención social.

En este caso, el análisis se realizó a partir de las anotaciones de la observación participante, así como del instrumento aplicado en la colonia Cuauhtémoc. Se siguieron los siguientes pasos:

1. Lectura de las notas de campo y Se revisaron los registros obtenidos durante las actividades con las personas mayores, incluyendo observaciones sobre comportamiento, participación, emociones y reacciones frente a las rutinas.
2. Identificación de categorías iniciales: A partir de la información recopilada del diagnóstico social, y se establecieron categorías preliminares que reflejan temas recurrentes, como:
 - Participación activa
 - Estabilidad emocional
 - Memoria y deterioro cognitivo
 - Vínculos afectivos
 - Reacciones ante la rutina
 - Percepción de autonomía
3. Análisis de la información: Se categorizaron en fragmentos de información relevantes, agrupándolos por temas y subtemas. Esta categorización permitió detectar patrones comunes entre las personas mayores, pero también contrastes importantes entre quienes mostraban mayor deterioro cognitivo y quienes mantenían niveles más altos de independencia.
4. Interpretación, Finalmente, se analizaron los temas emergentes desde una perspectiva de derechos humanos y trabajo social, lo que permitió identificar áreas de mejora y fortalecer estrategias que promuevan un envejecimiento digno y participativo.

Patrones

- Participación activa y emocional: Mayor disposición a participar en dinámicas afectivas (como risoterapia o cumpleaños) que fortalecen la autoestima.
- Aislamiento o retraimiento: Identificación de personas menos participativas y posibles causas (depresión, falta de redes familiares).
- Relaciones sociales dentro del asilo: Vínculos entre residentes o entre residentes y personal de cuidado.

- Valor de las intervenciones de Trabajo Social: Evidencia del impacto emocional y funcional de las actividades diseñadas desde la disciplina.

Contextualización del Asilo

El asilo, de carácter religioso, fundamenta su labor en las Obras de Misericordia, acciones que buscan hacer visible el amor de Dios mediante el cuidado de enfermos y ancianos. Su compromiso es mostrar compasión y apoyo hacia los más vulnerables "hasta donde sea posible" (Josef Struempf, s.f.).

En este asilo es un área asistencial, ya que principalmente brinda los cuidados básicos, y apoyo hacia las personas mayores, ofreciendo atención en cuidados de la salud (Toma y control de signos vitales, administración de medicamentos y curación de heridas y procedimientos básicos), cuidado de enfermos y personas con movilidad reducida (Ayuda en la alimentación, aseo personal, cambio de ropa, etc.)

Para el mes de octubre del año 2024, el asilo contaba con un registro de 16 personas mayores de las cuales 11 son mujeres, y 5 hombres, todos procedentes de diferentes zonas del sur de Veracruz. Solo una de ellas, permanece durante el día, retirándose a su hogar durante la noche. Para poder ingresar a la institución se deben de cumplir con ciertos criterios, entre ellos, que se tenga como máximo un hijo, que no se cuente con algún familiar, el cual pueda cuidarlo, y/o que ellos se ingresen solos.

La dirección de esta institución está a cargo de la M1, quien desempeña un papel fundamental ya que es la que da la autorización y el ingreso a las personas mayores y asimismo se encarga de la gestión de los recursos sociales, administrativos y económicos necesarios para el funcionamiento del asilo. M1 lidera un equipo comprometido que incluye a varias religiosas y colaboradoras.

Entre las cuidadoras principales se encuentran tres religiosas, en ese momento solo estaba presente una de ellas. Estas tres religiosas organizan sus jornadas en turnos semanales de acuerdo con el tipo de

actividades, las cuales constan de dotar de alimentos y rituales religiosos a lo largo del día. S1, una joven que está comenzando su servicio dentro de la vida religiosa, colabora estrechamente con las cuidadoras, brindando apoyo en diversas tareas y aprendiendo de su experiencia. Por otro lado, C1 se encarga de la cocina, preparando los alimentos diarios, y una empleada adicional que es responsable del área de lavandería, además de ellas en la noche esta C2, C3, y por las tardes C4.

A través de las narrativas de las religiosas, sin un diagnóstico médico, se identifica que el 50% de los absolutos presenta algún tipo de problema de demencia, e incluso en algunos casos se sospecha de esquizofrenia o deterioro cognitivo. Un 25% de los absolutos presenta pérdida de memoria leve, mientras que el 5% enfrenta dificultades para comunicarse. Solo dos personas cuentan con movilidad completa, mientras que el resto requiere apoyo, que varía desde la asistencia en actividades instrumentales hasta el acompañamiento en tareas básicas de la vida diaria.

Análisis crítico

Condiciones del asilo

A partir del trabajo realizado en el asilo, se identificaron diversas inconsistencias que permiten cuestionar el cumplimiento pleno de lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2024). Desde el inicio de la intervención, se evidenció que el propósito inicial —trabajar directamente con el personal cuidador— no pudo desarrollarse en su totalidad debido a limitaciones impuestas por la organización interna del centro.

El día 24 de septiembre del 2024 se hablo con una de las religiosas sobre el trabajo con las cuidadoras en donde se estimaba que fueran en octubre ya que ahí se encontraban todas, pero solamente se podría en una hora, sin embargo, al momento de acercarme a las religiosas mostraban resistencia, e incluso decían que tenían mucho trabajo y solo me daban cinco minutos. Y nada más. (Diario de campo 2024, #5) Para el 7 de noviembre se me comento que no se podría trabajar con ellas.

Una de las observaciones más relevantes es que la directora del asilo, quien funge también como cuidadora principal, es la misma persona que autoriza el ingreso de las personas mayores, administra el lugar y lidera al equipo. Este equipo está conformado por tres cuidadoras adicionales, así como por religiosas y colaboradoras voluntarias que se turnan semanalmente para realizar las actividades básicas de atención. De todas ellas, solo una cuenta con formación profesional en el área de la salud (una enfermera), mientras que las demás ejercen su labor con base en la vocación religiosa, pero sin preparación técnica especializada. (Diario de campo 2024, #3)

Esta situación revela una falta significativa de personal capacitado en áreas clave como enfermería geriátrica, trabajo social, medicina especializada en personas mayores, y atención psicológica. Según la ley mencionada, las personas mayores tienen derecho a recibir atención integral y de calidad, lo cual implica que los centros de cuidado cuenten con equipos multidisciplinarios preparados para atender sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

En este caso, las condiciones observadas no garantizan plenamente dicho derecho, y dejan en evidencia la necesidad de una revisión institucional para asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos requeridos para una atención digna. En un chequeo que fueron los alumnos de medicina, una de las religiosas estaba comentando sobre las preguntas de los de medicina, ya que decían “*ellos (las personas mayores) ni siquiera sabían o se acordaban de si tenían las vacunas o las veces que fueron al baño*”. (Diario de campo 2024, #14)

Se identificaron diversas situaciones que permiten cuestionar si realmente se respetan los principios fundamentales de dignidad, autonomía y participación de las personas adultas mayores.

Con base en la evidencia de la investigación, se sustenta esta sentencia, ya que una de las cuestiones principales identificadas fue el uso generalizado de términos como "abuelitos" e "anciano" por parte del personal para referirse a los residentes. (Diario de campo, 2024, #2) Esta práctica evidencia una clara desconexión con lo establecido en normativas como la NOM-031-SSA3-2012, que mandata un trato digno

y respetuoso. Se minimizaban sus relatos sobre eventos pasados y, de manera específica, se les negaba la toma de presión arterial argumentando que "movían mucho" o porque "ya había pasado por ahí" después de caminar. (Diario de campo, 2024, #2)

Un caso particularmente alarmante fue el de AM12, quien manifestó temor constante ante las muertes frecuentes dentro del asilo. Comentó que creía que los residentes estaban siendo “eliminados”, ya fuera mediante el té o medicamentos mezclados en la comida. Si bien sus declaraciones pueden estar influenciadas por factores de salud mental, es importante considerar que esta percepción surge en un contexto de falta de atención médica profesional, ausencia de expediente clínico y escaso seguimiento individualizado (Diario de campo, 2024, #22). Esta situación refleja un grave caso de negligencia institucional, donde el desconocimiento del estado de salud de los residentes pone en riesgo su bienestar físico y emocional. Durante las semanas en que esta cuidadora estaba de turno, las personas mayores mostraban mayor irritabilidad, apatía y retraimiento, lo cual refuerza el supuesto de un ambiente emocionalmente hostil. (Diario de campo, 2024, #18- #20)

Este análisis permite afirmar que, aunque se provee atención básica, no se garantiza plenamente el respeto por la dignidad, la participación activa ni la autonomía de las personas adultas mayores, lo que contraviene principios fundamentales de derechos humanos y atención gerontológica.

Desde el inicio de la intervención en el asilo, se evidenció una falta de estimulación cognitiva, emocional y social en las personas mayores. Al llegar por primera vez, cada residente parecía estar “en su mundo”, sin interacción ni motivación aparente. (Diario de campo, 2024, #1, #6) Esta situación revela una forma de negligencia pasiva, ya que el entorno no fomentaba su participación ni ofrecía actividades significativas. Con la implementación de rutinas semanales estructuradas, se observó un cambio notable: la repetición de actividades generó seguridad, estabilidad y conexión emocional, especialmente en quienes presentaban deterioro cognitivo. Aunque algunos no recordaban del todo, reconocían la figura del acompañante como un espacio seguro y

mostraban mayor disposición para integrarse. (Diario de campo, 2024, #33)

Una manifestación clara de la negligencia estructural fue la falta de conocimiento sobre enfermedades como demencia, esquizofrenia o deterioro cognitivo, así como el manejo inadecuado de la medicación. Se administraban fármacos sin diagnóstico formal ni receta médica, muchas veces mezclados en los alimentos sin explicar a los residentes lo que se les estaba dando. Algunas personas mayores rechazaban los alimentos o expresaban molestias físicas, pero no se les brindaba seguimiento adecuado ni atención profesional, lo que pone en evidencia una vulneración grave de su derecho a la salud. (Diario de campo, 2024, #19)

Por otro lado, la falta de espacios para que las personas mayores pudieran expresarse, contar sus historias o simplemente ser escuchados, refleja una omisión del derecho a la participación y la expresión emocional, contribuyendo al aislamiento y a la pérdida de sentido.

Pese a estas carencias, algo profundamente significativo fue la riqueza de experiencias, consejos y reflexiones que las personas mayores compartían cuando se les brindaba un espacio para ser escuchados. Hablaban con sabiduría de la vida, de la importancia de vivir plenamente, no arrepentirse de las decisiones tomadas y seguir adelante. De manera reiterada, resaltaban el valor central que la familia tiene para ellos, y cómo su ausencia o abandono generaba dolor emocional. Sin embargo, cuando podían compartir estos sentimientos o historias, se les notaba más felices y tranquilos, porque alguien los había escuchado. (Diario de campo, 2024, #20)

Desde las funciones del Trabajo Social, es posible generar impactos significativos en la vida de las personas adultas mayores; sin embargo, una de las principales limitaciones encontradas fue el tiempo disponible para llevar a cabo una intervención sostenida y con continuidad. Para lograr un acompañamiento más profundo, se requiere mayor disponibilidad temporal, así como una comunicación constante y colaborativa con la institución. Por parte del asilo, se nos brindó apertura únicamente para trabajar en actividades de estimulación con los residentes, lo cual fue valioso.

Esta dimensión de la intervención no fue posible debido a que no se otorgó la apertura para realizar acciones fuera del trabajo directo con las personas mayores, lo que limitó la posibilidad de implementar estrategias de apoyo integral que involucraran a las familias o la comunidad.

No obstante, desde un enfoque más amplio del Trabajo Social —ya sea asistencial o contemporáneo— recordando que el trabajo social, va más allá del trabajo social, habla sobre realizar u cambio social en la realidad, teniendo en cuenta el trabajo social de caso, donde es necesario ver a las personas como protagonista de su propio cambio, ya lo mencionaba Evangelista (2009) el Trabajo Social contemporáneo construye una nueva identidad profesional que fusiona la ciencia crítica y el arte creativo para generar, de forma práctica, espacios de poder alternativo y emancipador desde lo local, también es necesario abordar situaciones de abandono y desvinculación familiar, buscando establecer contacto con los familiares y dar seguimiento a cada caso.

Amandaventu (2016) postula que la característica fundamental de este modelo es su enfoque centrado en la persona, reconociendo así el rol protagónico que el individuo posee dentro del proceso de intervención. (párr. 2)

El enfoque centrado en la persona busca promover la autonomía, la autodeterminación y la participación activa de la persona mayor en las decisiones que afectan su vida. En asilos o residencias, el Trabajo Social desde esta perspectiva impulsa acciones que respeten los deseos, historias de vida y capacidades de las personas mayores, y combate prácticas que los despersonalizan.

Análisis de casos

Durante la estancia en el asilo, se observó que 13 personas mayores contaban con algún familiar o tutor que fue quien los internó, sin embargo, solo uno de ellos —el hijo de AM10— acudía a visitarla de manera regular. Esta situación reflejaba un patrón de desvinculación familiar, frecuente en muchos contextos de institucionalización. (Diario de campo, 2024, #1)

Uno de los casos más representativos fue el de AM15, quien, en distintas ocasiones, solicitaba no participar en las actividades grupales porque decía que “en cualquier momento llegarían por ella”. Las cuidadoras mencionaban que por las noches se negaba a dormir, con la esperanza de que su familia viniera a buscarla, a pesar de llevar más de dos años en el asilo. Este tipo de conductas puede relacionarse con procesos de negación, esperanza prolongada y sentimientos de abandono, afectando directamente el bienestar emocional. (Diario de campo, 2024, #1-3)

AM1 era una mujer de aproximadamente 80 años, que, según testimonios del personal, podría presentar signos de esquizofrenia no diagnosticada. Había ingresado sola al asilo y no recibía visitas. Aunque colaboraba en actividades como la cocina o el lavado de platos, mostraba dificultades en la convivencia tanto con cuidadoras como con otros residentes, lo que generaba tensiones constantes. Este caso evidencia la importancia de contar con un acompañamiento psicológico profesional, especialmente para personas mayores sin red de apoyo familiar. (Diario de campo, 2024, #17)

Se registró el caso de una adulta mayor que permanecía solo durante el día en el asilo, mientras su hija C1 trabajaba dentro del asilo, mostraba un gran interés por entender la condición de su madre, quien tenía demencia. Solicitaba información sobre los efectos secundarios de los medicamentos y expresaba su preocupación emocional. Sin embargo, la residente (AM16) manifestaba temor cada vez que veía a su hija salir, pensando que la iba a abandonar definitivamente. Esta situación refleja la ambivalencia emocional que viven tanto familiares como personas mayores ante la institucionalización parcial. (Diario de campo, 2024, #21)

En varias ocasiones, AM12 expresó su enojo y tristeza con frases como: “¿Para qué tuve hijos si al final me abandonaron?” (Diario de campo, 2024, #27). A pesar de reconocer que sus hijos tenían responsabilidades, le dolía profundamente no recibir llamadas ni visitas. Estas declaraciones eran acompañadas de lágrimas y mostraban el impacto emocional del abandono afectivo, más allá del abandono físico. Se observó que, tras hablar de sus familias, muchas personas

mayores pasaban el resto del día con ánimo decaído, molestos o retraídos.

A diferencia de otros casos, AM5 mantenía comunicación telefónica constante con su hija, aunque esta no la visitaba. (Diario de campo, 2024, #17) Aun así, esa conexión parecía suficiente para generar una mayor estabilidad emocional, lo que sugiere que incluso un contacto limitado pero constante puede tener efectos positivos.

En conjunto, estos elementos permiten afirmar que, aunque en algunos aspectos se cubren necesidades básicas, sí existen formas de maltrato pasivo y negligencia institucional, que deben ser visibilizadas y atendidas desde una perspectiva ética, profesional y centrada en los derechos humanos.

Contraste con el Envejecimiento Digno

El análisis de los casos descritos evidencia una problemática profunda y persistente: la vulneración del derecho a la vida familiar, al trato digno y al acompañamiento afectivo de las personas adultas mayores. Según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México (2002), toda persona mayor tiene derecho a "la convivencia familiar, a no ser internado sin causa justificada y a recibir un trato respetuoso que preserve su dignidad". Sin embargo, en la práctica cotidiana, estos derechos se ven comprometidos por el abandono, la desvinculación emocional y la falta de participación de los familiares.

Desde una perspectiva de derechos humanos, el abandono no es solo un hecho emocional, sino una forma de exclusión que puede agravar el deterioro físico, cognitivo y psicológico. El aislamiento afecta la autoestima, el sentido de identidad y la calidad de vida. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha señalado en múltiples recomendaciones la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión y protección en centros de atención para personas mayores, así como fomentar la corresponsabilidad de las familias y el Estado.

En este contexto, el Trabajo Social cumple un papel esencial como mediador entre las instituciones, las familias y las personas mayores. Es indispensable que los programas sociales incluyan estrategias de

reintegración familiar, atención emocional y talleres educativos para sensibilizar a la comunidad sobre el valor y el lugar que ocupan las personas mayores en nuestra sociedad.

Así, avanzar hacia un envejecimiento digno implica garantizar no solo condiciones materiales básicas, sino también el acceso a vínculos afectivos, acompañamiento emocional y participación activa, reconociendo que el bienestar en la vejez es un derecho humano que debe ser protegido en todos los niveles.

Al realizar la intervención en el asilo, se identificó que las personas mayores que mantenían algún tipo de contacto o comunicación con sus familiares mostraban mayores niveles de estabilidad emocional, así como mayor disposición y participación en las actividades programadas. En contraste, aquellos residentes que se percibían como olvidados o abandonados tendían a presentar signos de tristeza, irritabilidad, apatía o aislamiento social. Este contraste evidencia cómo la falta de redes afectivas y la desvinculación familiar afectan negativamente el bienestar psicológico y social de las personas mayores institucionalizados.

Estas situaciones también reflejan una deficiencia estructural en la atención brindada, que va más allá de lo material o físico, ya que se relaciona con el derecho a la compañía, al reconocimiento y a la participación.

El envejecimiento digno implica vivir esta etapa de la vida con respeto, autonomía, salud, bienestar emocional y participación activa en la sociedad. Sin embargo, la realidad observada en el asilo dista de estos principios. Se identificaron múltiples formas de negligencia pasiva, como la falta de estimulación cognitiva, escasa atención emocional y un trato que, en ocasiones, rayaba en el maltrato psicológico. La ausencia de personal capacitado en gerontología, trabajo social y salud mental compromete el derecho de las personas mayores a recibir atención integral y de calidad. Además, el abandono familiar y la pérdida de autonomía de los residentes son elementos que vulneran su dignidad. Este contraste evidencia que el asilo, en lugar de ser un espacio que garantice un envejecimiento digno, reproduce

prácticas de exclusión y deshumanización hacia una población que debería ser tratada con el máximo respeto y cuidado.

Un componente esencial para ello es la escucha activa, que permite captar sus necesidades, emociones y opiniones, promoviendo su bienestar emocional y su sentido de pertenencia. Sin embargo, en el asilo se observó una falta significativa de espacios donde las personas mayores pudieran expresarse y ser escuchados genuinamente. Esta ausencia contribuye a la sensación de aislamiento, pérdida de autonomía y desvalorización personal. La práctica de la escucha activa es clave desde Trabajo Social para construir vínculos de confianza, identificar problemáticas reales y diseñar intervenciones centradas en la persona, lo que favorece un envejecimiento más digno y pleno.

Propuestas o recomendaciones desde trabajo social

En este contexto, el Trabajo Social tiene un papel clave para diseñar e implementar estrategias de intervención integrales que respondan a las necesidades biopsicosociales de las personas mayores institucionalizadas. Una de las principales recomendaciones es fortalecer los vínculos familiares, según Toribio y Franco “La atención del adulto mayor, amerita una mejor comprensión de las vivencias mediante otros abordajes de investigación, a nivel de estudios de intervención con los cuidadores primarios, familiares” (2018, p. 21) ya que la conexión afectiva con seres queridos actúa como un factor protector frente a la depresión, la soledad y el deterioro cognitivo. Para ello, se pueden establecer programas de visitas programadas, talleres familiares y espacios de mediación para reconstruir relaciones afectivas deterioradas.

Asimismo, se propone fomentar la expresión emocional y la escucha activa como herramientas esenciales dentro de los centros geriátricos. La posibilidad de que las personas mayores compartan sus historias, emociones y opiniones no solo mejora su autoestima, sino que también les otorga un rol activo en su propio proceso de envejecimiento. Esto implica capacitar al personal en habilidades de comunicación empática y sensibilización sobre la vejez, evitando actitudes edadistas o prácticas asistencialistas.

Para avanzar hacia un envejecimiento digno y una atención integral a las personas adultas mayores, es necesario implementar modelos de atención centrados en la persona, con enfoque de derechos humanos, perspectiva gerontológica y participación activa de las propias personas mayores. Estos modelos deben contemplar no solo la cobertura básica (alimentación, vivienda y salud), sino también el bienestar emocional, la vida social, la autonomía, el respeto a la identidad personal y la continuidad de sus proyectos de vida.

En este sentido, el Estado tiene una responsabilidad indelegable en la creación y fortalecimiento de políticas públicas que regulen y supervisen los espacios de atención geriátrica, especialmente aquellos en condiciones de vulnerabilidad. Actualmente en México, existen programas y marcos legales como: La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que establece el derecho a recibir un trato digno, atención integral y a vivir en familia y El Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, que otorga apoyos económicos, aunque no necesariamente garantiza condiciones dignas de vida.

No obstante, la existencia de leyes o programas no asegura su aplicación efectiva, especialmente en zonas rurales o marginadas donde el acceso a servicios es limitado. De ahí la necesidad de fortalecer la vigilancia institucional, la capacitación del personal, y la generación de indicadores de calidad de vida en estos espacios.

Por otro lado, el aislamiento social parte de las familias tiene raíces profundas en la percepción social de la vejez. En muchos casos, se asocia el envejecimiento con pérdida, carga, improductividad o deterioro, lo que contribuye a actitudes edadistas y a justificar el distanciamiento afectivo o físico. Esta visión reproduce la exclusión y dificulta la corresponsabilidad familiar en el cuidado.

El aislamiento social tiene consecuencias graves: deterioro emocional, pérdida de sentido de vida, aumento del riesgo de enfermedades físicas y mentales, y vulnerabilidad frente a negligencias o maltratos. Luna y Pinto nos dicen que tienen consecuencias en la

calidad de vida, van desde consecuencias en estado físico, social, emocional (2021, pp. 189-203)

Por ello, se debe visibilizar esta problemática, generar redes de apoyo comunitario, incluir a las personas mayores en decisiones familiares y reconocer el papel activo que aún pueden tener en su entorno.

Desde el Trabajo Social, se propone trabajar en procesos de concientización comunitaria y familiar, que promuevan una nueva mirada sobre la vejez: como una etapa valiosa, de derechos, de experiencias y saberes. Abandonar a una persona mayor no es solo un acto individual, sino el resultado de estructuras sociales que aún no han aprendido a valorar el envejecimiento. En este caso, el problema central identificado es el aislamiento social, particularmente aquel generado por la falta de vínculo o abandono por parte de sus familiares.

Por ello, se propone trabajar bajo la pregunta orientadora: ¿Cómo podemos generar procesos de integración que fortalezcan los vínculos entre las personas mayores y sus familiares dentro del asilo?

Esta pregunta guía permite articular una intervención social enfocada no solo en la mejora de condiciones individuales, sino en la transformación de estructuras familiares y comunitarias que rodean a la persona mayor.

Investigación y sistematización de prácticas

Es esencial continuar con la sistematización de las prácticas profesionales, analizando y documentando las diferentes realidades que se presentan dentro del asilo, sus dinámicas, los vínculos afectivos, las redes de apoyo y los factores que refuerzan el aislamiento. Esto permitirá producir conocimiento situado, generar propuestas pertinentes y replicables, y contribuir al desarrollo del Trabajo Social como disciplina.

Análisis de factores que provocan el aislamiento

La investigación debe enfocarse en identificar los principales factores que generan el aislamiento social en las personas mayores del asilo, desde una perspectiva estructural y relacional. Esto incluye:

- Dinámicas familiares previos al ingreso.
- Percepciones sociales de la vejez.

- Falta de tiempo, recursos o disposición de los familiares.
- Estigmas culturales sobre el envejecimiento y los asilos.
- Falta de espacios o estrategias que fomenten el reencuentro y el vínculo afectivo.

Enfoque interdisciplinario y formación continua

El abordaje del envejecimiento institucionalizado debe asumirse desde un enfoque interdisciplinario, trabajando en conjunto con profesionales de psicología, medicina geriátrica, enfermería, derecho y pedagogía, entre otros. Esto implica también la necesidad de capacitar constantemente al personal que trabaja en los asilos, no solo en temas técnicos, sino también en competencias emocionales, trato digno, derechos humanos y cuidados paliativos.

Fortalecimiento de redes de apoyo y comunidad

Es prioritario generar, desde Trabajo Social, estrategias de fortalecimiento de redes familiares, comunitarias e institucionales. Esto incluye:

- Programas de reconexión familiar (llamadas, cartas, visitas guiadas).
- Acompañamiento psicosocial a familiares.
- Actividades intergeneracionales que vinculen a las personas mayores con jóvenes o vecinos de la comunidad.
- Talleres y círculos de escucha emocional para residentes.
- Necesidades de formación profesional o institucional.

Conclusiones

La intervención realizada en el asilo permitió identificar una serie de hallazgos fundamentales que evidencian las profundas brechas entre el **envejecimiento digno** como derecho y principio ético, y la realidad vivida por muchas personas mayores institucionalizados. Se observó que la mayoría de los residentes carecían de contacto frecuente con sus familiares, lo que impactaba directamente en su estado emocional y participación social.

A pesar de contar con una estructura básica de cuidado, la falta de personal capacitado, la ausencia de atención médica especializada, la

escasa comprensión sobre enfermedades como la demencia y el deterioro cognitivo, así como ciertas actitudes pasivo-agresivas por parte de algunas cuidadoras, reflejan formas de negligencia y maltrato pasivo que atentan contra la dignidad y el bienestar integral de estas personas.

Desde una mirada crítica del Trabajo Social, es evidente que la vejez continúa siendo marginada y desvalorizada en diversos espacios institucionales. Las prácticas observadas reflejan un enfoque asistencialista limitado, donde se relega la voz, la autonomía y la participación activa de las personas mayores. Sin embargo, también se constató que el Trabajo Social tiene un rol clave como agente de transformación social, al promover la escucha activa, fomentar la expresión emocional y diseñar estrategias que fortalezcan los vínculos familiares y comunitarios. Esta disciplina está llamada a ser un puente entre los derechos de las personas mayores y las instituciones, promoviendo prácticas más humanas, éticas y centradas en la persona.

A futuro, se requiere una revisión urgente de las políticas públicas para la protección de los adultos mayores. Los centros de día deben implementar modelos de atención integral con personal capacitado en geriatría, psicología, trabajo social y cuidados paliativos. Es necesario que los centros de día cuenten con modelos de atención integrales y multidisciplinarios, que incluyan personal capacitado

Paralelamente, es fundamental fortalecer la formación en Trabajo Social, incorporando materias sobre envejecimiento, derechos humanos y salud mental. Este cambio necesita un esfuerzo conjunto entre instituciones, profesionales, familias y la sociedad.

Finalmente, es crucial transformar la percepción social sobre la vejez: combatir el edadismo, valorar los vínculos afectivos y asumir la corresponsabilidad del cuidado. Garantizar un envejecimiento digno, activo y libre de abandono no es una opción, sino una obligación ética y humana.

Referencias

- Alava Barreiro, L. M., Santos Jiménez, A. J., & Menéndez Menéndez, F. G. (2020). Funciones y protocolos del trabajador social en la atención a usuarios en centros de cuidados del adulto mayor. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.
- Amandaventu. (2016, 26 mayo). Modelo de Atención Centrada en la Persona. Trabajo Social World. <https://trabajosocialworld.wordpress.com/2016/05/26/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona/>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2019). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Secretaría de Gobernación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- CEDHJ (2024) Informe especial: *Situación de las personas Mayores albergadas en el estado 2023-2024*. <https://cedhj.org.mx/documentos/informes/Informe%20Especial%20Situaci%C3%B3n%20de%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
- CNDH (2020). *Los derechos humanos de las personas mayores y el reto del edadismo*. <https://www.cndh.org.mx/documento/los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores-y-el-reto-del-edadismo>
- De Estadística y Geografía, I. N. (s. f.). *Tabulados Interactivos-Genéricos*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b&idrt=123&opc=t
- Del Consumidor, P. F. (s. f.). *Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores*. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
- Diario de campo no publicado. (2024). Análisis sobre el adulto mayor en un asilo, Veracruz, México.
- Envejecimiento: edadismo. (2024). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

- Evangelista, E. (2009). Trabajo social contemporáneo: aproximaciones y proyecciones. ACADEMIA. <https://share.google/EVQMvqxNGJIeZh8Ut>
- FIAPAM (2016). Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad. 2016. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/11/FIAPAM-un-movimiento-asociativo.pdf>
- INEGI. (2020) Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo. 2020
- INAPAM. (2024) Informe diagnóstico sobre instituciones públicas y privadas que brindan servicios a personas adultas mayores supervivientes, 2024. https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/P_lanesProInf/20250127INFORMEDIPP2024.pdf
- Josef Struempf (jstruempf@live.at). (s. f.). *Borromaeerinnen // ¿Quiénes somos?* <http://www.borromaeerinnen.at/?lang=es>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Luna, B., & Pinto, J. (2020). Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores: Factores predisponentes y consecuencias para la salud. Comunidad de Madrid.
- Marín, C. A. R., & Gómez, J. J. O. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Minatitlán: *Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública* | Data México. (s. f.). Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/minatitlan-30108#population-and-housing>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Maltrato a las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Paola, J. P. (2003). *Construyendo el trabajo social con adultos mayores: realidad y análisis de los centros de día*. Espacio Editorial.
- Ricoy Lorenzo, C., (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*.
- Sagarpa (2014). *Estudio sobre el envejecimiento de la población rural en México*.

- Subirats I Humet, J., Alfama I Guillem, E., & Obradors I Pineda, A. (2009). I. *Concepto de exclusión social. Documentos de Trabajo* (Fundación Carolina), 32, 133-142.
- Salgado, C. D. S. (1990). Trabajo social y vejez: Teoría e Intervención. HVMANITAS.
- Toribio, C., & Franco, S. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181c.pdf>
- Realivazquez, L. (2023, 11 julio). Adultos mayores adscritos a casas de cuidado diario que viven escenarios de violencia. *Revista Salud y Cuidado*.

Redes de apoyo en la adherencia al tratamiento de los adultos mayores: Una revisión sistemática narrativa en diversos países

Tamara Cristina García Ovalles¹

Marisela Rivera Montoya²

María del Refugio Gaxiola Durán³

Resumen

La adherencia al tratamiento en personas mayores es un factor determinante para la efectividad de las intervenciones médicas y la calidad de vida. Sin embargo, diversas barreras dificultan el cumplimiento terapéutico, como la polifarmacia, los efectos adversos de los medicamentos, la presencia de enfermedades crónicas y las limitaciones físicas o cognitivas. No obstante, cuando la polifarmacia es positiva, es decir, cuando el uso simultáneo de varios fármacos está adecuadamente indicado, supervisado y adaptado a las necesidades del paciente, puede contribuir al control integral de las enfermedades y a mejorar su bienestar. En este contexto, las redes de apoyo desempeñan un papel crucial para promover y mantener la adherencia al tratamiento, ofreciendo acompañamiento, supervisión y motivación continuas. Objetivo: analizar y comparar la evidencia disponible en diferentes países sobre el papel de las redes de apoyo familiar y social en la adherencia al tratamiento de adultos mayores, con el fin de identificar patrones, factores facilitadores y barreras comunes que inciden en la continuidad terapéutica. La metodología que se utilizó en esta investigación es a través de una revisión sistematizada, desde las bases

¹ Trabajadora social del área hospitalaria, estudiante de la Maestría en Trabajo social de la Facultad de Trabajo social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Profesora e investigadora de la FTS-UAS, fundadora de ACANITS y redes de investigación de familia y jurídica, SNI1. Doctora en Trabajo social con acentuación en sistemas de salud.

³ Doctora en Trabajo Social, docente de la facultad de educación, integrante de ACANITS y red de Medio ambiente y familia.

de datos de Scielo, Redalyc, Pudmed y Google académico. Para la búsqueda se emplearon operadores booleanos, garantizando una selección precisa de la literatura. Se aplicaron criterios de inclusión como la publicación entre 2018 y 2024, estudios realizados en población de adultos mayores, y artículos en español e inglés. Los criterios de exclusión incluyeron estudios con muestras no representativas o publicaciones sin revisión por pares. De un total de 45 artículos encontrados relacionados con el tema de investigación, tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 20 artículos para el análisis. La selección de artículos fue realizada de manera independiente por dos investigadores para asegurar objetividad y rigor metodológico. Utilizando como palabras claves las categorías que se encuentran en el título como son: redes de apoyo, adherencia al tratamiento y adultos mayores, mismas que se utilizaron para búsquedas aleatorias, operadores booleanos necesarios para la búsqueda sistematizada de la literatura selecta en las bases de datos que se mencionaron anteriormente. Algunos de los resultados encontrados: Los pacientes no sienten el apoyo de su familia y tienen una mayor predisposición a abandonar el tratamiento, por falta de estímulos para enfrentar la enfermedad.

Palabras claves: Redes de apoyo, adherencia al tratamiento, adultos mayores.

Introducción

Las redes de apoyo pueden jugar un papel fundamental en la promoción de la adherencia al tratamiento en los adultos mayores. Las redes de apoyo familiar en personas adultas mayores se definen como el conjunto de relaciones sociales basadas en lazos de parentesco que proporcionan diversos tipos de apoyo, como emocional, material, instrumental y cognitivo. Estas redes son fundamentales para el bienestar y la calidad de vida, ya que ofrecen compañía, cuidado, asistencia en las actividades diarias y soporte en momentos de enfermedad o dependencia. Guzmán et al. (2003), destacan que la familia es la red social primordial para los adultos mayores, brindando apoyo emocional y facilitando la independencia mediante relaciones afectivas y de cuidado. Además, estas redes contribuyen a reducir el aislamiento y mejorar la salud mental de los adultos mayores (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003; Organización Panamericana de la

Salud, 2025).

Por otra parte, la adherencia al tratamiento: es un concepto complejo y multifactorial que ha sido definido de diversas maneras por autores y organismos internacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento se refiere al grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario en cuanto a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003, citado en Ortega Cerda, 2018). Esta definición destaca la importancia de la colaboración activa y la toma compartida de decisiones entre el paciente y el médico.

Mientras que para Haynes y Sackett (citado en Valverde-Merino, 2018) sostienen que la adherencia implica la medida en que el paciente modifica su conducta para seguir las recomendaciones médicas, lo que se diferencia del concepto de "cumplimiento", que implica una actitud más pasiva y subordinada. La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía y Resultados en Salud (ISPOR) amplía esta definición y la asocia con el grado en que el paciente sigue la dosis, el esquema y la periodicidad prescritos, incorporando además el concepto de "persistencia", que se refiere al tiempo durante el cual el paciente mantiene el tratamiento (Dilla et al., 2009).

La adherencia al tratamiento es fundamental en la atención médica de los adultos mayores, ya que impacta directamente en la eficacia terapéutica y mejora la calidad de vida de esta población heterogénea. Se define como el grado en que el comportamiento del paciente incluyendo la toma de medicamentos, la realización de cambios en el estilo de vida y la asistencia a citas médicas que corresponda con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (Haynes et al., 2008). Sin embargo, en las personas adultas mayores, mantener una adherencia óptima puede resultar especialmente complejo debido a múltiples factores entrelazados, que incluyen la complejidad y frecuencia de los regímenes de tratamiento, la coexistencia de varias comorbilidades que requieren diferentes medicamentos, así como la presencia de deterioro cognitivo y físico que pueden dificultar la

administración oportuna y correcta del tratamiento (Soria Trujano, 2009). A esto se suma la falta de apoyo social adecuado, aspecto crucial que influye en la motivación y la capacidad para seguir el tratamiento prescrito. Por lo tanto, la adherencia terapéutica en adultos mayores no solo depende de factores clínicos, sino también sociales y psicológicos, lo que implica la necesidad de abordajes integrales en salud que contemplen la red de apoyo del paciente y estrategias personalizadas para promover la autocuidado y el autocontrol.

Las personas adultas mayores son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas que tienen 60 años o más (OMS, 2025). Este grupo se caracteriza por atravesar un proceso de envejecimiento que puede afectar sus capacidades físicas, mentales y sociales, haciéndolos más vulnerables a enfermedades crónicas y otros problemas de salud que requieren cuidados específicos. De acuerdo con León (2022), los adultos mayores pueden experimentar diferentes formas de envejecimiento, que incluyen la vejez normal, la patológica y la vejez exitosa, enfatizando la importancia de promover el envejecimiento activo como un proceso de optimización de la salud, participación social y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Por su parte, Varela Pinedo (2016) destaca que el envejecimiento también implica una disminución progresiva de la capacidad adaptativa del organismo, que en gran medida depende del estilo de vida y del contexto social y económico del individuo.

En esta revisión sistemática narrativa como se explica en Biblioguías (2020), las revisiones sistemáticas son estudios científicos que reúnen y analizan toda la información disponible sobre un tema específico, con el fin de proporcionar una visión general completa y objetiva de los hallazgos de varias investigaciones relevantes. Utilizando métodos rigurosos y transparentes, estos estudios buscan minimizar los sesgos y ofrecer conclusiones fiables que puedan informar decisiones importantes, se contemplaron 20 trabajos donde se buscó explorar el papel de las redes de apoyo, en la adherencia al tratamiento de los adultos mayores en diversos países. Se analizaron estudios que examinan la relación entre las redes de apoyo y la adherencia al tratamiento en este grupo, con el objetivo de identificar patrones y

tendencias que puedan informar la práctica clínica y la política de salud, pero sobre todo relativas a las categorías de redes de apoyo, adherencia al tratamiento y adultos mayores.

La metodología que se utilizó en esta investigación es a través de una revisión sistematizada, desde las bases de datos de Scielo, Redalyc, Pudmed y Google académico. Para la búsqueda se emplearon operadores booleanos, garantizando una selección precisa de la literatura. Se aplicaron criterios de inclusión como la publicación entre 2018 y 2024, Estudios realizados en población de personas adultas mayores de 60 años y más, artículos en español. Objetivo: Revisar publicaciones en bases de datos relativas a las categorías de redes de apoyo, adherencia al tratamiento y adultos mayores. Los criterios de exclusión incluyeron estudios con muestras no representativas o publicaciones sin revisión por pares.

De un total de 45 artículos encontrados relacionados con el tema de investigación, tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 20 artículos para el análisis. La selección de artículos fue realizada de manera independiente por dos investigadores para asegurar objetividad y rigor metodológico, utilizando como palabras claves las categorías que se encuentran en el título como son: redes de apoyo, adherencia al tratamiento y adultos mayores, mismas que se utilizaron para búsquedas aleatorias, operadores booleanos necesarios para la búsqueda sistematizada de la literatura selecta en las bases de datos que se mencionaron anteriormente, dado que no se encontró bastante literatura que asocie las tres categorías juntas, dicha literatura se buscó a manera de binas con un común denominador que son las redes de apoyo. A continuación, se presenta una tabla con la información de los estudios seleccionados.

Tabla 1.*Características de estudios seleccionados*

| <i>Título</i> | <i>Origen</i> | <i>Metodología</i> | <i>Conclusión</i> |
|--|--|---|---|
| Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba | Cuba: Ciencias Sociales (Fauste et. al, 2018) | Observacional descriptivo (cuantitativo). | Se sienten complacidos con su permanencia en la institución en gran medida por sus coetáneos, logrando un desarrollo pleno y manteniendo su calidad de vida. |
| Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. | Chile: Enfermería (Ramírez et al., 2018) | Estudio de caso (cualitativo). | La mayoría de los cuidadores son mujeres, sin apoyo familiar, que tienen un vínculo sentimental con la persona cuidada, y que sus motivaciones para desempeñar esta labor son el cariño y la obligación. |
| El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. | México: Ciencias de información Geoespacial. (Sánchez, 2018) | Estudio tipo transversal (cuantitativo) | El papel que juegan las personas que rodean al adulto mayor es significativo para él y es más importante la calidad de la relación existente, la familia se convierte en esa red de apoyo cercana en donde el adulto mayor se siente protegido y querido. |
| El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar | España: Geriatría (García et al., 2018) | Perspectiva interdisciplinar (cuantitativo) | El tamaño de la red social, y la frecuencia de los contactos, aunque disminuyen con la edad, cobran vital importancia en esta etapa de la vida. |
| Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. | Colombia: Ciencias Sociales | Cualitativa | No se encontraron niveles significativos de ansiedad y estrés en la población objeto, lo que lleva a concluir que la condición de |

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| | (Bonilla et al., 2018) | | estos adultos mayores no los está afectando debido a la capacidad de adaptación que poseen, gracias a los beneficios que les brinda el hogar. |
| Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. | Colombia: Enfermería. (Galvis et al., 2019) | Cualitativa: | La tensión emocional para el cuidador y el sistema de creencias que moviliza el cuidador para ofrecer cuidado, la constante tensión emocional para evitarle complicaciones en un entorno de exiguos recursos, así como, la gratitud del adulto mayor. |
| Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años en un área urbana. | España: Enfermería (Molés et al., 2019) | Cuantitativo: | Los mayores que viven solos presentan en mayor medida síntomas de depresión 26,6% frente al 16,1% ($p=0,011$). |
| Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. | Cuba: Psicología. (Suárez, 2019) | Mixta: evaluación y entrevistas | Se concluyó que el apoyo familiar brindado al paciente con deterioro cognitivo impacta positivamente en su condición física, bienestar psicológico y relaciones sociales. |
| Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. | Argentina: (Lambiase, 2020) | Revisión bibliográfica y documental | La mitad de las redes de apoyo (51.3%) presentan un nivel funcional bajo, esto es, una, varias o todas las formas de apoyo mencionadas disponen de solo uno o no tienen ningún miembro de las redes que pueda satisfacerlas. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. | Colombia: (Lizcano et al., 2020) | Transversal analítico (cuantitativo) | Los adultos mayores participantes percibieron un apoyo social adecuado en sus diferentes dimensiones: 92% emocional, 93,5% instrumental, 92% interacción social positiva y 93% apoyo afectivo, y 91,9% en el índice global de apoyo. |
| Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. | Latinoamérica: Psicología. (Arias, 2020) | (cuantitativo) | Se concluye que la red presenta cambios a lo largo del curso vital que podrían impactar en el bienestar integral. |
| Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores | Chile: Promoción a la Salud (Fernandez et al., 2018) | Descriptivo y analítico (cuantitativo) | Los adultos mayores han logrado la adherencia al tratamiento gracias a la percepción de beneficios y de escasez barreras para el acceso al mismo. |
| Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo 2018 | (Laqui, 2020) | Correlacional, prospectivo de tipo transversal, cuantitativa | Según los resultados dentro de los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo el 92% de pacientes no son adherentes, y el 8% de pacientes son adherentes. |
| Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales | Colombia: Administración de Empresas de | Revisión de literatura Cualitativo | Muchas de estas investigaciones evidencian la satisfacción de los |

| | | | |
|--|---|--|--|
| desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida | la salud (Castilla, 2020) | | pacientes, sus cuidadores y núcleos familiares con los programas actuales, así como las repercusiones favorables que estos tienen en su salud física y mental. |
| Soporte familiar y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica del hospital regional Lambayeque | Perú: Trabajo Social (Izquierdo, 2021) | Descriptivo (cualitativo) | Los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis no sienten el apoyo de su familia y van a tener una mayor predisposición a abandonar el tratamiento, por falta de estímulos para enfrentar la enfermedad. |
| Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos | Colombia: Enfermería. (Doraly, 2021) | (cuantitativo) | Se destaca la importancia de la relación proveedor-paciente en grado de adherencia de las tres IPS, donde se evidencia la intervención del primer nivel con acciones de autocuidado individual. |
| Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca | Colombia: Enfermería. (Suárez, 2021) | (cuantitativo) | Existe asociación entre la adherencia y el apoyo social, por lo que es fundamental que el profesional de enfermería incluya la evaluación e intervención del apoyo social previo al alta del paciente, para optimizar los niveles de adherencia. |
| Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes | Colombia: Enfermería. (Nieto y Parra, 2021) | Transversal, descriptivo, correlacional (cuantitativo) | Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas tales como sexo, estado |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| | | | civil, diagnóstico, tipo de creencia religiosa y convivencia con el conyugue y con los nietos. |
| Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial. Microred de salud Mancos_Áncash, 2022 | Perú: Enfermería (Suarez, 2022) | Descriptivo y con diseño correlacional de corte transversal (cuantitativo) | Se debe trabajar en el factor relacionado con la terapia ya que se ha encontrado relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento para desarrollar el autocuidado en los adultos hipertensos. |
| Rol de la orientación familiar en la adherencia terapéutica de los adultos mayores con diabetes tipo 2 | Latinoamérica (Zambrano, 2023) | Investigación documental (cualitativo) | El significado que tiene la familia como el soporte emocional, económico y social es decisivo para el control idóneo de la enfermedad, junto a la comprensión y el respeto que el personal sanitario tenga, educando y motivando en mayor o menor medida prácticas claves que fomentan la adherencia al tratamiento en esta población vulnerable |

Nota. *Elaboración propia (2025).*

Discusión

Las redes de apoyo social, especialmente las familiares, desempeñan un papel crucial en la adherencia al tratamiento médico en adultos mayores. Estudios realizados en Cuba (Fauste et al., 2018) y España (García et al., 2018) evidencian que los vínculos sociales, incluidos los familiares y coetáneos, no solo contribuyen a la calidad de vida, sino que también influyen directamente en la salud física y emocional de esta población. Aunque es común que estas redes se reduzcan con la edad, su calidad y funcionalidad pueden ser determinantes en el seguimiento adecuado de tratamientos médicos.

La familia, como núcleo primario de apoyo, puede facilitar la adherencia al tratamiento mediante diversas formas: recordatorio de medicación, acompañamiento a consultas, gestión de trámites médicos, y sobre todo, ofreciendo contención emocional. En contextos donde las redes familiares son sólidas, los adultos mayores tienden a mostrar mayor compromiso con sus tratamientos, lo que se traduce en mejores resultados clínicos y menor riesgo de complicaciones.

En contraste, el caso de Argentina (Lambiase, 2020) revela que una proporción significativa de adultos mayores cuenta con redes de apoyo funcionalmente débiles, lo que puede obstaculizar la adherencia terapéutica. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer las estructuras familiares y comunitarias, promoviendo políticas públicas que fomenten la inclusión social, el acompañamiento intergeneracional y el acceso a servicios de salud con enfoque familiar.

En suma, la evidencia sugiere que la calidad de las redes de apoyo familiar no solo impacta el bienestar general de los adultos mayores, sino que constituye un factor clave en su capacidad para seguir tratamientos médicos de manera efectiva. Por tanto, cualquier intervención orientada a mejorar la salud de esta población debe considerar el fortalecimiento de sus vínculos familiares como un componente esencial.

La adherencia al tratamiento en adultos mayores no puede entenderse de manera aislada del contexto sociocultural en el que se desarrollan sus redes de apoyo familiar. En México, por ejemplo, la

familia se configura como el eje central del cuidado (Sánchez, 2018), lo que favorece la continuidad terapéutica al proporcionar acompañamiento, supervisión y soporte emocional. Esta centralidad familiar puede traducirse en una mayor disposición del adulto mayor a seguir indicaciones médicas, al sentirse respaldado y valorado por su entorno cercano.

En Colombia, sin embargo, los patrones culturales y las creencias influyen de manera compleja en las dinámicas de cuidado, especialmente en contextos marcados por la pobreza y la discapacidad (Galvis et al., 2019). En estos escenarios, la adherencia al tratamiento puede verse comprometida por limitaciones estructurales, como el acceso a servicios de salud, y por concepciones tradicionales sobre el envejecimiento y la enfermedad. Las redes familiares, aunque presentes, pueden estar sobrecargadas o fragmentadas, lo que dificulta su funcionalidad como soporte terapéutico.

Por otro lado, en Chile se evidencian marcadas diferencias de género en el rol de cuidado. Las mujeres cuidadoras, a menudo hijas o esposas, enfrentan desafíos particulares como la falta de apoyo familiar y la sobrecarga emocional, aunque su compromiso con el cuidado suele estar motivado por un profundo sentido de cariño y obligación moral (Ramírez et al., 2018). Esta dimensión afectiva puede ser un motor poderoso para sostener la adherencia al tratamiento del adulto mayor, pero también puede generar tensiones que afecten la calidad del cuidado y la salud del cuidador.

Desde una perspectiva teórica, el enfoque ecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner) permite comprender cómo los factores macrosociales (como la cultura, el género y la estructura socioeconómica) interactúan con los microsistemas familiares para influir en la salud del adulto mayor. Asimismo, el modelo de apoyo social funcional destaca que no basta con la presencia de redes, sino que su capacidad para responder a las necesidades concretas del paciente es lo que determina su impacto en la adherencia terapéutica.

La adherencia al tratamiento en personas adultas mayores es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores, entre los

cuales las redes de apoyo familiar juegan un papel central. Estudios realizados en Perú (Laqui, 2020), Colombia (Suárez, 2021) y Latinoamérica (Zambrano, 2023) coinciden en resaltar que el apoyo familiar y social representa un pilar fundamental para asegurar la continuidad y el cumplimiento de los tratamientos médicos, especialmente en enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. La red familiar no solo proporciona soporte instrumental, como ayuda en la administración de medicamentos y acompañamiento a citas médicas, sino que también ofrece soporte emocional indispensable para mantener la motivación y la adherencia terapéutica. Por el contrario, la ausencia de este apoyo, evidenciada en pacientes con insuficiencia renal crónica (Izquierdo, 2021), se asocia con mayores tasas de abandono del tratamiento, incrementando riesgos para la salud.

Desde una perspectiva teórica, el concepto de redes de apoyo familiar en la adherencia se basa en modelos de apoyo social que destacan la función protectora de estas redes ante el estrés que implica la enfermedad crónica y el tratamiento prolongado. Dichas redes proporcionan recursos emocionales, educativos, económicos y prácticos que facilitan la adaptación del adulto mayor a sus regímenes terapéuticos, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida y disminución de complicaciones (Zambrano, 2023; Pratiwi et al., 2023). Además, el trabajo social debe considerar estas redes como espacios estratégicos para intervenir, potenciar recursos familiares y apoyar tanto al paciente como a sus cuidadores, reforzando el sistema de apoyo para optimizar los resultados en salud.

Si bien algunos estudios, como el de Bonilla et al. (2018) en Colombia, sugieren que ciertos adultos mayores en situación de abandono institucional no presentan niveles elevados de estrés o ansiedad, esta aparente estabilidad emocional podría explicarse por mecanismos de adaptación psicológica y por el entorno estructurado que ofrecen las instituciones. Sin embargo, esta adaptación no necesariamente implica bienestar integral, ya que puede coexistir con formas de resignación o desvinculación afectiva.

En contraste, Molés et al. (2019) en España evidencian que los adultos mayores que viven solos presentan una mayor vulnerabilidad

emocional, especialmente en relación con la depresión. Esta diferencia pone de relieve el papel fundamental que juegan las redes de apoyo familiar en el bienestar psicológico y en la adherencia a tratamientos médicos. El contacto frecuente con familiares no solo proporciona compañía y afecto, sino que también actúa como un amortiguador frente al estrés, la ansiedad y la sensación de abandono, factores que pueden interferir directamente en el cumplimiento terapéutico.

Desde una mirada psicosocial, la presencia de vínculos familiares sólidos favorece la construcción de un entorno emocionalmente seguro, donde el adulto mayor se siente valorado, escuchado y acompañado. Esta percepción de pertenencia y cuidado puede traducirse en una mayor disposición para seguir indicaciones médicas, asistir a controles, mantener hábitos saludables y comunicar síntomas o malestares oportunamente.

Además, el apoyo familiar puede facilitar la gestión emocional ante el diagnóstico de enfermedades crónicas, reduciendo el impacto psicológico negativo que muchas veces acompaña estos procesos. La familia, al brindar contención y apoyo práctico, ayuda a que el adulto mayor no perciba el tratamiento como una carga individual, sino como un esfuerzo compartido.

Desde un punto de vista Interdisciplinar desde un enfoque interdisciplinario, se puede considerar cómo las dimensiones social, emocional, económica y cultural interactúan para determinar la calidad de vida y la adherencia terapéutica de los adultos mayores.

Con base en estos puntos, la discusión puede integrarse para enfatizar cómo las redes de apoyo no solo influyen en el bienestar físico y psicológico de los adultos mayores, sino que también son determinantes en su capacidad para adherirse a tratamientos y enfrentar desafíos de salud. Se pueden plantear propuestas para mejorar estas redes y destacar la importancia de diseñar políticas públicas inclusivas que consideren el contexto cultural y social.

Conclusiones

La presente revisión sistemática ofrece una visión integral del impacto de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento médico de los adultos mayores en diversos contextos socioculturales. Los estudios revisados demuestran consistentemente que la presencia de vínculos familiares sólidos y funcionales se asocia con mejores niveles de cumplimiento terapéutico, mayor bienestar emocional y reducción de complicaciones en enfermedades crónicas. Por el contrario, la ausencia o debilitamiento de estas redes representa un factor de riesgo significativo para el abandono del tratamiento, el deterioro de la salud física y el aumento de la vulnerabilidad psicosocial.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, se reconoce que la adherencia terapéutica en esta población es el resultado de la interacción entre factores emocionales, económicos, culturales y estructurales. En este contexto, las redes familiares actúan como mediadoras clave entre el adulto mayor y el sistema de salud, facilitando el acceso, la continuidad y la comprensión del tratamiento.

Los hallazgos de esta revisión destacan la necesidad de fortalecer las redes de apoyo familiar a través de estrategias comunitarias, intervenciones psicosociales y políticas públicas inclusivas que reconozcan el papel fundamental de la familia en el cuidado de la salud del adulto mayor. Fomentar entornos familiares funcionales y afectivos no solo mejora la adherencia terapéutica, sino que también contribuye al envejecimiento activo y digno de esta población.

Así mismo, la falta de apoyo social es un obstáculo importante para la adherencia al tratamiento, encontramos que la falta de apoyo social es un obstáculo importante para la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores.

Implicaciones para el trabajo social. La revisión sistemática narrativa sobre las redes de apoyo en la adherencia al tratamiento de los adultos mayores en diversos países destaca la importancia del papel que desempeñan los trabajadores sociales en este ámbito. La evidencia obtenida revela que los trabajadores sociales juegan un rol fundamental en la identificación y fortalecimiento de las redes de apoyo existentes

en la comunidad, como los vínculos familiares y amistosos, que son esenciales para fomentar el cumplimiento de los tratamientos médicos en la población adulta mayor.

Además, se subraya la necesidad de desarrollar programas específicos de apoyo social que promuevan la creación y consolidación de grupos de respaldo y mentoría para impulsar la adherencia terapéutica. En este contexto, el apoyo emocional y práctico es crucial. Los trabajadores sociales pueden ofrecer acompañamiento emocional y asistencia tangible a los adultos mayores y sus familias a través de asesoramiento, orientación y ayuda en las actividades diarias, promoviendo así la autonomía y la independencia del adulto mayor.

La toma de decisiones informadas y la participación activa del adulto mayor en la planificación del cuidado son elementos clave para garantizar una atención centrada en sus necesidades reales. La colaboración interdisciplinaria es otro aspecto prioritario, ya que permite a los trabajadores sociales integrarse con profesionales de la salud para brindar una atención integral. La comunicación efectiva con los adultos mayores y sus familias, con información clara y concisa, es esencial para fortalecer el proceso de adherencia al tratamiento.

Finalmente, la labor investigativa y evaluativa es fundamental para comprender profundamente las necesidades y características de las redes de apoyo y evaluar la eficacia de los programas implementados, lo que permite desarrollar estrategias sostenibles y ajustadas a la realidad de los adultos mayores. En resumen, el rol de los trabajadores sociales es crucial para promover la adherencia al tratamiento en adultos mayores, y su contribución se refleja en el fortalecimiento de redes de apoyo, el soporte emocional y práctico, la colaboración profesional y la evaluación constante de las intervenciones, factores que en conjunto mejoran significativamente la calidad de vida y el bienestar de esta población.

Referencias

- Arias, C. J., Sabatini, B., Scolni, M., & Tauler, T. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1.
- Biblioguías. (2020, 10 de diciembre). Definición: ¿qué es una revisión sistemática? Universidad de Navarra. <https://biblioguías.unav.edu/revisionessistematicas/que-es-una-revision-sistematica>
- Bonilla, L. M. B., Espinosa, L. C., & Lugo, R. L. C. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Revista Científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la formación y la Enseñanza de la Psicología* [Internet].
- Castilla, L. V. (2020). Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10882/10322>.
- Dilla, T., Valladares, A., & Martín, J. (2009). Adherencia al tratamiento: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(4), 165-172. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7022018/>^[2]
- Fernández-Silva, C. A., Lopez-Andrade, C. I., & Jara, C. M. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2201-2214. recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2201.pdf>.
- Fusté Bruzain, M., Pérez Inerárit, M., & Paz Enrique, L. E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12.
- Galvis Palacios, L. F., López-Díaz, L., & Velásquez, V. F. (2018). Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. *Index de Enfermería*, 27(3), 170-174.
- García, L. M. R., Arizala, B. A. A., & García, F. J. G. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(5), 268-273.

- Izquierdo Rios, A. S. (2023). Soporte familiar y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica del hospital regional de Lambayeque, 2021.
- Lambiase, S. M., Tolli, M. V., Gonzalez Cuzi, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. Universidad de Congreso. Carrera de Psicología.
- Laqui Quispe, Y. X. (2020). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo 2018.
- Lizcano Cardona, D., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Segura Cardona, A., Agudelo-Cifuentes, M. C., & Muñoz Rodríguez, D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. 2016. CES psicología, 13(2), 144-165.
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería global, 18(55), 58-82.
- Muñoz Acuña, Doraly, Olarte Castro, María Teresa, & Salamanca-Ramos, Emilce. (2021). Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería Global, 20(61), 1-22. Epub 01 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412831>.
- Nieto Poveda, E. C., & Parra Olarte, C. F. (2021). Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes. REDIIIS / Revista De Investigación E Innovación En Salud, 4(4), 10–25. <https://doi.org/10.23850/rediis.v4i4.3324>.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega Cerda, J. J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Medicina Interna de México, 34(3), 346-352. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- Ramírez Pereira, M., Aguilera Morales, R., Salamanca Ferrada, C., Salgado Cuervo, C., San Martín Silva, C., & Segura Díaz, C. (2018).

- Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2), 83-108.
- Sánchez, R. I. G., & Tovar, J. G. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 4(3), 191-198.
- Soria Trujano, R. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 19(1), 157-163.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
- Suarez Acuña, M. C. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial. Micro red de salud Mancos_Áncash, 2022.
- Suárez Cid, L., & Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista información científica*, 98(1), 88-97.
- Suárez, S. J. J., Acuña, D. M., & Hoyos, M. M. P. (2021). Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*.
- Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias para su mejora. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(4), 251-256.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251
- Zambrano, J. F. I., & Torres, Y. A. M. (2023). Rol de la orientación familiar en la adherencia terapéutica de los adultos mayores con diabetes tipo 2. Revisión sistemática narrativa en el contexto latinoamericano: Role of family counseling in the therapeutic adherence of older adults with type 2 diabetes. Narrative systematic review in the Latin American context. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(4), 48. DOI 10.56712

Experiencias vividas de las personas mayores no institucionalizadas ante el COVID-19

Porfiria Calixto Juárez¹

José Aldo Hernández Murúa²

María del Carmen Flores Ramírez³

Resumen

El COVID-19, tanto virus como fenómeno social global, surgió en un escenario de incremento poblacional de adultos mayores. La enfermedad originó cuantiosas infecciones y muertes, siendo principalmente vulnerables las personas mayores que residen en sus viviendas como aquellas que radican en instituciones, debido a los factores de riesgo relacionados a su edad. Objetivo: comprender la experiencia vivida de las personas mayores no institucionalizadas (PMNI) ante COVID-19. Metodología: el estudio se enmarca en un enfoque cualitativo con una perspectiva fenomenológica; participaron cinco adultos mayores residentes de colonias de la periferia sur de Cd. Victoria, Tamaulipas, México, la muestra fue por conveniencia y se aplicó una entrevista en profundidad; la información se analizó de acuerdo con Bassi. Resultados: el análisis destaca categorías como: sentimientos negativos ante el COVID-19, redes de apoyo, remedios y medicamentos, pérdidas ante el COVID-19 y la resiliencia del grupo poblacional. Además, es pertinente y necesario visualizar a las personas mayores no solamente como un grupo etario frágil, sino como un ser humano que tiene un gran conjunto de experiencias y conocimientos que ha adquirido a lo largo de su vida, las cuales, puede transmitir a otros grupos poblacionales y ser útil a su familia y a la sociedad. Conclusión: las PMNI vivieron experiencias significativas ante COVID-19, porque presentaron temor, tristeza e incertidumbre, pero, tuvieron la capacidad de resiliencia para adaptarse y continuar con su vida como triunfadoras y guerreras.

¹ Universidad Autónoma de Tamaulipas

² Universidad Autónoma de Sinaloa

³ Universidad Autónoma de Coahuila

Introducción

Durante el escenario del COVID-19, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideró a las personas mayores de 60 años como grupo etario vulnerable, debido a que fueron los más expuestos a una etapa más severa del padecimiento. Del mismo modo, Callís et al., (2020); Cataldi, (2020); Gallegos et al., (2020), mencionaron que dicha población fue estimada principal grupo de riesgo ante contagio de COVID-19. Por su parte, la Secretaría de Salud (2020) en México, refirió un mayor índice de mortalidad en el grupo poblacional que osciló entre 60 a 74 años.

Respecto a las personas mayores no institucionalizadas (PMNI), su vida cotidiana dio un giro de 380 grados; fue un cambio significativo porque antes de la pandemia, salían a la calle, llevaban a cabo actividades al aire libre con familiares o amigos. Sin embargo, ante las medidas implementadas, ya no hicieron lo mismo y en algunos casos se volvieron dependientes de terceras personas.

En tal sentido, la pandemia configuró condiciones de vida económicas inadecuadas derivadas del confinamiento y limitaciones de movilidad en la mayoría de los hogares del mundo (Nicola et al., 2020). Las personas vivieron experiencias significativas ante el escenario mortal de COVID-19, porque perdieron seres queridos y amigos, de los cuales, no se pudieron despedir por las medidas implementadas, por ejemplo, en varios países, incluido México no se llevaron a cabo los rituales acostumbrados.

Sumando a lo anterior, se informó a las personas, en general, mediante medios de comunicación masiva sobre el aislamiento y distanciamiento social de manera emergente para evitar contagios y, por ende, la muerte por el COVID-19, enfatizando dichas medidas en las personas adultas mayores.

Por otro lado, se propagó gran cantidad de información mediante otros medios y que en ocasiones no era verídica (OPS, 2020), aumentando en este grupo poblacional el riesgo de sentimientos negativos como la preocupación, soledad, tristeza y temor de

contagiarse, además, su tranquilidad se vio afectada y, en consecuencia, se deterioró su salud física y emocional (Lucas-Zambrano et al., 2021).

Por otra parte, existen una gran cantidad de indagaciones relacionadas con el grupo etario abordado, temas vinculados con el COVID-19, acceso a servicios sanitarios, confinamiento. Sin embargo, se considera necesario centrarse en un paradigma cualitativo con la finalidad de comprender la experiencia vivida de las personas mayores ante un escenario mortal de pandemia. No obstante, frente a ciertos vacíos respecto a las experiencias vividas, es necesario comprender la experiencia que ha vivido el adulto mayor ante COVID-19 (Hernández et al., 2022).

Metodología y Procedimiento

El estudio se enmarcó en un enfoque cualitativo, de acuerdo con Simel (2002), cualquier explicación causal provee una comprensión de las cosas; sin embargo, la comprensión cuenta también con una resonancia psicológica, la cual la explicación no tiene; por lo tanto, la comprensión es una forma de empatía de la mente del estudioso hacia la atmósfera espiritual, inclinaciones, sentimientos y porqués de sus objetos de estudio. Al respecto, el enfoque cualitativo fenomenológico consiente la comprensión del actuar, del pensar y emociones de los seres humanos mediante la reflexión de sus experiencias (Manen, 2003).

En esta línea, Barbera e Inciarte (2012), aseveran que la tradición de la teoría fenomenológica es epistemológica, enfatizando en el regreso a la intuición reflexiva para describir la experiencia vivida tal y como se constituye en la conciencia. Es indagar de manera constante, implica considerar la dimensión epistemológica y presentar un compromiso con la descripción y clarificación de la estructura fundamental del mundo vivido, de la experiencia consciente (Mendoza de Carmona, 2019).

La investigación se enmarcó en un enfoque exploratorio, diseño no experimental. El muestreo fue por conveniencia (Flick, 2007) y participaron cinco PMNI. Al respecto, Creswell (2003), refiere que en los estudios cualitativos los intervalos de las muestras varían de uno a 50 casos. Para la recogida de información, se utilizaron técnicas como: la

entrevista en profundidad (Ruiz e Ispizua, 1989), visita domiciliaria y la observación.

El instrumento con el que se obtuvo la información fue una guía de entrevista conformada por cuatro preguntas (validado por expertos)¹, sentimientos, experiencias y estrategias ante COVID-19. Con ello, se recuperaron las experiencias, se identificaron tendencias y códigos que surgieron.

Cabe destacar que los participantes en el estudio anteriormente han participado con el equipo de trabajo de investigación. Se tomaron en cuenta criterios de inclusión como: ser persona adulta mayor de 60 años, que habitaran en la colonia ampliación Echeverría, ubicada en la periferia sur de Cd. Victoria, Tamaulipas, México, que presentaran una salud mental adecuada (determinado por el conocimiento que se tiene en dicha población) y que firmaran el consentimiento informado.

El análisis se llevó a cabo con apoyo del programa ATLAS.TI Se transcribieron entrevistas y preparó el material (Bassi, 2014), se crearon categorías (Strauss y Corbin, 2002), también, se identificaron temas, subtemas, vivencias, y significados de las PMNI participantes. Se asignaron códigos (tabla 1), comentarios, memos, se agruparon y crearon redes.

Consideraciones éticas

Por otra parte, en este estudio se contemplaron cuestiones éticas que guiaron al investigador a realizar el trabajo de campo de forma humanista y con respeto frente a lo complejo del objeto de estudio. La investigación se llevó a cabo en Cd. Victoria, Tamaulipas, México y participaron PMNI. Las cuales, no se encuentran en una institución de salud, pero, se tomó en cuenta el artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (2014), que refiere que cuando una persona participa en una investigación, debe

¹ En un primer momento, se elaboró una guía de entrevista con base en las categorías planteadas en el estudio. Enseguida, se pidió a dos expertos (en los temas de calidad de vida y salud mental) su apoyo para validar el instrumento. Los expertos revisaron y realizaron observaciones, las cuales se atendieron. Finalmente, fue aprobada la guía referida.

predominar respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

Retomando el reglamento mencionado, la fracción V del artículo 14 estipula que se debe contar con el consentimiento informado de los participantes en una investigación. En tal sentido, se debe entregar un escrito que brinde información concreta sobre la investigación en curso, pero, debe ser un lenguaje sencillo que se pueda entender (Restrepo, 2016).

Por otro lado, el estudio se reservó la privacidad de las personas participantes (Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2014). Por lo anterior, se elaboró un consentimiento informado breve, claro y entendible para las PMNI.

Asimismo, el artículo tres, en su fracción I, comprende diversas acciones que coadyuvan al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en las personas. En este sentido, al trabajar con PMNI es necesario mediante la investigación obtener información respecto a las vivencias durante la pandemia por COVID-19.

En este caso, se obtuvo información sobre sus experiencias vividas respecto a los sentimientos negativos, redes de apoyo, remedios y medicamentos, las pérdidas ante el COVID-19 y la resiliencia del grupo poblacional mencionado. Además, con base en el artículo cuatro del mismo reglamento, se pretende que esta indagación sea referente e impulso para desarrollar futuras investigaciones en los contextos mencionados. Por otra parte, el investigador se debe ganar la confianza de los sujetos de estudio, para ello debe tener una actitud prudente y serena. De este modo, establecerá relaciones significativas (Restrepo, 2016). No ser un intruso extraño que intimida sin consentimiento alguno y que solo le interesa obtener información de cualquier manera.

En concordancia, es importante tomar en cuenta el tiempo de las personas, no ser indiferente a las situaciones que se observen (Restrepo, 2016). Significa no ser inhumano, al contrario, ser sensible a las problemáticas o situaciones que presente y experimente cada una de las personas, coadyuvar y brindar el apoyo necesario.

Se enfatiza el trato digno y respeto a las personas adultas mayores, procurando la protección a sus derechos y bienestar. Criterios mencionados del artículo 13 al 27 en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (2014).

Sumando a lo anterior, el presente estudio se llevó a cabo bajo principios estipulados en el capítulo 3 del Código de ética profesional de la Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México (2019), como: la honestidad, el respeto a la dignidad de los seres humanos, el respeto a la confidencialidad, además de un tratar a los seres humanos como un todo general y ecológico.

Bajo dichos principios, en el proceso de indagación se respetó en todo momento la dignidad de las PMNI, protegiendo sus nombres mediante el principio de la confidencialidad.

Resultados y Discusión

El incremento demográfico de la población de personas mayores de 60 años es un desafío importante que enfrenta la sociedad, familia, academia y gobierno. Ante tal escenario, las demandas de dicho grupo etario brindan apertura de indagar conocimiento sobre el objeto de estudio de la salud mental y calidad de vida de las PMNI. Grupo heterogéneo, porque cada persona adulta mayor es diferente. En este sentido, la realidad social debe ser la misma que determine esa diferencia, principalmente a partir de las variables: sexo, edad, estado civil y nivel educativo (López, 2005).

Se retoma lo anterior porque las características que se evidencian en este estudio no difieren mucho de la realidad tamaulipeca, específicamente de la población de Ciudad Victoria. En cuanto a las personas adultas mayores, en Tamaulipas residen 426,227 (53.5% mujeres y 46.5% hombres), representando un 12.1% de la población total del estado (INEGI, 2020).

Tomando de referencia dichas estadísticas que evidencian que la población femenina es mayor, en este estudio predominó la presencia de mujeres. En relación, los resultados de Callís et al., (2021) y Herrera

et al., (2021), también reportaron una mayoría de mujeres participantes en sus indagaciones.

En cuanto a la edad, se les llama viejos-jóvenes a las personas de 60 a 74 años, viejos-viejos a los de 75 a 84, viejos-longevos a los de 85 a 99 y centenarios a los que tienen 100 años o más (Mendoza-Núñez, s. f.). Partiendo de dicha clasificación y con base en los resultados, se evidencia la presencia de dos grupos en este estudio; los viejos-jóvenes que inician la etapa de la vejez (60-74 años) y viejos-longevos. las PMNI no acudieron a la preparatoria ni a la universidad, solamente cursaron la educación básica.

Con relación a las enfermedades que presentan los participantes de este estudio, se destaca la hipertensión y diabetes. En concordancia con resultados de Sotomayor-Preciado et al., (2021) y Fontes et al., (2020). En adición, dichas enfermedades son padecimientos de base que presenta dicho grupo poblacional (Bonanad et al., 2020). Por otra parte, es importante resaltar que las PMNI que participaron en este estudio no se contagiaron de COVID-19.

Al realizar el análisis, se identificaron códigos que se agruparon en cinco categorías. Siendo los hallazgos más significativos las redes de apoyo y la resiliencia (tabla 1).

Tabla 1.

Libro de categorías

| Categoría | Testimonios |
|--|---|
| Sentimientos negativos: emociones que presentaron los participantes al estar inmersos en un escenario complejo y mortal del COVID-19 | Los sentimientos fueron: miedo, incertidumbre, tristeza y ansiedad ante lo desconocido y el dolor de perder a familiares, amigos o vecinos. “sí me afecto muchísimo...me dejó una huella... mmm por las personas que perdí ...de mis amistades” (PMNI-1). “pues si sentí temor.... sentí temor...claro que sí...” (PMNI-3). |

| Categoría | Testimonios |
|--|--|
| <p>Redes de apoyo: el estudio resaltó que las PMNI contaban con apoyo significativo para afrontar al COVID-19.</p> | <p>Las PMNI a pesar de estar en inmersas en un escenario de COVID-19, se sentían con tranquilidad al comunicarse con sus familiares sobre lo que pasaba, les brindaron apoyo económico, alimentos, atención médica, realizaron sus compras respecto a lo que necesitaban para que el adulto mayor no saliera de casa y con ello, evitar el contagio. Los vecinos también fueron redes de apoyo para los participantes. Con dichos apoyos, los adultos mayores se sintieron acompañados y disminuyeron un poco los sentimientos negativos.</p> <p>“era mucha tristeza al escuchar cuantos muertos se iban sumando cada día y cada día... en las noticias que en china que ya van dos, que acá, que ayayay...pero al platicar con alguien de la familia, me sentía un poco mejor” (PMNI-2).</p> <p>Sin embargo, se encontraba la otra parte, donde depender de la familia causó molestia y conflictos familiares.</p> <p>“me afectaban más la conducta de mis hijas, que eran muy exageradas...” (PMNI-5).</p> |
| <p>Remedios y medicamentos: el conocimiento vivido respecto a la medicina natural.</p> | <p>La combinación que llevaban a cabo al presentar los primeros síntomas de COVID-19 como tos o dolor de garganta.</p> <p>“aaay pero yo con remedios, con pastillas, con jarabes, con todo me los quité”</p> |

| Categoría | Testimonios |
|---|--|
| Pérdidas ante el COVID-19: ante la pandemia, se presentaron muertes de personas queridas. | <p>Los participantes vivieron situaciones complejas con sentimientos de ira, tristeza y frustración al no poder despedirse de su ser querido y llevar a cabo el ritual acostumbrado ante la muerte por las medidas implementadas. Además, en algunos casos, se perdió la autonomía porque no podían decidir por sí mismos.</p> <p>“sí me afecto muchísimo...me dejó una huella... mmm por las personas que perdí ...de mis amistades” (PMNI-4).</p> <p>Sin embargo, saben que la muerte está próxima en la fase de vida en la que se encuentran.</p> <p>“ya viví muchos años y la muerte es una amiga que le viene a uno a quitar los sufrimientos...” (PMNI-3).</p> |
| Resiliencia: la capacidad de resiliencia que presentaron algunos participantes fue asombrosa. | <p>Debido a la experiencia adquirida en las fases anteriores de su vida, las PMNI cuentan con la capacidad de afrontamiento y adaptación a situaciones complejas como el COVID-19.</p> <p>“sobrevivimos... somos triunfadores ...”</p> |

Nota. La tabla muestra los códigos y fragmentos de las experiencias recuperadas.

Dentro de la categoría *sentimientos negativos*, se observó que los participantes en este estudio expresaron miedo, incertidumbre, tristeza y ansiedad ante COVID-19. Coincidiendo con resultados de Greenwood-Hickman et al., (2021), quienes evidenciaron mal humor, ansiedad, altos niveles de estrés, miedo y/o enojo en las personas adultas mayores participantes de su estudio.

Esta incertidumbre atrajo al escenario sanitario tensiones y posibilidades de la salud mental como un componente sustantivo para

la vida del ser humano, la calidad de vida y todos los sistemas de salud (Álvarez y Toro, 2021). Sumando a lo anterior, las PMNI mencionaron una profunda tristeza por las personas queridas que perdieron por COVID-19.

En cuanto a la categoría “redes de apoyo”, es importante mencionar que fueron muy importantes para las PMNI ante COVID-19; aunque este cuidado era para su bien y que no se contagiaran de COVID-19. Una de las entrevistadas refiere “me afectaba más la conducta de mis hijas, que eran muy exageradas”. En concordancia, las medidas establecidas aminoraron contagios, pero se originó un contexto de vida nuevo, caracterizado por alteración de dinámicas familiares y sociales generando efectos psicológicos significativos (Gonzales-Soto, 2021). Estas medidas ocasionaron que la familia conviviera 24 horas los siete días de la semana (Brooks et al., 2020). En este caso, para la PMNI entrevistada, la conducta de sus hijos al cuidarla no le permitía hacer lo que quería.

En este sentido, las redes de apoyo fundamentales para las personas adultas mayores se constituyen principalmente por las amistades y la familia. Como señalan Herrera et al. (2021), el núcleo familiar en particular desempeña un papel crucial como soporte para su bienestar. Este hallazgo concuerda con lo reportado en el estudio de Quiroga-Sanzana et al., (2022), quienes destacan el vínculo familiar por encima de otras redes de apoyo como los vecinos y las amistades.

En cuanto a la categoría *remedios y medicamentos*, al presentarse síntomas del virus como tos y dolor de garganta en una de las entrevistadas, mencionó que se medicó, sin embargo, también utilizó remedios para aminorar o eliminar los síntomas expresando lo siguiente: “pero, yo con remedios, con jarabes, con todo eso me las quité”. Dejando entrever con estas acciones que, aún siguen arraigados diversos remedios de nuestros antepasados como la miel con limón, té de eucalipto, té de buganvilia, tequila con limón, entre otros. Los cuales sirven para aliviar las sintomatologías de la tos, así como el dolor de garganta.

En la categoría *pérdidas ante el COVID-19*, se destaca que dicho virus ha sido una pandemia mortal que dañó nuestras vidas de manera impresionante, que ya nada será igual, quedará en la memoria los sucesos de muerte, contagios, medidas sanitarias; quedará un dolor en el alma que ningún medicamento o remedio quitará debido al cambio drástico de la vida en cada ser humano frente al escenario del COVID-19, pero, sobre todo, por la pérdida de seres queridos.

Viviendo con dichas pérdidas, experiencias significativas ante la muerte. La cual, causa incertidumbre para los familiares de los individuos que han fallecido, pero, sobre todo, ante la capacidad de seguir afrontando la vida sin la persona que pereció (Salazar, 2018). Porque ya nada volverá a ser como antes del COVID-19.

En relación, la participante entrevistada uno refiere: “ya no están...fue lo más triste”. Sumando a ello, quienes perdieron un ser querido por COVID-19, no se pudieron despedir porque no se llevó a cabo el ritual de muerte acostumbrado en nuestro país. Dicho ritual ayuda a despedirse de los que se quedan llevan a cabo acciones como; poner una foto para prender una vela, despedirse en silencio o voz alta, expresando el cariño y experiencias que dejó esa relación (Ceberio, 2021), viviendo con ello, un proceso de duelo inconcluso.

En este sentido, las personas que perdieron un ser querido durante COVID-19, viven un proceso de duelo complejo e inacabado (Bermejo et al., 2016). En concordancia, una de las entrevistadas refiere “me dejó una huella...mmm por las personas que perdí”. En adición, otra de las participantes señala: “se me fueron tantas amistades, vecinos que los quería mucho y que crecimos como hermanos”.

Por lo anterior, ante dicho dolor tan grande, las PM seguirán su vida, su rutina diaria y deben adaptarse a vivir sin esa persona que perdió, aunque ese dolor se quede en el alma. En concordancia, la pérdida de un ser querido involucra siempre un periodo posterior de adaptación (Bermejo et al., 2016). Coincidiendo con lo que mencionó una de las participantes: “poco a poco me fui tranquilizando y pues me adapté a vivir encerrada y con pandemia”.

Por último, en la categoría *resiliencia*, se considera que la experiencia adquirida con el paso del tiempo y enfrentar situaciones complejas, les ha servido para contar con una capacidad resiliente impresionante. En este sentido, Osorio-Parraguez et al., (2021), refieren que las PM tienen diversas fortalezas y capacidad de agencia que con su experiencia biográfica han adquirido, permitiendo hacer frente a la crisis sanitaria desde su postura como personas vulnerables y de gran riesgo.

Al respecto, la voz de la participante se escucha con orgullo y segura de sí misma al decir “yo soy bien guerrera”. Destacando con ello, el papel de la resiliencia como un factor protector frente a los procesos de duelo, reflexionando además sobre cómo la intervención en el duelo parece potenciar la resiliencia (Fernández-Fernández y Gómez-Díaz, 2022).

Por lo mencionado, es pertinente y necesario visualizar a las personas adultas mayores no solamente como un grupo etario frágil, sino como un ser humano que tiene un conjunto de experiencias y conocimientos que ha adquirido a lo largo de su vida, las cuales, puede transmitir a otros grupos poblacionales, además, aún puede ser útil a su familia y a la sociedad.

Por lo anterior, las PMNI vivieron experiencias significativas ante COVID-19, porque presentaron temor, tristeza e incertidumbre, pero, tuvieron la capacidad de resiliencia para adaptarse y continuar con su vida como triunfadoras y guerreras como lo señaló una de las participantes.

Una de las PMNI mencionó que la experiencia la capitalizó para aconsejar a cada uno de sus familiares. Mientras que una PMI refiere “ha sido una experiencia muy fea por el miedo a lo desconocido”.

Conclusión

El estudio mostró que uno de los pilares más significativos de las personas mayores en momentos complejos como el COVID-19, fue la familia. Considerando que, en esta fase de la vida, es necesario contar con una salud mental adecuada mediante el contacto humano y

emocional con los seres queridos que lo rodean. Por lo indicado, se abren nuevas posibilidades a la comprensión e implicancias de las redes sociales, especialmente de los apoyos que se pueden conceder a las PM en contextos diversos y complejos como el COVID-19.

Por otro lado, y de acuerdo con la experiencia vivida, el proceso de duelo inacabado ante la pérdida de un ser querido por el COVID-19 y no despedirse les ha dejado una huella en el alma. Sin embargo, la vida sigue y deben continuar. En adición, las personas mayores son seres biopsicosociales inmersas en un contexto determinado, que, por las características propias de la edad, su capacidad física y psicológica se deteriora gradualmente, presentando un estado de vulnerabilidad y fragilidad alterando su entorno, su salud mental y, por ende, su calidad de vida.

Cabe destacar que, los aportes de las personas adultas mayores participantes son valiosos y significativos porque fueron vividos en primera persona y porque han servido para comprender lo que cada una de ellas vivió.

Ante lo planteado, son necesarias futuras líneas de investigación respecto a la experiencia de las PMNI, pero también de las personas mayores institucionalizadas (PMI) con la finalidad de recuperar sentimientos negativos a profundidad desde dos contextos desiguales, pero que estuvieron inmersos en un mismo escenario mortal de COVID-19.

Por otra parte, uno de los desafíos ante situaciones como la vivida, es la salud mental y la calidad de vida de las personas mayores pero también del cuidador primario, que dicha población sea el centro de atención como sucede en otros países.

Sin embargo, este reto puede ser parte de una estrategia sobre la implementación de políticas sociales o públicas con una visión más extensa e integral a beneficio de las personas mencionadas. Porque en un futuro, el envejecimiento y todo lo que implica esta fase de la vida no será un escenario nada alentador.

Referencias

- Álvarez, P. C. y Toro, B. J. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental: revisión de la literatura. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30(1), 21-29. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1180>
- Barbera, N. e Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Revista Multiciencias* 12(2), 199-205.
- Bassi, F. J. (2014). Cualí/Cuanti: La distinción paleozoica [113 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15(2), s. p.
- Bermejo, J. C., Villaceros, M. y Fernandez-Quijano, I. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129-142. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.15965>
- Bonnad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Sanchis, F. J., Vidán-Austiz, M., Formiga, F., Ariza-Solé, A. & Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Revista Española de Cardiología* 73(7), 569-576. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet (London, England)*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Callís, F. S., Guarton, O. O., Cruz, S. V. De Armas, F. A., Negret, D. J. y Moraguez, R. D. (2021). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19*. [Presentación de ponencia]. *Segundo Congreso virtual de Ciencias Básicas Biomédicas, Granma Manzanillo*. <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (02 de abril del 2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cataldi, M. (2020). El aislamiento social en las personas mayores institucionalizadas en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19. *Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (97), 1-6.
- Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: la muerte en soledad aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 19(2), 248-268.

- Creswell, J. W. (2003). *Diseño de investigación. Enfoques cualitativos, cuantitativos y métodos mixtos* 2ª edición. Sage, Publications Inc. <https://pdfcoffee.com/creswell-1-2-pdf-free.html>
- Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México (2019). *Código de Ética Profesional de la Federación Nacional de Colegios de Trabajo Social en México*. <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/07/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-Federaci%C3%B3n-TSMX-.pdf>
- Fernández-Fernández, J. A., y Gómez-Díaz, M. (2022). Resiliencia y duelo ante la pérdida de un ser querido: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.27762>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. MORATA (2ª edición). <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/103/2013/03/INVESTIGACIONCUALITATIVAFLICK.pdf>
- Fontes, W., Alves, J. J., Carvalho D. C., Gleidiston, L. C. & Vieira, G. M. (2020). Impacts of the SARS-CoV-2 Pandemic on the Mental Health of the Elderly. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00841>
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S. S., Mazo-Zea, R., Ortiz, T. B., Penagos-Corzo, J., Portillo, N., Torres, F. I., Urzúa, A., Morgan, C. M., Polanco, F., Flórez, A. y López, M. R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1304.
- González-Soto, C. E., Agüero-Grande, J. A., Mazatán-Ochoa, C.I. y Guerrero-Castañeda, R.F. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID-19-nueva normalidad. *Cogitare Enferm*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463>
- Greenwood-Hickman, M. A., Dahlquist, J., Cooper, J., Holden, E., McClure, J.B., Mettert, K. D. Perry, S. R. y Rosenberg, D. E. (2021). “They’re going to zoom it”: A qualitative investigation of impacts and coping strategies during the COVID-19 pandemic among older adults. *Frontiers in public health*, 9, 679976. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679976>
- Hernández A, Mejías D, Vázquez M, Reyes C, Rivera T. (2022). Experiencias de vida de personas con Covid-19 durante el periodo de cuarentena. *Index de Enfermería*, 31 (3), 180-184. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20224932>.
- Herrera, P. M., Elgueta, R. R., Fernández, L. M., Giacomani, H. C., Leal, V. D., Rubio, A. M. Marshall, D. P. y Bustamante, P. F. (2021). *Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19*.

- Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de Chile. https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). *Número de habitantes*. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tam/poblacion/default.aspx?tema>
- López D, J. (2005). Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen. En S. Pinazo Hernandis y M. Sánchez Martínez (Dirs.). *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. Pearson Prentice Hall.
- Lucas-Zambrano, I., Buitrón-Alvarez, V., Sánchez, Sánchez, E. y Castellar-Rivas, W. (2021). Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo. *Polo del Conocimiento*, 6(9), 1458-1470. DOI: 10.23857/pc.v6i9.3122
- Manen, M. (2003). *Investigación Educativa y experiencia vivida*. Idea Educación (España).
- Mendoza de Carmona, Y. (2019). Fenomenología y hermenéutica: perspectivas epistemológicas para producción interpretativa-comprensiva de conocimiento gerencial. *Sapienza Organizacional* 6(12), 76-107.
- Mendoza-Núñez (s. f.). V. M. Envejecimiento. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/148/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Losifidis, C., Agha, M. y Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of surgery*, 78, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19*. OMS. <https://www.bit.ly/46SFQP6>.
- Osorio-Parraguez, P. Jorquera, P. y Araya, T. M. (2021). Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Horizontes Antropológicos*, 27(59), 227-243. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100012>
- Quiroga-Sanzana, C. E., Parra-Monje, G. R., Moyano-Sepúlveda, C. J. y Díaz-Bravo, M. A. (2022). Percepción de apoyo social y calidad de vida: la visión de personas mayores chilenas en el contexto de pandemia durante el 2020. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social* 33, 57-74. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11544>
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión Editores <https://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>

- Ruiz, J. y Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=225435>
- Salazar P. L. E. (2018). *La resiliencia como herramienta de afrontamiento, dentro del proceso de duelo*. (Tesis de grado, Universidad Nacional, Abierta y a Distancia). <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/21037/63456308.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Secretaría de Salud (2020). *Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19*. <https://www.bit.ly/46SFSGI>.
- Simel, G. (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Editorial Gedisa.
- Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., Rodríguez-Sotomayor, J. y Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380.
- Strauss, A.; Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Contus.

Intervención del trabajo social en la salud mental del adulto mayor: estudio de caso

Nicole Magniales López¹

Maria Eugenia López Caamal¹

Roxana del Carmen Vargas Pacheco¹

Resumen

La intervención de Trabajo Social en la salud mental de las Personas Adultas Mayores es pertinente, relevante y significativa. Además, es un tema con poca visibilidad en la sociedad, con repercusiones en el aspecto social, emocional, familiar y psicológico del grupo de riesgo como son los adultos mayores, quienes, por su edad, su salud mental se ve afectada, así como diversos aspectos personales a lo largo de sus vidas. La intervención del Trabajador Social se sustenta en evaluar e integrar un diagnóstico social como parte de la atención personalizada, que guíe las acciones que promuevan el bienestar de este grupo etario. El objetivo de la presente investigación se centró en identificar los factores sociales y emocionales que afectan al adulto mayor que recibe los servicios del Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), a través de un estudio de caso. La metodología retoma el enfoque descriptivo, con aplicabilidad del método de trabajo social individualizado, las técnicas empleadas fueron historia social, entrevistas semiestructuradas, diagrama de Ishikawa y gráfica de Pareto. Los resultados rescatan que el adulto mayor reportó violencia y desintegración familiar, con repercusiones socio emocionales y psicológicas desfavorables como la depresión. Además, se evidenció que la canalización psicológica, la inclusión en talleres y promoción de la participación social, generaron respuestas positivas en la salud mental y emocional del adulto mayor participante, que presentó un incremento en su autonomía y toma de decisiones, fortaleciendo su autoestima e interacción con el entorno.

¹ Escuela de Trabajo Social, Instituto Campechano.

Introducción

El presente artículo plantea la importancia del trabajo social en el área de asistencia social en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), con respecto a la salud mental durante la intervención mediante el método de trabajo social individualizado. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), contextualiza que la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno.

La salud mental es una condición relevante en el bienestar de las personas, ya que permite tener una estabilidad personal como social. Las condiciones desfavorables en la salud mental afectan en todos los ámbitos, desde el individual, familiar, hasta las relaciones en el ámbito laboral, con repercusiones negativas que desencadenan crisis que afectan el estado de la calidad de vida de las personas.

El tema de la salud mental y sus riesgos es una problemática de bienestar social y de salud a nivel mundial que afecta a la población y representa en la actualidad uno de los grandes desafíos en el área de salud, por sus implicaciones en el ámbito personal, familiar, social y mental de quienes se relacionan con las personas con riesgos en su salud mental. En ese sentido, el trabajo social tiene una injerencia relevante, dado que su objetivo de intervención es contribuir al bienestar social de las personas, extendido el bienestar social al campo familiar, psicológico, laboral y recreativo, para la promoción de una calidad de vida sana y equilibrada.

Las acciones enfocadas a la salud mental tienen una complejidad en su implementación debido a los diversos factores que convergen en ella, en el caso de los adultos mayores aún más, por la dependencia social y física de muchos de ellos, por lo que la una acción sustancial en la atención de la salud mental en este grupo etario es la sensibilización de la atención de ella, de manera oportuna mediante la promoción de la salud para ir construyendo aspectos favorables en los escenarios socioculturales y de ideología social.

La presente investigación contribuye a visibilizar la importancia de la salud mental en los adultos mayores, así como la intervención de trabajo social como profesión gestora de procesos de promoción de la salud mental de los adultos mayores.

Contextualización

De acuerdo con la OMS (2022), una de cada ocho personas en el mundo comenzó a padecer trastornos mentales a causa de la pandemia del Covid-19; es decir, un equivalente de 970 millones de personas fue afectadas entre ellas los adultos mayores, grupo considerado como vulnerable en diversos aspectos.

Algunas de las características de las personas que padecen algún tipo de trastorno son los cambios en la alimentación, en los horarios de sueño, la incapacidad para afrontar los problemas, o actividades de la vida diaria, la sensación de desconexión o retiro de las actividades normales, los pensamientos inusuales o "mágicos", la ansiedad excesiva, sentimientos de tristeza, depresión o apatía prolongadas, pensamientos o declaraciones sobre suicidio o daño a otros, abuso de sustancias, los cambios extremos de humor, la ira excesiva u hostilidad (Mayo Clinic, 2021, citado en González Mateo, 2024).

Cabe destacar que, un aproximado al 14% de la población de adultos de 60 años o más presentan trastornos mentales (OMS, 2022). Las afecciones de salud mental más frecuentes en los adultos mayores es la depresión y ansiedad. En concordancia, las estimaciones mundiales de salud (GHE) en 2019 muestran que, a nivel mundial, alrededor de una cuarta parte la tasa de mortalidad por suicidio (equivalente al 27.2%) se producen de 60 años o más. Sin embargo, las afecciones de salud mental en las personas adultas mayores suelen tomarse sin suma importancia y son menos tratadas.

En México, ciertos estudios expresan que, en los adultos mayores de 60 o más y que padecieron COVID-19, se logró identificar una prevalencia de casos de depresión, debido a que se evidenció un aumento considerable que alcanzó el 35.5% de 2018 al 2021 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023). Al igual que en el resto del país y el mundo, en Campeche predominan problemas de

Salud Pública como la depresión, la ansiedad y problemas por consumo de sustancias con efectos tan devastadores como la conducta suicida que coloca al estado en el tercer lugar a nivel de península en la incidencia de suicidio (Hospital Psiquiátrico de Campeche, 2023).

En esta línea, Zambrano y Estrada (2020), señalan que existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales con impacto más o menos prominente en la salud mental de las personas adultas mayores. Algunos factores de riesgo determinantes para la salud mental pueden ser arraigados no sólo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores.

Otro factor de riesgo detonante que se observa en la vida actual de los adultos mayores es el aislamiento social y la soledad. Esto incluye a los adultos mayores que viven en entornos humanitarios y a los que padecen enfermedades crónicas (como cardiopatías, cáncer o ictus), afecciones neurológicas (demencias) o problemas de abuso de sustancias (OMS, 2024).

En la actualidad, esta problemática aún está presente, es relevante y pertinente; la intervención está enfocada a la promoción de la importancia de la salud mental de los adultos mayores y mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos, lo que constituye un área de intervención, preventivo y asistencial.

Hoy en día existen diversos conceptos sobre el aislamiento social; para este estudio, se puede definir como la falta total o parcial de interacción social entre las personas. Es importante destacar que el aislamiento social y la soledad pueden parecer conceptos similares; sin embargo, la soledad se refiere a la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, entendida como una experiencia subjetiva que genera una sensación de ruptura en la red de relaciones y del mundo interior del individuo (Weiss, 1974, como se citó en González, 2024).

Los profesionales de trabajo social intervienen en un amplio abanico de situaciones y ante diversas necesidades, dependiendo de la conceptualización que adopten (Rodríguez Otero & García Álvarez,

2018). A su vez Carballada (2005, como se citó en Méndez, Wraage y Costa, 2012) señala que es necesario tener presente que “la palabra, la mirada y la escucha conforman hoy una parte clave del desarrollo de ésta” (p. 91). En este sentido, la labor del trabajador social en el ámbito de la salud mental de las personas adultas mayores es significativa, ya que requiere la elaboración de estrategias orientadas a la promoción de la salud mental con el propósito de mejorar su calidad de vida.

En concordancia, Gracia López, A.C., Camacho Pescador, M.C, Rudilla Pinzón, L., et al (2020), menciona que el trabajo social como disciplina se centra en la mejora del bienestar y tiene un papel fundamental en la creación y fortalecimiento de redes de apoyo para las personas mayores.

Al respecto, Carballada (2012), señala que, lo social en cuestiones de intervención puede ser en tres órdenes: la acción interventiva de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de protección social, en otras palabras, la intervención del trabajo social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación, a través del sistema de protección que posee una sociedad. Por su parte, Aroca, Arocas, Cebrián, et. al (2012), refiere que, en los modelos teóricos, existen diversas metodologías o formas de actuación desde un aspecto social (Tabla 1).

Tabla 2

Metodología de intervención en Trabajo Social.

| Modelo | Descripción |
|---|---|
| a) Trabajo social de casos (intervención social con individuos) | Intervenciones orientadas a la prevención, atención, seguimiento y coordinación que se desarrolla con un paciente y/o núcleo familiar. |
| b) Trabajo Social Sistémico (intervención familiar) | Las familias de estas personas tienen unas necesidades específicas, tanto en lo referente a lo emocional como al funcionamiento interno y a |

| Modelo | Descripción |
|---|---|
| | su relación con su contexto social más inmediato. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como sobre el modo de relacionarse con la persona. |
| c) Trabajo Social en Red (intervención comunitaria) | Puede ser la intervención con redes sociales que van desde los propios vecinos hasta ONGs. Se trata de ir desde el individuo hacia el colectivo y desde el colectivo hacia el individuo, de forma que todos los ámbitos interactúen entre sí. |

Nota. Elaboración propia con base en Aroca, Arocas, Cebrián, et. al (2012).

Los tres enfoques referidos en la tabla que antecede pueden ser aplicados por el trabajador social durante un ingreso hospitalario o espacios de atención a los adultos mayores como son las estancias, cetros de convivencia, etc., desarrollando los métodos de intervención del trabajo social y las técnicas e instrumentos para la recogida de información.

Por su parte, Rodríguez (2003), resalta que dicha profesión pretende intervenir en el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente; en donde la intervención se puede definir como la acción que realiza el profesional con el objetivo de introducir cambios en alguna parte del proceso social.

En este sentido, Estrada (2011), relaciona que; las y los trabajadores sociales que intervienen en lo social, no solo buscan construir y promover procesos de intervención; sino también desempeñan un papel relevante como mediador, promotor u orientador.

La intervención de trabajo social con personas adultas mayores se fundamenta en el principio de garantizar que cada individuo tenga la

oportunidad de desarrollar su potencial y acceder a una vida plena y satisfactoria. No obstante, este campo de acción requiere reconocer que la población adulta mayor presenta características heterogéneas que demandan niveles diferenciados de intervención. En este sentido, es necesario considerar variables como el género, la situación socioeconómica, el grado de independencia, las condiciones de salud, así como los contextos socioculturales específicos, puesto que no todas las personas mayores comparten las mismas experiencias ni necesidades de atención (Manzanares Méndez & Rodríguez Montañez, 2003).

El trabajo social por sus objetivos profesionales en la intervención no solo promociona y concientiza a la sociedad en general, sino también tiene un papel multifacético que incluye la intervención directa o personalizada desde un enfoque integral abordando los factores sociales, económicos y culturales mediante la metodología de trabajo social individualizada, que establece las etapas sucesivas y sistemáticas que guían las acciones en el proceso de atención de las personas como son las adultas mayores (Tabla 2).

Tabla 3

Metodología de Trabajo Social individualizada

| Método | Técnicas | Instrumentos |
|--------------------------|---|---|
| Investigación | Entrevista, observación, visita domiciliaria, fuentes indirectas. | Informe, diarios de campo, guías de entrevista, documentos oficiales. |
| Diagnóstico y Pronóstico | Análisis, interpretación y síntesis. | Expediente |
| Plan (de acción) | Programación, capacitación e implementación de recursos. | Programa de trabajo, cronograma |
| Tratamiento | Capacitación, canalización, control, | Documentos de control, supervisión y |

| Método | Técnicas | Instrumentos |
|---------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| | supervisión, evaluación. | criterios de evaluación |
| Evaluación | Verificación, seguimiento, relato. | Anotaciones, fichas de control. |

Nota. Elaboración propia con base en Meave (1993).

Método

El estudio se llevó a cabo durante el período de septiembre de 2024 a enero de 2025, bajo el paradigma del método de trabajo social individualizado (estudio de caso). Se intervino en el proceso de atención de un adulto mayor de sexo femenino. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas y se emplearon instrumentos y técnicas como la guía de entrevista, el familiograma, el croquis, la observación, el rapport y la escucha activa.

El diagnóstico social se elaboró con la información obtenida a través de las entrevistas y el uso de herramientas como la cédula socioeconómica, la espina de pescado, la gráfica de Pareto y el cuadro diagnóstico-pronóstico. así como también el análisis y la síntesis. Durante la fase de planeación, se diseñó un plan de acción y un cronograma de actividades que se estableció en conjunto con el sujeto de caso.

En la fase de ejecución, se trabajó en conjunto con el equipo multidisciplinario de la institución, se gestionó la intervención de un gerontólogo para el diagnóstico y tratamiento, así como la intervención institucional correspondiente. Además, se llevó a cabo el proceso de intervención desde el rol de estudiante, aplicando los principios éticos del Trabajo Social.

Tabla 4*Estrategias de Trabajo Social en la intervención con el adulto mayor*

| Estrategia | Cuándo | Dónde | Quién | Indicador |
|--|----------------|----------------------|-------------------|---|
| Canalización a psicología | Cada sesión | Psicólogo particular | Doctor | Citas programadas = 3 Citas realizadas = 3 |
| Inclusión a los talleres | Todos los días | INAPAM | Trabajador Social | Sesiones programadas = 20 Sesiones realizadas = 20 |
| Motivación para interactuar con los demás | Todos los días | INAPAM | Trabajador Social | Sesiones programadas = 20 Sesiones realizadas = 20 |
| Activaciones cognitivas | Cada sesión | INAPAM | Trabajador Social | Sesiones programadas = 3 Sesiones realizadas = 3 |
| Fomentar la participación en actividades de la institución | Todos los días | INAPAM | Trabajador Social | Sesiones programadas = 10 Sesiones realizadas = 9 |

Nota. Elaboración propia (2024).

Resultados

Durante el periodo de septiembre 2024 a enero 2025, mediante la profesión de Trabajo Social, se llevó a cabo la intervención relacionada con la salud mental en el caso de la fémina adulta mayor en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), ubicada en de la ciudad de San Francisco de Campeche, donde se obtuvieron los siguientes resultados con base a las estrategias y acciones implementadas en el plan de acción.

Tabla 5*Verificación de Resultados y Medición*

| Acciones | Mediciones | | | Resultados |
|---|------------|----------------|----------------|---|
| | 1a | 2 ^a | 3 ^a | |
| Canalización con psicología | 20% | 30% | 50% | Los resultados fueron favorables notándose un 100% de mejoría, así como la recuperación en el estado de ánimo. |
| Inclusión a los talleres | 15% | 35% | 50% | Se evidenciaron resultados de mejora favorables al 100%, debido a que la adulta mayor se integró a los talleres con mayor facilidad. Aunque en el inicio fue moderadamente lenta la participación, al final los resultados fueron satisfactorios. |
| Motivación para interactuar con los demás. | 10% | 45% | 45% | Se observó una decisión propia de la adulta mayor al acercarse, integrarse e interactuar en un 100% con las demás personas. Esta acción fue la que inicio con menor porcentaje de participación, pero al final los resultados fueron positivos. |
| Activaciones cognitivas | 25% | 30% | 45% | La agilidad cognitiva se activó un 100% debido a que recordó información relevante. Acción significativa en la adulta mayor. |
| Fomentar la participación en actividades alternas de la institución | 15% | 30% | 45% | Se obtuvo un 90% en la participación de la adulta mayor en las actividades organizadas por el INAPAM, teniendo autonomía propia para integrarse. Aun cuando no se alcanzó el 100%, la participación fue positiva. |

Nota. Elaboración propia (2024).

La Tabla 4, muestra cómo se organizaron las acciones que se implementaron durante el proceso de intervención, utilizando tres

mediciones centradas en tres fases: antes, durante y después de la intervención con la finalidad de obtener conocimiento si los resultados fueron favorables. Destacando que, se obtuvo un 100% del total de canalización con el área de psicología en virtud de ello, hubo una mejoría en el estado de ánimo de la participante; un 100% de inclusión a los talleres además de la integración por decisión propia; un 100% de motivación a interactuar con los demás por lo que esto ayudó a que pudiera interactuar e integrarse ella misma mejorando su estado de ánimo y autoestima, mediante actividades cognitivas se obtuvo un 100% y esto brindó que su autoestima mejorará y, en un 90% de fomentar la participación en actividades alternativas en las que lograría participar por autonomía propia.

Discusión

El Trabajo Social es una profesión multidisciplinar que se desarrolla en diversas áreas y campos de acción, de manera que una de las principales acciones es trabajar en equipo, en donde las acciones de este profesional van de la mano con la promoción, educación y atención a los grupos con mayor riesgo/vulnerabilidad. Del mismo modo, la profesión interviene en el contexto social, en el cual, se llevan a cabo acciones específicas que son diseñadas considerando las necesidades y carencias de las personas, como es el caso de la adulta mayor que se presenta. Así, la profesión está basada en una disciplina científica de acción y práctica social sostenida en la atención de situaciones/problemas sociales que se han diversificado y adquirido una complejidad, las cuales demandan intervenciones holísticas como la que desarrolla trabajo social.

En otro sentido, Carballada (2012), en su artículo denominado “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental” menciona que: “desde hace varias décadas, el trabajo social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no y, con necesidades que pueden contener problemas sociales” (p.2). También se involucra con el trabajo multidisciplinario y el entorno social del sujeto de intervención y sus redes de apoyo. Es así que el trabajo, la intervención del Trabajador Social se llevó a cabo con el equipo multidisciplinario en el que se involucraron psicólogos, gerontólogos, médicos y neurólogos.

Por su parte, Rodríguez (2003), en la intervención desde el trabajo social refiere que la atención integral centrada en el ser humano origina las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y bienestar de la persona, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, además de sus intereses y preferencias contando con su participación efectiva.

Por ende, los resultados que se obtuvieron en este estudio muestran que las estrategias de: canalización psicológica, la inclusión en talleres y la motivación para la interacción social generaron mejoras significativas en el estado emocional y en la autonomía de la fémina participante. Esto confirma lo señalado por Rodríguez (2003), quien destaca que la intervención social debe atender tanto factores objetivos como subjetivos con la finalidad de generar cambios positivos en el entorno del ser humano.

También, se evidenció que la participación en actividades cognitivas y recreativas contribuyó al fortalecimiento de la autoestima e independencia de la mujer adulta mayor participante. Los hallazgos, respaldan el modelo de intervención centrado en la persona, el cual busca mejorar la calidad de vida y fomentar la autonomía a través de un trabajo coordinado entre diferentes disciplinas.

En este sentido, la intervención del trabajo social mediante el método de intervención individualizada (caso), permitió no solo diagnosticar necesidades sociales específicas, sino también aplicar estrategias que resultaron efectivas en la promoción de la salud mental de la participante, reafirmando la importancia de continuar desarrollando programas de atención integral, que permitan un acompañamiento adecuado y sostenible en el tiempo.

Conclusión

El trabajo social es una profesión con un sentido humanista singular, que se basa principalmente en la intervención y atención de situaciones/problemáticas sociales con el fin de salvaguardar el bienestar de la sociedad, complementa la intervención con técnicas y herramientas para actuar en situaciones de riesgo/vulnerabilidad. De acuerdo con el objetivo planteado, se logró satisfactoriamente

identificar los factores sociales y emocionales que afectan a los adultos mayores buscando el bienestar físico y emocional mejorando su calidad de vida.

Los resultados reflejan que acciones planificadas y desarrolladas de manera sistemática como la canalización psicológica, la inclusión en talleres y la promoción de la participación social pueden generar condiciones positivas para la salud mental y emocional de los adultos mayores, específicamente en la intervención individualizada que se realizó, en la cual se observó una mejoría significativa en la autonomía y en la toma de decisiones, fortaleciendo así su autoestima y su interacción con las personas que interactúa y con el entorno.

Dado los resultados del estudio de caso, se concluye que el trabajo social desempeñó y contribuyó de manera importante en la promoción del bienestar de la adulta mayor, a través de su salud mental, lo cual de aplicarse a otras personas en condiciones como la estudiada, se espera obtener resultados favorables. Por tanto, se estima que es indispensable continuar fortaleciendo estrategias de intervención individualizada en la población adulta mayor, así como fomentar el trabajo en equipo con otros profesionales de la salud, dado que la atención integral, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población en riesgo/vulnerable.

Referencias

- Aroca, F. L., Arrocas, E. A., Cebrián, L. A., Maltés, B. L., Pasqual, Z. M., Pérez, U. C., Poveda, B. M., Pradas, R. R., Rel, C. I. Rubio, J. Ll., Senent, T. M. C., Sevilla, H. R., Sospedra, F. D., Torres, M. A. y Zafra, M. M. E. (2012). Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/intervencion_del_tss_unidades_de_salud_mental
- Carballeda, A. J. M. (2005). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos contextos sociales*. Paidós.
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas *Margen*, 65, 1–13. <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

- Estrada, O. V. M. (2011). Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos. *PROSPECTIVA: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (16), 21–53. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i16.1162>
- González, M. S. (2024). *Problemas de salud mental y soledad no deseada: una aproximación desde el Trabajo Social* [Trabajo de grado]. Universidad de Valladolid. Repositorio Documental. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/71973>
- Gracia, L. A. C., Camacho, P. M. C., Rudilla, P. L., Gómez, A. M. A. y Báguena, S. L. (2020). Relación entre el apoyo social y la ansiedad en las personas mayores: un enfoque desde el trabajo social. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5 (9).
- Hospital Psiquiátrico de Campeche. (2023). *Periódico Oficial del Estado*. https://semaig.campeche.gob.mx/inforecabada/POE_INSTITUCIONALES%20PUBLICADOS/POE_INSTITUCIONALES%20PUBLICADOS/POE%20HOSPITAL%20PSIQUIATRICO.pdf
- INEGI. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- Manzanares, M. A. M., y Rodríguez M. Y. (2003). Intervención de Trabajo Social con adultos mayores. *Revista de Trabajo Social* 5, 119-130.
- Meave, E. O. (1993). *Los métodos y técnicas de Trabajo Social de casos o individualizado* (pp. 36–42). Trabajo Social Ediciones. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Méndez, R. R., Wraage, D. A., y Costa, M. A. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental: La discusión sobre el diagnóstico. *PROSPECTIVA: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (17), 407–435.
- OMS (2019). *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2022, junio 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

- OMS. (2024, octubre 20). *Salud mental de los adultos mayores*.
https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Rodríguez, O. L. M. y García, A. M. P. (2018). Salud y trabajo social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1).
- Zambrano-Calozuma, P. A., y Estrada-Cherre, J. P. (2020). La salud mental en los adultos mayores. *Polo del Conocimiento*, 5(2), 3-21.

Propuesta teórico-metodológica para analizar el envejecimiento activo de la población adulta mayor en Sonora, México

Arlín Gómez Grimón¹

María de los Angeles Fuentes Vega²

Virginia Romero Plana²

Resumen

El envejecimiento poblacional ha convertido la calidad de vida de las personas adultas mayores en un tema central de estudio. Este concepto abarca factores como seguridad económica, vivienda, bienestar emocional y satisfacción vital. El envejecimiento activo surge como una estrategia clave para fomentar la autonomía y participación social de este grupo. Sin embargo, persisten desafíos como la discriminación por edad y género, además de la insuficiencia de políticas inclusivas. Ante el crecimiento acelerado de la población mayor, es fundamental implementar estrategias que garanticen su bienestar y promuevan una vejez digna y saludable. En Sonora, el envejecimiento presenta desafíos para la calidad de vida de las personas adultas mayores. La presente investigación busca analizar el envejecimiento activo en las y los asistentes al Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor (ISAAM); así mismo, se trata de comprender cómo el envejecimiento activo influye en la calidad de vida de este grupo etario, identificando factores clave como el bienestar físico y mental, la participación social y la autonomía. La propuesta metodológica que se pretende adoptar es bajo un enfoque cualitativo mediante un estudio de caso. Donde se propone realizar entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores que asisten al Instituto, para lo cual se ha desarrollado un guion de entrevista ex profeso para esta investigación, que permitirá explorar sus percepciones y experiencias; el análisis se centrará en tres ejes

¹ Universidad de Sonora, Maestría en Desarrollo Social

² Universidad de Sonora, Departamento de Trabajo Social

principales: calidad de vida, envejecimiento productivo y bienestar integral. Los resultados esperados pueden indicar si el envejecimiento activo contribuye significativamente a la percepción de bienestar en la vejez.

Introducción

Durante el siglo XXI la dinámica demográfica global ha experimentado una transición sustancial, caracterizada por un incremento progresivo en la proporción de individuos de edad avanzada dentro de las poblaciones. Este fenómeno, impulsado por la extensión de la esperanza de vida, los avances tecnológicos aplicados a la salud, la mejora generalizada de las condiciones de vida y la modificación de los patrones de fecundidad suscita una serie de desafíos y oportunidades novedosas, particularmente en lo concerniente al bienestar de la población senescente. Es importante destacar que estas implicaciones no se circunscriben únicamente a las naciones desarrolladas; de manera análoga, se ha observado un aumento en la longevidad en los países en vías de desarrollo.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) señala que, tras el continente africano, la región de América Latina y el Caribe presenta una proyección de envejecimiento poblacional de carácter exponencial, anticipando que aproximadamente el 80% de la población mundial de 60 años o más residirá en países en desarrollo para el año 2050. En este contexto, el concepto de envejecimiento activo emerge como un paradigma fundamental, enfatizando la trascendencia de fomentar un proceso de envejecimiento que sea saludable, participativo y significativo para el individuo. La calidad de vida en la población geriátrica ha trascendido su consideración como un asunto meramente individual para posicionarse como un eje fundamental en las directrices políticas a nivel global y doméstico, así como un foco de interés creciente en la investigación académica.

En el contexto específico de México, el incremento sostenido del envejecimiento demográfico configura un panorama complejo. El índice de envejecimiento actual se estima en 12.1%, proyectándose un aumento significativo hasta alcanzar el 34.2% de la población total para

el año 2070, lo que implica que se anticipa que aproximadamente un tercio de los habitantes mexicanos superará los 60 años (Rodríguez, 2023).

A pesar de la existencia de un marco normativo internacional que aboga por la atención prioritaria de los adultos mayores, y de la presencia de entidades gubernamentales mexicanas dedicadas a la asistencia de este grupo etario, tales como la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor (PRODEAMA), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y las denominadas Casas de Abuelos, la magnitud del cambio demográfico plantea desafíos sustanciales en la provisión de bienestar y servicios adecuados para esta creciente población.

Se torna imperativo llevar a cabo evaluaciones exhaustivas que orienten y reformulen las estrategias implementadas por estas instituciones, así como sus políticas públicas, en la consecución de una óptima calidad de vida para los adultos mayores. En numerosas ocasiones, la perspectiva predominante en la política asistencial, con un enfoque centrado en la vulnerabilidad, inadvertidamente posiciona a este grupo etario como susceptible a actitudes desfavorables dentro del entramado social. Considerando estos elementos cruciales, la presente investigación delimita su objeto de estudio al análisis del paradigma del envejecimiento activo en individuos adultos mayores que concurren al Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor, ubicado en la colonia Palo Verde de Hermosillo, Sonora, México.

El propósito fundamental de la presente investigación radica no solo en ofrecer una contextualización detallada de la problemática del envejecimiento en el municipio de Hermosillo, Sonora, sino también en fomentar un diálogo sostenido y promover un avance significativo en la comprensión integral de la calidad de vida de este segmento poblacional y sus requerimientos específicos desde la óptica de las políticas públicas e institucionales. En este sentido, García y García (2013), señalan que el desafío contemporáneo para las personas mayores reside en evidenciar su valor e independencia dentro del tejido social actual. De esta premisa se deriva un reto aún mayor para las

sociedades: la creación y el desarrollo de instituciones que faciliten esa existencia activa y de calidad a la que alude el autor para la tercera edad. Al concretarse este objetivo, se estará contribuyendo de manera efectiva al auténtico progreso social.

Antecedentes

En la investigación el estudio de la calidad de vida en la etapa del envejecimiento ha cobrado una importancia significativa, impulsado por el acelerado crecimiento de la población global mayor de 60 años. El bienestar subjetivo se conceptualiza como la congruencia entre los componentes cognitivo-afectivos, manifestándose en los individuos a través de la percepción de satisfacción vital en relación con sus vivencias pretéritas, la construcción de su presente y futuro, así como los vínculos afectivo-emocionales con su entorno (Veenhoven, 1984). Por otro lado, dentro de los componentes objetivos se incluyen aspectos como la seguridad social y económica, la vivienda, la alimentación y la posesión de recursos materiales.

En sus orígenes, la concepción epistémica de calidad de vida emergió durante el siglo XX, intrínsecamente ligada al concepto de estado de bienestar, cuya consolidación se produjo en el periodo de posguerra. Este desarrollo se vio influenciado, en parte, por las teorías del desarrollismo social, particularmente aquellas de corte keynesiano, las cuales ofrecieron respuestas a la profunda crisis económica de la Gran Depresión de la década de 1930 (Salas y Garzón, 2013). En otras palabras, el estado de bienestar, o calidad de vida, fue adoptado como un ideal social centrado en el consumo y la acumulación de bienes. Esta perspectiva utilitarista fundamenta sus bases filosóficas en las ideas de autores como Jeremy Bentham, John Stuart Mill y David Ricardo (Enríquez, 2018).

Una perspectiva alternativa en el estudio de la calidad de vida emerge con la incorporación del análisis de indicadores económicos objetivos específicos de cada nación, como el ingreso per cápita. Sin embargo, la evaluación basada exclusivamente en el Producto Interno Bruto (PIB) se revela como un indicador desigual para diversas regiones, dada la heterogeneidad del desarrollo socioeconómico entre los países. En este sentido, Sen (2000), cuestiona esta forma de

evaluación por limitarse a medidas simplistas de crecimiento económico. En contraposición, Sen propone que la calidad de vida debería ser valorada en función de la libertad y las capacidades de los individuos para llevar a cabo la existencia que consideran valiosa.

Por su parte, autores como Cummins y Cahill (2000), integran una dimensión ideológica al concepto de calidad de vida, vinculándolo a una jerarquía de valores y a la comprensión personal e individual que cada persona tiene de su propia existencia, trascendiendo así el utilitarismo de cualquier construcción social preestablecida. Paralelamente, hacia finales del siglo XX, los análisis y la operacionalización de la calidad de vida experimentan una transición desde lecturas predominantemente cuantitativas hacia el desarrollo de enfoques más cualitativos, evidenciando un creciente interés por dimensiones sociales como la salud, la familia, la educación, la seguridad y el entorno. La construcción de este concepto suscita un interés significativo en las ciencias sociales, a partir del reconocimiento de la relevancia de los elementos subjetivos (Salas y Garzón, 2013).

Durante la década de 1990 la introducción del Índice de Desarrollo Humano (IDH) por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), representó una evolución significativa en la comprensión de la calidad de vida por parte de organismos internacionales. Este indicador buscó establecer un consenso entre diversos países para facilitar comparaciones a nivel global. Su implementación fomentó la evaluación de la implicación de cada región en la búsqueda del bienestar o calidad de vida, tomando en consideración su inversión en gasto social. No obstante, en los análisis relativos a la calidad de vida percibida por los individuos, la variable "edad" ejerce una influencia mediadora, dado que la percepción de dicha calidad tiende a variar entre los diferentes grupos etarios.

De manera específica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la proyección exponencial del aumento de la esperanza de vida, ha manifestado desde la década de 1980 la necesidad de investigaciones que promuevan un desarrollo saludable y pleno en la edad adulta mayor (OMS, 1987).

La temática del envejecimiento y la calidad de vida en esta etapa vital ha sido elevada a una prioridad por diversas organizaciones internacionales, adquiriendo un mayor impulso hacia finales del siglo pasado con la introducción de los conceptos de Envejecimiento Saludable y, posteriormente, envejecimiento activo (OMS, 2002). El envejecimiento se define como un proceso inherente a la evolución humana, abarcando las dimensiones psicológica, biológica y social (Lozano, 2008), por lo que se le puede considerar sinónimo de transformación. Sin embargo, este proceso natural en los seres humanos suscita múltiples interpretaciones y conlleva diversas problemáticas sociales que colocan a los adultos mayores en una situación de vulnerabilidad. Esto se debe, en parte, a la asociación del envejecimiento con la imagen de una enfermedad degenerativa dentro del imaginario social.

De acuerdo con Stefani (2000), la llegada a la adultez mayor evoca representaciones negativas relacionadas con la muerte, la pérdida de atractivo físico y la precariedad, una perspectiva que predominó en los inicios del siglo XX. Tras analizar la percepción social del envejecimiento y su frecuente vinculación con representaciones desfavorables, resulta relevante examinar los distintos modelos teóricos que han abordado la noción de envejecimiento activo o exitoso. Estos modelos abarcan desde revisiones de carácter descriptivo hasta la identificación de indicadores de conductas saludables y procesos de planificación.

El término ha experimentado una evolución desde una perspectiva sociosanitaria y de envejecimiento saludable hacia una construcción de índole psicosocial del envejecimiento (Pettreto et al., 2016). Esta construcción ha evolucionado tanto en sus aspectos conceptuales como metodológicos con el objetivo de alcanzar ese estado anhelado de bienestar en la calidad de vida durante la tercera edad, lo que ha impulsado la propuesta de términos como envejecimiento saludable y, más recientemente, envejecimiento activo (OMS, 2002).

De acuerdo con los reportes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), en el año 2019, se proyectó un incremento significativo en la población de individuos mayores de

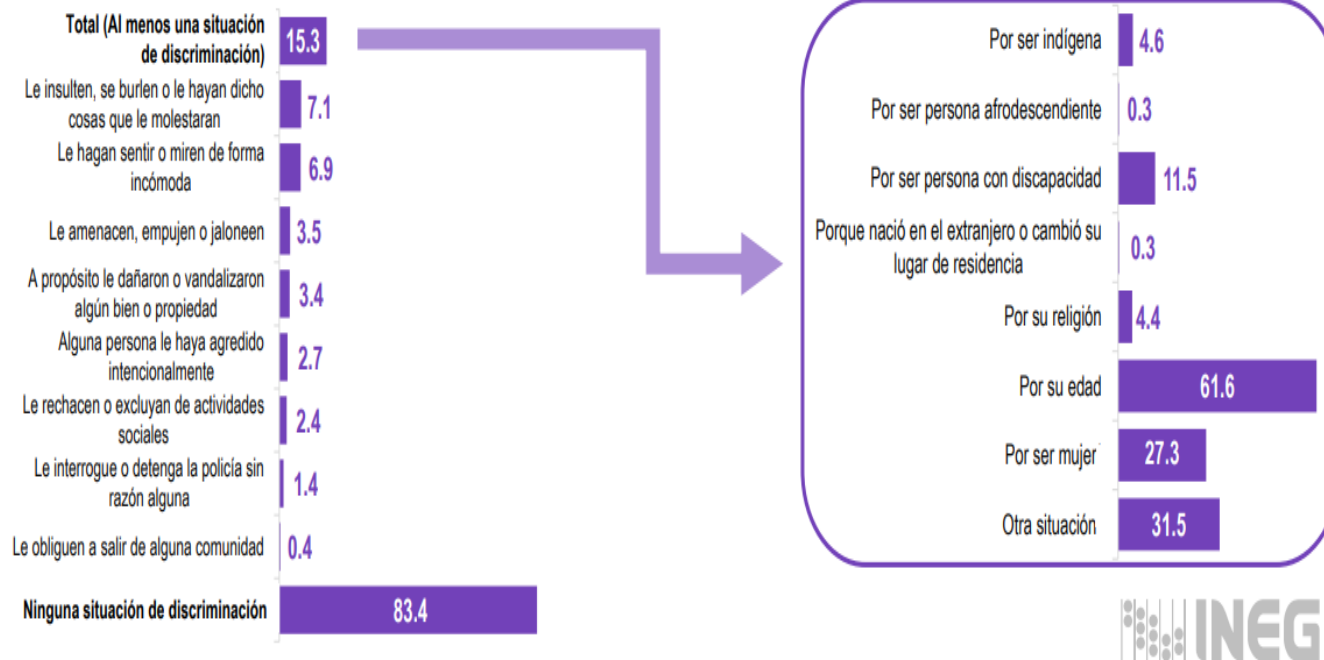
65 años para el año 2050, estimándose que representarán el 16% del total mundial. Esto implica que una de cada cinco personas en el planeta pertenecerá a este grupo etario, una cifra considerable si se compara con la proporción registrada en 2019, que era de una de cada once. Asimismo, se prevé una triplicación del número de personas de 80 años o más, alcanzando los 426 millones en 2050, en contraste con los 143 millones registrados en 2019.

Dada la persistente preocupación en torno a esta temática, evidenciada por las estadísticas proyectadas, y en consonancia con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019), proclamó la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Esta estrategia promueve la colaboración sinérgica entre organismos internacionales, gobiernos, instituciones académicas y la sociedad civil, entre otros actores, durante un periodo de diez años, con el objetivo primordial de enfocar la atención en los adultos mayores para optimizar su calidad de vida. Las sociedades con una proporción creciente de personas mayores presentan un desafío significativo para las políticas públicas, siendo crucial la atención a este grupo etario sin que ello represente una carga para el conjunto de la sociedad.

En el contexto de las evaluaciones de las condiciones de vida en México para las personas adultas mayores pone sobre la mesa situaciones alarmantes. Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) datos específicos del 2022 muestran que al menos el 15.3% de la población adulta mayor experimentó discriminación y de esas el 61% lo atribuyó que fue por su edad (INEGI, 2023).

Figura 1

Discriminación en México



Nota. Figura tomada de INEGI, (2023)

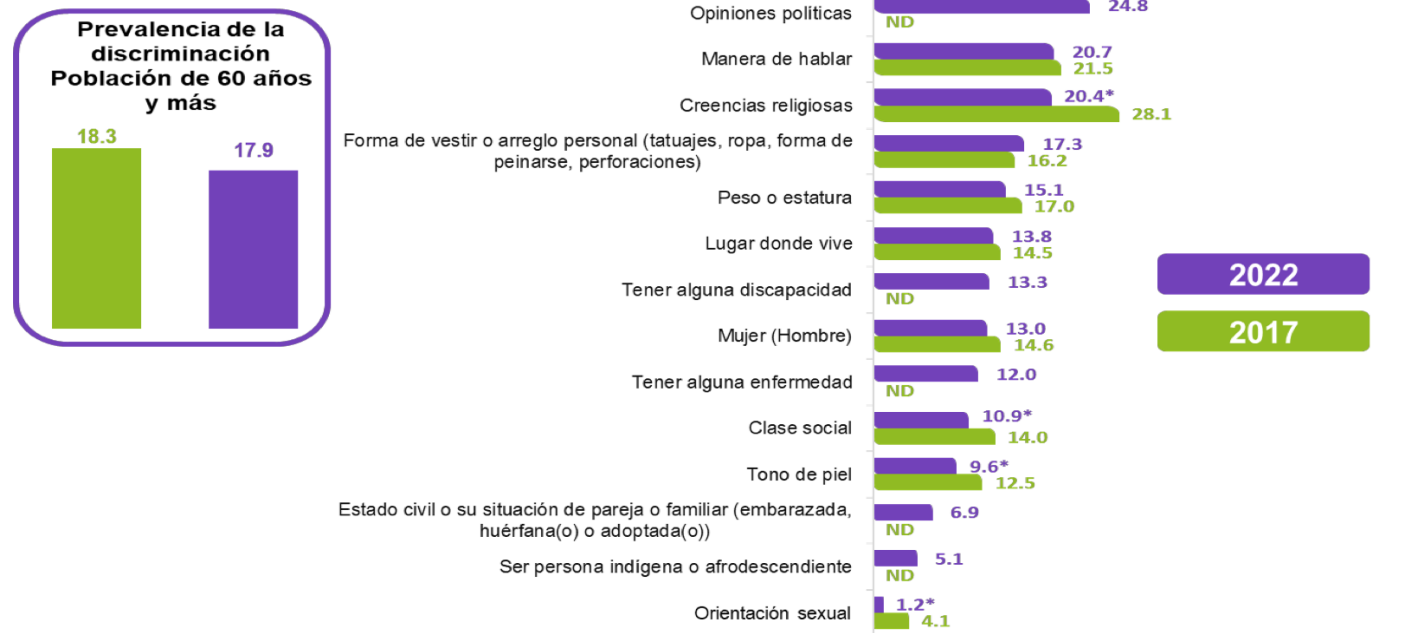
En INEGI (2023), se reconoce que la discriminación no se limita únicamente a la edad, sino que también está influenciada por el género. Refiriendo que las mujeres sienten más discriminación que los hombres no solo por su edad si no por ser mujer. La discriminación basada en el género en el contexto del envejecimiento puede manifestarse de diversas maneras, como la brecha salarial persistente, la invisibilidad en los medios de comunicación y la falta de acceso a servicios de salud adecuados. Además, las mujeres mayores también afrontan estigmas sociales relacionados con la belleza, la vitalidad y la capacidad intelectual (Arias et al., 2023).

Los autores destacan una tendencia interesante en la relación entre la edad y la satisfacción con la vida en dos grupos demográficos distintos: adultos mayores y jóvenes, la cual se interpreta en que a mayor edad, aumenta la satisfacción, sugiriendo posiblemente una mayor apreciación o valoración de la vida con el paso del tiempo. A diferencia de los jóvenes la satisfacción con la vida tiende a disminuir. Este acierto podría ser interpretado desde diversas razones, en el caso de los adultos mayores, responden satisfactoriamente al aprecio por momentos significativos, la acumulación de experiencias, y sabiduría podrían incidir a una mayor satisfacción con la vida. En el caso de los jóvenes, factores como la presión social, las expectativas y la búsqueda de identidad influyen en la disminución de la satisfacción con la vida a medida que envejecen. Este tipo de conclusiones subraya la importancia de considerar el contexto generacional al analizar la calidad de vida (Casas et al., 2013).

Dicho esto, resulta crucial considerar indicadores adicionales que reflejen las realidades y desafíos únicos que enfrentan los adultos mayores, como la atención médica especializada, el acceso a servicios sociales, la calidad de vida en la vejez y la participación en la sociedad. Incorporar estos elementos en futuras evaluaciones podría proporcionar una visión más completa y precisa de las condiciones de vida, permitiendo una planificación más efectiva de políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en México debido a la realidad actual de un contexto altamente envejecido.

Figura 2

Discriminación en los Adultos Mayores



Nota. Imagen tomada de INEGI (2023).

En el presente la población total de México supera ligeramente los 131.1 millones de habitantes. Aproximadamente la mitad de esta población tiene 30 años o más, constituyendo el 49.9%. Dentro de este grupo, el 37.8% pertenece a la franja de 30 a 59 años, mientras que el 12.1% son personas mayores de 60 años. Los niños de 0 a 11 años representan el 19.5%, y la población joven de 12 a 29 años constituye el 30.7%. Se proyecta que la proporción de población joven continuará disminuyendo, mientras que aumentará el porcentaje de personas mayores. Para el año 2070, se espera que una de cada tres personas en México sea mayor de 60 años, representando el 34.2% de la población total.

Este cambio demográfico plantea un contexto desafiante tanto para México como para otros países de la región que experimentan una tendencia similar (Rodríguez, 2023). El análisis de esta información destaca la importancia de la planificación a largo plazo para abordar los cambios demográficos y sus impactos en la sociedad y la infraestructura de atención médica y social.

Contexto y Planteamiento del Problema

En Sonora, estado de México de acuerdo con la información obtenida del Censo de Población y Vivienda 2020 del (INEGI, 2022), se identificó una población de 358,404 personas mayores, de las cuales el 52.5% son mujeres y el 47.5% son hombres. Esto representa actualmente el 12.17% de la población total del estado. Se proyecta un aumento de esta proporción al 14.9% para el año 2030. Cifra ubicada por encima de la media nacional, con este aumento de la esperanza de vida, urge la aplicabilidad de estrategias que preserven el estado de bienestar de los adultos mayores del territorio.

A nivel regional desde las políticas públicas del Estado existen directrices que defienden la igualdad de derechos del adulto mayor y su calidad de vida (Plan Estatal de Desarrollo de Sonora, 2022). También se encuentran instituciones como la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor (PRODEAMA), Sistema para el Desarrollo integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAAM) las Casas de Abuelos, y el Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor (ISAAM). Aun así, las instituciones y estrategias son

insuficientes de acuerdo con la proyección exponencial de este grupo etario para el 2030 y el 2050 la cual representaría el 15% y el 22% de la población respectivamente, para el 2050 se estima que 22 de cada 100 personas serán mayores según CONAPO (2023).

Si se tiene en cuenta, que la implementación de las estrategias de trabajo de las instituciones en la atención del adulto mayor, tienen un carácter asistencial, por lo que impera reformular las políticas públicas basadas en el bienestar y la calidad de vida a partir del envejecimiento activo. Dada la importancia en el aumento del envejecimiento y la necesidad de proporcionar nuevas estrategias para el desarrollo pleno de este grupo etario. Los estudios sobre el envejecimiento y su calidad de vida constituyen tarea de primer orden sobre todo en las ciudades y colonias más envejecidas.

La investigación plantea como problemática a partir del envejecimiento ascendente en Sonora cifra que oscila en un 12% y con tendencia a seguir subiendo (CONAPO, 2023), la necesidad de desarrollar nuevas perspectivas teóricas y metodológicas que promuevan políticas para un envejecimiento óptimo y seguro y que no constituya con el paso del tiempo una carga social (Foster y Walker, 2013), por lo tanto el envejecimiento activo emerge como una política fundamental para abordar los desafíos que enfrentan las personas mayores en la sociedad contemporánea. Promover el envejecimiento activo no solo implica garantizar el bienestar físico y mental de los adultos mayores, sino también fomentar su participación continua en la sociedad y en la toma de decisiones que afectan sus vidas.

De esta manera la investigación propone el estudio de la calidad de vida de estos grupos etarios de acuerdo con la política del envejecimiento activo y así reconocer los factores que intervienen en su envejecimiento y proponer una estrategia para el desarrollo de las personas adultas mayores. Teniendo en cuenta estos criterios, el propósito de esta investigación es, analizar el envejecimiento activo de las personas adultas mayores que asisten al Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor en la colonia Palo Verde, Hermosillo.

Este objetivo se fundamenta a partir de investigaciones de Ferrada et al., (2014); Betancourt et al., (2020); Fajardo et al., (2021); Campos-Tapia et al., (2022). Las cuales demuestran la relación de calidad de vida como una variable dependiente del envejecimiento activo. La construcción del envejecimiento activo según la OMS (2002), presenta como línea integradora la calidad y optimización de vida en la cual intervienen factores psicosociales, como el bienestar subjetivo la cual comprende variables operacionales, como la autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con los demás, y propósito en la vida (Fernández-Ballesteros, 2009); redes de apoyos y construcción social (Riley y Riley, 1994). Dichos indicadores también inciden en el análisis de la calidad de vida, dándole sentido a la vida de los adultos mayores y logrando un empoderamiento social a través de su autonomía individual. Un ejemplo local es Gutiérrez (2020) donde se aborda la solidaridad intergeneracional y el voluntariado.

Metodología

La investigación partirá de un enfoque cualitativo con el objetivo de analizar en profundidad el envejecimiento activo, las experiencias y perspectivas de las personas adultas mayores que asisten al Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor en la colonia Palo Verde en Hermosillo, Sonora. Este enfoque se considera apropiado dada la naturaleza exploratoria del tema y la necesidad de captar la riqueza y complejidad de las narrativas de los participantes de acuerdo con su envejecimiento (Hernández et al., 2014).

Diseño Metodológico

El método a emplear será el estudio de caso, desde esta perspectiva holística en el cual se buscará comprender las relaciones y elementos significativos dentro del contexto de este grupo de personas con relación al tema de estudio (Neiman y Quaranta, 2006), estará orientado hacia una investigación de tipo exploratoria, debido a que se intenta obtener información sobre un tema insuficientemente abordado en Hermosillo y fundamentar teorías sobre el envejecimiento activo aterrizadas al contexto sonorense (Rojas, 2013).

Para la recolección de datos, se empleará como técnica principal la entrevista semiestructurada (anexo 1) ya que es la herramienta de

trabajo pertinente para la investigación pues aporta la flexibilidad para explorar nuevas preguntas y seguir diferentes líneas de indagación según las respuestas y la dinámica de la conversación con la persona entrevistada en correspondencia del carácter exploratorio de la investigación (Ameigeiras, 2006). Se aplicarán de manera presencial en el Instituto Sonorense de Atención al Adulto Mayor (ISAAM) ubicado en Hermosillo y serán grabadas en audio para su posterior transcripción. Se pretende realizar el trabajo de campo en tres semanas aproximadamente.

La guía de preguntas de la entrevista semiestructurada se elaboró a partir de tres categorías fundamentales: bienestar mental y físico, calidad de vida y envejecimiento productivo (Walker, 2002). Se aplicarán alrededor de 40 preguntas en algunos casos, la duración de las entrevistas se considera será alrededor de de 25 a 30 minutos. Cabe destacar que, con este estudio no se busca generalizar comportamientos en el envejecimiento, sino identificar elementos significativos que influyen en la calidad de vida de las personas mayores, considerando sus diferentes trayectorias y contextos socioculturales, permitiendo identificar aspectos relevantes para comprender la calidad de vida durante el envejecimiento de un grupo determinado de personas adultas mayores.

Referencias

- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa.
- Arias, M., Amador, J., y Méndez, J. (2023). Envejecimiento en México: desafíos actuales y futuros para el alcance de los ODS desde la perspectiva de trabajo social. *ACANITS. Redes Temáticas en Trabajo Social*. 3(4), 134-167, <https://doi.org/10.62621/acanits-redes-t-ts.v3i4.43>
- Betancourt, S., Tubay, M., Cedeño, M., y Caicedo, K. (2020). Envejecimiento activo y las funciones ejecutivas en adultos mayores de un centro de salud. *Revista Journal of business and entrepreneurial studies*, 1(4), 1-9-
<https://doi.org/10.37956/jbes.v4i1.47>

- Campos-Tapia, A., Meda-Lara, R., y Corona-Figueroa, B. (2022). Caracterización de los determinantes sociales de la salud del envejecimiento activo en estudios enfocados a la calidad de vida: mapeo sistemático. *Ciencia UAT* 17(1), 17-34. Epub. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i1.1562>
- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., y del Valle, J. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo de dos Comunidades Autónomas en España. *Anales de Psicología*, 29 (1), 148- 158. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145471>
- CEPAL (17 de noviembre de 2022). *Observatorio Demográfico e América Latina y el Caribe 2022. Tendencias de la población de América Latina y el Caribe: efectos demográficos de la pandemia de COVID-19*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48488-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2022-tendencias-la-poblacion>
- CEPAL (2020). Perspectivas de la Población Mundial 2019: metodologías de las naciones unidas para las estimaciones y proyecciones de la población <https://hdl.handle.net/11362/45989>
- CONAPO (2023). La situación demográfica de México 2023. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
- Cummins, R. A, y Cahill, J. (2000) Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetivas. *Revista Psychosocial Intervention*, 9(2), 2000, 185-198. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818249004.pdf>
- Enríquez, D. A. (2018). Teorías de la justicia: El utilitarismo ¿métrica distributiva impracticable? *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (55), 205-219.
- Fajardo, R. E., Leiton, E. Z E., y Alonso, L. M. (2021). Envejecimiento activo y saludable: desafío y oportunidad del siglo XXI. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 243-246, <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.155.67>
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Ferrada, L., y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado psychological well-being:

- active elderly through volunteering. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>.
- Foster, L., y Walker, A. (2013). Critical positions in ageing research: Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10(1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0261-0>
- García, A., y García, M. (2013). Nuevas formas de envejecer activamente: Calidad de Vida y Actividad Física desde una perspectiva Psicosocial. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 6(2), 1–5. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1407>
- Gobierno de Sonora. *Plan Estatal de Desarrollo 2022-2024*. <https://plandesarrollo.sonora.gob.mx/>
- Gutiérrez, K. (2020). *Generatividad, voluntariado y bienestar subjetivo en jubilados del sur de sonora*. [Tesis de Maestría, Instituto Tecnológico de Sonora].
- Hernández, S., R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6). México D F.
- INEGI (2020). *Datos Sociodemográficos*.
- INEGI (2023). *Encuesta Nacional sobre Discriminación ENADIS 2022*. <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/8172>
- Lozano, A. (2008). Introducción a la Gerontología, Monografía. *Revista Médica Facultad de la UNAM*, 2(51), 1-2.
- Neiman, G., y Quaranta, G. (2006). *Los estudios de caso en la investigación sociológica*. Centro de Estudios de Sociología del Trabajo.
- OMS (1987). *Investigaciones sobre el Envejecimiento*, 40 Asamblea Mundial de la Salud.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 37(S2), 74-105.
- ONU (7 de enero de 2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
- Petretto, M., Ariño, E., Galiana, M., y Olivera, J. (2016). Evolución del concepto de envejecimiento activo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 50-55.

- Riley M., y Riley J. (1994). Structural lag: Past and future. En: Riley MW, Kahn RL, Foner A (Eds.). Age and structural lag: Wiley; 15-36
- Rodríguez, G. (2023). México ante el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. In *La situación demográfica de México* (Vol. 4, pp. 1–202).
- Rojas, S. R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales* (24a ed.). Plaza y Valdés.
- Salas, C., y Garzón, M. (2013). La noción de Calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36–46. https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2751
- Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad. Ed. Planeta, Colombia
- Stefani, D. (2000). Prejuicios hacia la vejez: Una forma de violencia social. *Instituto de Investigaciones en Psicología de la Facultad de Psicología*, 5(2), 115-124.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Erasmus University Rotterdam, Department of Sociology.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121–139. doi:10.1111/1468-246X.00118

Deterioro de los vínculos familiares: crítica al sistema económico desde el trabajo social

Pamela Pérez Elvira¹
Miriam Hernández Vázquez¹
Crisóforo Pacheco Santos¹

Resumen

Con base a los planteamientos del utilitarismo, Jeremy Benthan, en 1776, planteó uno de los más importantes principios del bienestar: "la mayor felicidad para el mayor número de personas" (Baquero, 2017. p. 137), argumentando una valoración moral de las acciones cimentada en la capacidad para fomentar la felicidad colectiva. Sin embargo, el escenario contemporáneo, caracterizado por la globalización económica y la creciente precarización laboral —particularmente en Latinoamérica—, revela una distancia significativa respecto a este ideal normativo. La expansión de corporaciones multinacionales —ejemplificada por la proliferación de cadenas de tiendas de conveniencia— coexiste con la insuficiencia en la provisión de servicios básicos como el acceso a atención médica o vivienda. Este fenómeno sugiere un sistema económico donde la primacía de la productividad eclipsa el bienestar humano, imponiendo exigencias laborales desproporcionadas a la retribución económica y, en muchos casos, la amenaza de sustitución por automatización, desatendiendo necesidades individuales y familiares.

La investigación que se presenta tiene como objetivo: analizar el nivel de vinculación familiar en contraste con las exigencias del mercado laboral neoliberal. Para ello, se adoptó un enfoque metodológico cualitativo, buscando una comprensión profunda de las experiencias y percepciones de los trabajadores. Los resultados identificaron una clara alteración en los vínculos familiares, producto de condiciones laborales que reflejan formas contemporáneas de explotación, caracterizadas por jornadas extenuantes, salarios

¹ Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Autónoma de Tlaxcala

insuficientes y sentimientos de alienación, frustración y desvalorización. No obstante, la investigación también reveló un desarrollo incipiente del pensamiento crítico entre los participantes, manifestado en una mayor conciencia de dinámicas laborales lesivas para sus derechos fundamentales. Este despertar crítico incluye el reconocimiento de prerrogativas inherentes a su condición humana y laboral, como el derecho al descanso reparador y a cultivar vínculos familiares afectuosos y significativos, elementos esenciales para el bienestar integral. Adicionalmente, se identificaron programas gubernamentales que procuran ofrecer asesoría legal y fomentar el conocimiento de los derechos laborales consagrados en la legislación vigente

Introducción

"La única libertad que merece ese nombre es la de buscar nuestro propio bien a nuestra propia manera, en tanto no intentemos privar a los demás del suyo o impedir sus esfuerzos por obtenerlo" (Mill, 1859).

De acuerdo con los planteamientos del utilitarismo, Jeremy Benthan, en 1776, planteó uno de los más importantes principios del bienestar: "la mayor felicidad para el mayor número de personas" (Baquero, 2017. p. 137), establece un paradigma ético en el que el progreso económico debe traducirse en bienestar colectivo. Sin embargo, la realidad contemporánea de América Latina —y en particular de México— contradice este ideal: un modelo económico globalizado, basado en la explotación laboral y la maximización del beneficio corporativo, ha normalizado la precariedad, sacrificando el tiempo, la salud y los vínculos familiares de la clase trabajadora.

La paradoja es evidente: mientras las empresas multinacionales incrementan sus ganancias mediante jornadas extenuantes y salarios de subsistencia, derechos fundamentales como el acceso a una vivienda digna, la salud pública y la convivencia familiar quedan relegados a promesas incumplidas. Este sistema no solo perpetúa la desigualdad, sino que deshumaniza al reducir a los trabajadores a meros engranajes

reemplazables, amenazados por la automatización y privados de la posibilidad de construir una vida plena.

Frente a este escenario, la presente investigación analiza el impacto de las exigencias del mercado laboral moderno sobre los vínculos familiares de los obreros mexicanos, adoptando un enfoque cualitativo que prioriza sus voces y experiencias. Los resultados revelan una crisis silenciosa pero devastadora: jornadas laborales de 12 a 14 horas sin descansos adecuados, salarios insuficientes para cubrir la canasta básica y un estrés crónico que erosiona la comunicación al interior de los hogares. No obstante, también emergen señales esperanzadoras: el desarrollo de una conciencia crítica entre los trabajadores, quienes comienzan a identificar la explotación sistémica y a exigir derechos como el descanso digno y el tiempo para sus familias. Aunque incipiente, este reconocimiento se enfrenta a un sistema que normaliza la violación de garantías laborales y a políticas públicas insuficientes, más orientadas a paliar los efectos del problema que a transformar sus causas.

Este trabajo no solo documenta las posibles contradicciones entre el ideal de bienestar social y la lógica depredadora del capitalismo contemporáneo; también plantea al trabajo social y su incursión en la política pública para, pretender trascender el rol de administradores de la precariedad para convertirse en agentes de cambio estructural. La pregunta central que guía esta investigación es: ¿Cómo puede hablarse de felicidad colectiva cuando el sistema económico privilegia la productividad sobre la vida misma? La respuesta, como evidencian las voces de los trabajadores, exige más que ajustes superficiales: demanda una reestructuración ética de la economía.

La Familia, el trabajo y neoliberalismo

En el ámbito del Trabajo Social, la familia se reconoce como un sistema social primario y un microcosmos fundamental para el desarrollo humano. Los vínculos familiares —constituidos por relaciones diádicas o poliádicas basadas en afinidad, parentesco o elección— desempeñan un papel crucial en la socialización primaria, el desarrollo psicosocial y la provisión de apoyo emocional, instrumental y económico. Sin embargo, en contextos marcados por dinámicas laborales exhaustivas y

precarias, alejadas de las necesidades y derechos básicos, la familia adquiere una relevancia adicional como socializadora de normas, valores y habilidades que facilitan —o, en su defecto, obstaculizan— la incorporación al mundo laboral. Esta influencia, aunque frecuentemente subestimada, resulta determinante en la configuración de las trayectorias vitales de sus miembros.

La presente investigación se centra en la relevancia de los vínculos familiares, los cuales residen en su potencial para constituir espacios de afecto y apoyo mutuo, generando un desarrollo individual basado en la igualdad y el respeto. No obstante, cuando estas dinámicas se distorsionan hacia relaciones de dominación o supresión de la individualidad, se convierten en obstáculos para el florecimiento humano y la construcción de una sociedad equitativa. Como señalaba Mill la familia ideal es aquella que fomenta la libertad y promueve el desarrollo integral de sus miembros.

En contraste, el modelo neoliberal ha mercantilizado aspectos esenciales de la vida familiar, transformando servicios básicos como la educación y el cuidado en *commodities* sujetos a las lógicas del mercado. Esta comercialización no solo plantea dilemas éticos sobre la naturaleza de las relaciones familiares, sino que exacerba la fragmentación social. La primacía del individualismo sobre los intereses colectivos genera tensiones al interior de los hogares, especialmente en decisiones económicas y de estilo de vida, erosionando progresivamente su rol como red de protección.

A nivel macrosocial, este orden económico ha profundizado las desigualdades estructurales, situando a la pobreza como uno de los principales determinantes de morbilidad y mortalidad a escala global. Desde una perspectiva epidemiológica, la pobreza integra factores como el bajo estatus socioeconómico, el desempleo, la escasa escolarización y la precariedad económica familiar. Estos elementos, al perpetuarse sin expectativas de solución, propician la aparición de enfermedades físicas y mentales, adicciones y estrés crónico, afectando tanto al individuo trabajador como a su entorno familiar.

En este escenario, el trabajador contemporáneo enfrenta un entorno laboral transformado por la tecnología y la globalización, donde los riesgos tradicionales se han reconfigurado. El estrés laboral se ha normalizado como una condición permanente, y la salud de los trabajadores se ve amenazada no solo por las exigencias productivas, sino por las presiones derivadas de un sistema que trasciende el ámbito laboral, infiltrándose en la vida familiar y social. Esta investigación busca analizar cómo estas dinámicas macrosociales impactan en la percepción y realidad de los sujetos, explorando el papel dual de la familia como *amortiguador* o *reproductor* de las contradicciones inherentes al modelo neoliberal.

Utilitarismo y la contradicción neoliberal

La historia del utilitarismo se remonta a Jeremy Bentham, quien sentó las bases de esta filosofía a finales del siglo XVIII. Bentham propuso que la ética debe guiarse por el principio de "*la mayor felicidad*" (Bentham, 1789, p. 12), sugiriendo que las acciones son correctas en proporción a su capacidad para promover la felicidad, y erróneas si tienden a producir lo contrario. Para Bentham, el sufrimiento y el placer eran medidas cuantificables que podían evaluarse, lo que permitía establecer un "*cálculo moral*" (Bentham, 1789), para determinar la mejor acción a tomar.

No obstante, aunque las ideas de Bentham fueron fundamentales, su enfoque fue criticado por su simplismo. John Stuart Mill, discípulo de Bentham y también defensor del utilitarismo, introdujo matices que enriquecieron esta perspectiva. En su obra *El Utilitarismo*, Mill (1863), argumentó que no todas las formas de placer son iguales; algunos placeres son más valiosos que otros y deben ponderarse en la evaluación utilitarista. Esto lo llevó a distinguir entre "*placeres superiores*" e "*inferiores*", enfatizando la importancia de la calidad del placer, además de su cantidad (1863, p. 43).

Mill (1863), también abordó el tema de los derechos individuales y el papel de la justicia dentro del marco utilitarista. A diferencia de Bentham, quien parecía dispuesto a sacrificar derechos individuales en favor de la felicidad colectiva, el autor sostenía que el respeto por los derechos individuales era esencial para alcanzar el bienestar genera. De

esta manera, los derechos deben protegerse porque contribuyen al bienestar colectivo al fomentar un entorno donde los individuos puedan perseguir sus intereses y, por ende, su felicidad. Su influencia perdura, desafiando a generaciones a considerar el impacto de sus acciones en la felicidad colectiva mientras navegan por la compleja moralidad del mundo moderno.

Así, el utilitarismo, con su premisa básica de que la acción correcta es aquella que maximiza el bienestar general, ofrece un enfoque interesante para abordar la dinámica familiar en nuestra sociedad contemporánea. Sin embargo, al aplicar este principio a la realidad familiar, es evidente que muchas decisiones económicas y políticas priorizan la eficiencia y el beneficio material por encima del bienestar subjetivo de los individuos, lo que resulta en un deterioro de las relaciones interpersonales. a tomar.

En este sentido, el modelo neoliberal ha fomentado una cultura en la que el éxito se mide mediante la acumulación de bienes materiales, llevando a muchos a sacrificar tiempo de calidad con sus seres queridos. Así, el trabajo excesivo se convierte en un valor, dejando poco espacio para la interacción familiar, esencial para fortalecer los vínculos afectivos.

Otro concepto importante planteado por Mill (1859), es la libertad, la cual trasciende el liberalismo clásico al integrar dimensiones individuales y sociales. Mientras el neoliberalismo reduce la libertad a la mera ausencia de intervención estatal, Mill plantea que la verdadera autonomía exige condiciones materiales para su ejercicio. Bajo este entendido, la filosofía —articulada en la distinción entre libertad negativa (no coerción) y positiva (capacidad real de elegir)— ofrece herramientas para criticar las contradicciones del modelo neoliberal, especialmente en ámbitos como la familia y el trabajo. Para Mill (1859), la libertad individual es un derecho inviolable que solo puede limitarse cuando las acciones de un individuo dañan a otros (*principio del daño*).

"La libertad del individuo debe ser absoluta en lo que solo a él concierne" (Mill, 1859, p. 14). La familia debería ser un espacio donde cada miembro se desarrolle sin coerción, pero el neoliberalismo impone

roles rígidos determinados incluso antes del nacimiento, donde el sexo biológico condiciona tareas, responsabilidades, gustos y orientaciones predefinidas por el sistema. La mercantilización de la vida limita la autonomía familiar, sometiéndola a lógicas de productividad. Para Mill, la familia debería funcionar como:

- Un microcosmos de libertad responsable.
- Un espacio de desarrollo personal sin coerción.
- Una institución que equilibra autonomía individual y bienestar colectivo (Mill, 1859).

La verdadera libertad requiere no solo la no interferencia del Estado, sino condiciones materiales y sociales que permitan el desarrollo individual. Mill (1859), distingue entre:

- **Libertad negativa:** ausencia de interferencias externas en la esfera individual.
- **Libertad positiva:** capacidad real de elegir

Su principio del daño establece: *“El único fin por el cual es justificable limitar la libertad de alguien es prevenir daño a otros”* (Mill, 1859).

Conceptos clave para el trabajo social

El Trabajo Social es una disciplina orientada a promover el bienestar de personas y grupos en situaciones de vulnerabilidad. Sus conceptos fundamentales giran en torno a la justicia social, la dignidad humana y el empoderamiento, principios que guían su práctica profesional.

- **Justicia social:** Implica la búsqueda de condiciones equitativas para todos los miembros de la sociedad, garantizando el acceso a derechos y oportunidades. Este principio es esencial en contextos donde las desigualdades económicas amenazan con desintegrar los vínculos familiares y comunitarios.
- **Dignidad humana:** Reconoce el valor intrínseco de cada individuo, independientemente de su condición social, y fundamenta intervenciones orientadas a restaurar la autoestima y autonomía de quienes enfrentan adversidades.
- **Empoderamiento:** Proceso mediante el cual las personas y comunidades adquieren herramientas para gestionar sus

problemas, lo que implica el reconocimiento crítico de las dinámicas de poder que los afectan.

Estos conceptos son interdependientes y se articulan en la práctica cotidiana del Trabajo Social. En contextos donde predomina un sistema económico basado en el individualismo y la competencia, esta disciplina promueve valores como la solidaridad, la colaboración y la promoción social a través del conocimiento de derechos y obligaciones. Estos pilares fortalecen al individuo en sus dimensiones familiar, social y comunitaria.

Además, el enfoque sistémico es fundamental para comprender que los problemas sociales no son fenómenos aislados, sino que están interconectados. Requieren, por tanto, una mirada integral que considere las dimensiones económicas, políticas y culturales que impactan a las familias mexicanas en la actualidad.

En esencia, estos conceptos clave permiten abordar la complejidad de los vínculos familiares en una sociedad marcada por la precarización laboral y el distanciamiento afectivo. Este conocimiento teórico no solo se traduce en acciones prácticas informadas, sino que busca generar una afectación positiva mediante el desarrollo de un pensamiento crítico y analítico, orientado al beneficio de los grupos en situación de vulnerabilidad, particularmente el proletariado.

El capitalismo como modelo hegemónico

El capitalismo es el modelo político-económico que predomina en el funcionamiento de Latinoamérica. Su lógica y racionalidad (Alayón, 2009), se centra irreductiblemente en la búsqueda denodada del lucro y la acumulación sobre la base de la explotación de la productividad del trabajo de otros. Un modelo distinto sería si los objetivos de la producción no fueran la mera ganancia, si no la satisfacción de las necesidades sociales. Como dijera Adam Smith “el mercado es incompatible con la ética porque cualquier acción moral voluntaria contradice las propias reglas del mercado y simplemente termina por desplazar al empresario moralizante (Alayón, 2009).

El impacto del sistema económico en la familia mexicana es un detrimento en los vínculos afectivos en el sistema familiar, como se visualiza en la cotidianeidad del promedio de los mexicanos. Como trabajadores sociales, debemos ser observadores y alarmantes de la situación actual en los hogares mexicanos, que se ve cada día más agravada en este contexto laboral, resultado de la globalización y el sistema económico.

Los cambios por los que ha transitado la familia mexicana en cuanto a modelos económicos recordemos que inician desde una economía principalmente agraria hasta la industrialización y la urbanización, transformaron las dinámicas familiares y las dinámicas familiares adaptándose los roles de género, la división del trabajo dentro del hogar y las estructuras familiares se adaptaron a estas nuevas realidades económicas. La crisis de 1890 fue un episodio que quedó grabado en la memoria de varias generaciones por su gran dramatismo. Quiebra de bancos, caída de la Bolsa de Valores, cierre de comercios, detención de la construcción, crecimiento del desempleo, reducción de los sueldos públicos y privados, rebaja de jubilaciones, poco trabajo disponible para peones y jornaleros, miseria (Lagrotta, 2017).

Esta presente investigación probablemente no existiera si la desigualdad no causara en nosotros como agentes de cambio esta inquietud por cuestionarnos, ¿Por qué los ricos, cada vez son más ricos y los pobres, cada vez más pobres? ¿Qué tan probable es ascender en la escala social?

La brecha económica no es un impacto casual, es el resultado de un sistema que concentra riqueza. Aquí una serie de datos conmovedores y que deberían hacernos reflexionar sobre el sistema en que estamos inmersos:

1. El 10% más rico de la población mundial posee el 76% de la riqueza global. En México, el 1% más privilegiado captura el 58% del ingreso nacional.
2. 8 de cada 10 empleadas domésticas (5.2 millones) no tienen prestaciones ni contrato
3. El 90% de las trabajadoras del hogar son pobres y solo el 1% cotiza en el IMSS.

4. 7.4 millones de familias viven en hacinamiento (3+ personas por cuarto) (INVI, 2024).
5. En la CDMX, un departamento de lujo cuesta lo mismo que 500 viviendas populares.
6. En comunidades indígenas, el 30% de los niños abandona la escuela primaria por falta de recursos.
7. las 10 mayores empresas del país (como América Móvil y FEMSA) obtuvieron \$1.5 billones de pesos en ganancias en 2023 (Bolsa Mexicana de Valores, 2024).
8. Sólo 28 de cada 100 alumnos de primaria terminan la universidad (Rubín, 2024).
9. El ingreso promedio trimestral monetario más alto correspondió a posgrado completo o incompleto, con 92 137 pesos. En cuanto a quienes reportaron tener como máximo estudios de primaria completa, tuvieron un ingreso promedio trimestral monetario de 13 758 pesos. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023).
10. La población ocupada formal reportó, en el cuarto trimestre de 2024, un ingreso laboral mensual promedio de \$10,349.13, mientras que para los informales fue de \$5,146.34, es decir, la brecha de los ingresos laborales de los ocupados formales representa el doble respecto a los ingresos laborales de los ocupados informales
11. Un joven de Chiapas que nace en pobreza extrema tiene menos del 1% de probabilidad de convertirse en médico o abogado (CONEVAL, 2022).

Proceso metodológico

La presente investigación adoptó un enfoque metodológico de carácter cualitativo, empleando la entrevista semiestructurada como técnica principal de recolección de datos. El objetivo central fue explorar las experiencias y percepciones de individuos en Apizaco, Tlaxcala, que presentan un perfil de alta vulnerabilidad laboral y su impacto en la dinámica de sus vínculos familiares. La población objetivo estuvo constituida por empleados con las siguientes características: Percibir un salario mínimo o inferior a este, carecer de acceso a prestaciones laborales, horarios extenuantes no recibir remuneración por las horas extraordinarias trabajadas.

Se identificó y contactó a un total de cincuenta participantes en la ciudad de Apizaco, Tlaxcala, buscando asegurar una paridad de género en la muestra (25 hombres y 25 mujeres, todos con un perfil parental. El instrumento de recolección de datos, la entrevista semiestructurada, permitió abordar temas centrales relacionados con la dedicación laboral, el tiempo disponible para la familia y la calidad de la interacción familiar. Se exploraron específicamente las percepciones de los participantes sobre el impacto de las extensas jornadas laborales y la falta de remuneración por horas extras en su capacidad para dedicar tiempo y atención a sus lazos familiares incluyendo la inconformidad con lo retribuido monetariamente que no resulta suficiente.

Adicionalmente, se indagó sobre la presencia y características de la interacción familiar, deteriorada por diversas exigencias materiales que pasan a segundo plano cuando tampoco el ámbito familiar esta fortalecido derivado del mismo sistema convirtiéndose en un bucle. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y bola de nieve, buscando acceder a individuos que cumplieran con el perfil establecido en diversos contextos laborales de Apizaco.

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante un proceso de análisis de contenido temático, buscando identificar patrones recurrentes, narrativas significativas y las principales tensiones expresadas por los participantes en relación con la conciliación entre sus exigencias laborales y la vida familiar. Se prestará especial atención a la descripción de cómo las condiciones laborales precarias influyen en la percepción del tiempo dedicado a la familia y en la calidad de la interacción interpersonal todas estas regidas por un sistema económico capitalista.

El método empleado en esta investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, el cual busca comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que los trabajadores atribuyen a su realidad laboral y familiar en el contexto de las exigencias del mercado actual. A continuación, se detallan los componentes metodológicos clave.

Tipo de estudio: Exploratorio-interpretativo, ya que busca analizar un fenómeno social poco estudiado en su contexto específico (la relación entre precariedad laboral y vínculos familiares en Latinoamérica) desde la perspectiva de los actores involucrados.

Enfoque: Fenomenológico/hermenéutico, centrado en las narrativas de los trabajadores para interpretar cómo experimentan y resignifican su realidad.

Entrevista semiestructurada: permitió captar las experiencias subjetivas de los trabajadores, indagando en:

- Condiciones laborales (jornadas, salarios, automatización).
- Impacto en la dinámica familiar (tiempo compartido, estrés, alienación).
- Percepción de derechos laborales y bienestar.
- Análisis documental: Revisión de políticas públicas, normativas laborales y programas gubernamentales de asesoría legal.

Criterios de selección: Trabajadores de sectores precarizados (tiendas de ropa, oficinas privadas, empleadas domésticas, obreros) en contextos urbanos, con diversidad en género, edad y tipo de contrato.

Técnica: Muestreo intencional o "bola de nieve", priorizando participantes con experiencias relevantes al fenómeno estudiado.

- Análisis de Datos a través de la plataforma SPSS y Excel.
- Codificación temática: Identificación de categorías emergentes como:
- Explotación contemporánea (jornadas extensas, salarios bajos).
- Alienación y ruptura familiar (distanciamiento afectivo, estrés).
- Emergencia de conciencia crítica (derechos laborales, reclamos colectivos).
- Generar un hallazgo basando en los resultados ejemplificados a través de graficas.
- Contrastar datos de entrevistas, y documentos para contrastar evidencias.

Resultados

A continuación, se exponen los hallazgos obtenidos mediante un análisis estadístico basado en tablas de dispersión, las cuales permiten visualizar las tendencias y relaciones entre las variables clave del estudio. Esta presentación se estructura en ejes temáticos congruentes con el instrumento metodológico aplicado, garantizando una correspondencia sistemática entre los objetivos de investigación, los datos recolectados y su interpretación analítica.

La muestra representativa es de 25 obreros/as entrevistados (sector industrial, comercial y transporte en la ciudad de Apizaco, Tlaxcala, con jornadas laborales superiores a 10 horas, salarios \leq \$8,000 MXN mensuales, con al menos un dependiente familiar.

Los resultados se organizan en dos dimensiones fundamentales:

1. Condiciones laborales
2. Efectos en el individuo y la dinámica familiar

Figura 3

Instrumento metodológico aplicado

EDAD: **SEXO:** **TIEMPO TRABAJANDO:**

CUENTA CON PRESTACIONES DE LEY:

HIJOS: **ESTADO CIVIL:** **TIEMPO QUE INVIERTE EN TRASLADARSE AL TRABAJO:**

Experiencia Laboral

- ¿Podría describir brevemente a qué se dedica y cuáles son sus principales responsabilidades en su trabajo?
- ¿Cómo describiría su jornada laboral habitual? (Duración, horarios, pausas, etc.)
- ¿Siente que las demandas de su trabajo le exigen mucho tiempo y energía? ¿De qué manera?
- ¿Cómo describiría el nivel de estrés o presión en su trabajo? ¿Qué factores contribuyen a esto?
- ¿Siente que su trabajo le permite tener un equilibrio adecuado entre su vida laboral y personal/familiar? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Cómo influyen factores como la flexibilidad horaria, la posibilidad de trabajar remotamente (si aplica) o las políticas de permisos en su capacidad para atender sus responsabilidades familiares?
- ¿Ha experimentado alguna vez la preocupación por la automatización de su trabajo?
- ¿Cómo le hace sentir esto en relación con su futuro y el de su familia?

Impacto en los Vínculos Familiares

- ¿Cómo diría que su trabajo afecta la cantidad y calidad del tiempo que puede pasar con su familia? ¿Puede darme algunos ejemplos?
- ¿Siente que las exigencias de su trabajo han generado cambios en la comunicación o la dinámica dentro de su familia? ¿De qué manera?
- ¿Cómo maneja las responsabilidades laborales cuando surgen situaciones familiares inesperadas (enfermedades, eventos escolares, etc.)?
- ¿Siente que el cansancio o el estrés laboral afectan su estado de ánimo y su interacción con su familia? ¿Cómo se manifiesta esto?
- ¿Qué estrategias utiliza usted y su familia para tratar de mantener o fortalecer sus vínculos a pesar de las demandas laborales?
- En su opinión, ¿qué aspectos de su trabajo facilitan o dificultan la construcción y el mantenimiento de relaciones familiares saludables?

Percepciones y Conciencia

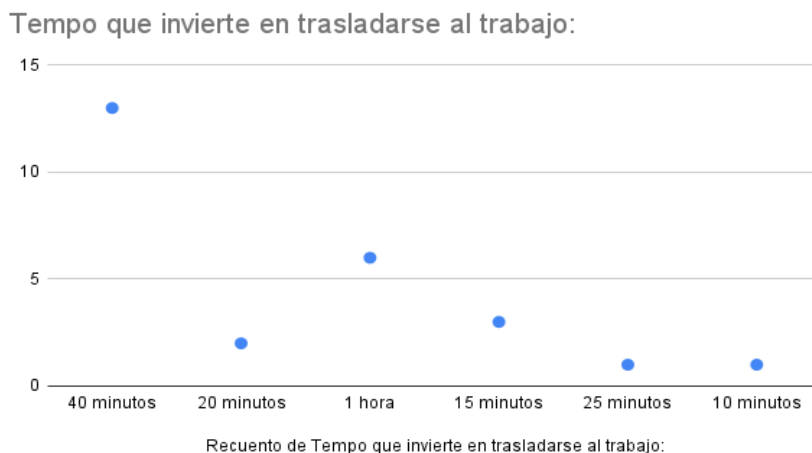
- ¿Siente que las condiciones laborales actuales respetan sus derechos como trabajador y como miembro de una familia? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Está consciente de sus derechos laborales en relación con el tiempo de descanso, las vacaciones o los permisos familiares? ¿Ha buscado información al respecto?
- En su opinión, ¿cree que la sociedad y/o las empresas son suficientemente conscientes del impacto de las exigencias laborales en la vida familiar de los trabajadores?
- ¿Ha tenido conocimiento de algún programa o iniciativa (gubernamental o de otro tipo) que busque apoyar a los trabajadores en el equilibrio entre el trabajo y la familia? ¿Cuál es su opinión sobre ellos?

Nota. Elaboración propia

1.- Condiciones laborales

Figura 4

Tiempo de traslado (casa-lugar de trabajo)



Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

Los datos obtenidos revelan una situación preocupante en cuanto a la movilidad laboral de los trabajadores entrevistados. Del total de 25 participantes en el estudio, un 72% (18 sujetos) reportó dedicar entre 40 minutos y 1 hora diaria en el traslado hacia su centro de trabajo. Esta cifra adquiere mayor relevancia cuando consideramos que se trata de un tiempo adicional no remunerado que se suma a sus extensas jornadas laborales.

Este prolongado tiempo de desplazamiento tiene consecuencias directas en la calidad de vida familiar y reducción significativa del tiempo en familia: Los trabajadores pierden en promedio entre 6 y 10 horas semanales que podrían dedicar a la convivencia familiar. Agotamiento acumulado: El cansancio del traslado afecta su disposición para interactuar con sus seres queridos al llegar al hogar.

Dificultad para cumplir con responsabilidades domésticas: Limita su participación en actividades familiares cotidianas. Como lo expresó uno de los entrevistados: "Cuando finalmente llego a casa, solo tengo energía para bañarme y dormir. Mis hijos casi no me ven despierto entre semana". Esta situación refleja claramente cómo los largos tiempos de

traslado, sumados a las extenuantes jornadas laborales, están erosionando los vínculos familiares y la posibilidad de una vida personal plena.

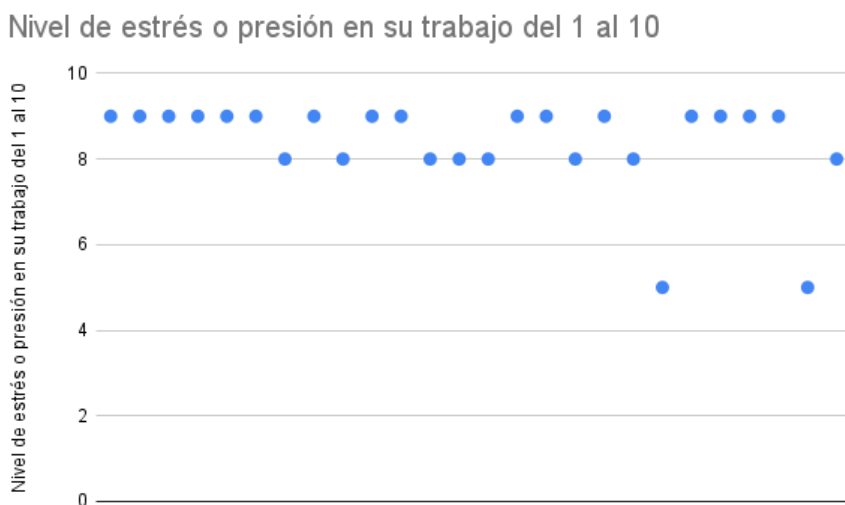
- 37% únicamente recibe horas extras pagadas (sector formal industrial únicamente)
 - *"Salgo a las 5. AM y regreso a las 8 PM. Solo llego a dormir "* (Obrera 43 años Femsa).
- El problema trasciende lo individual, mostrando una falla estructural en la planeación urbana
- Evidencia la necesidad de políticas públicas que acerquen las viviendas a los centros laborales
- Plantea la urgencia de reconsiderar los horarios laborales y sistemas de transporte

Estos hallazgos coinciden con lo reportado en estudios similares (INEGI, 2023), donde se identifica el tiempo de traslado como un factor crítico en el deterioro de la calidad de vida de los trabajadores mexicanos.

2.- Efectos en el individuo y dinámicas familiares

Figura 5

Niveles de estrés laboral



Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

Los resultados reflejan los niveles de estrés auto percibidos por un grupo de obreros y asalariados, donde se observa una predominancia de niveles altos de estrés. A continuación, se analizan los datos desde una perspectiva psicosocial y laboral, considerando las implicaciones para el bienestar y la intervención desde el Trabajo Social:

El 60% de los obreros calificó su estrés con un 9, y el 30% con un 8, lo que indica que 9 de cada 10 trabajadores experimentan niveles altos de estrés. Esto sugiere condiciones laborales potencialmente adversas, como cargas excesivas de trabajo, falta de control sobre las tareas, o ambientes laborales poco saludables.

Solo el 10% reportó un nivel 6, lo que podría indicar que un pequeño grupo cuenta con estrategias de afrontamiento más efectivas o está en condiciones laborales menos estresantes. Este grupo podría ser clave para identificar factores protectores que podrían replicarse en intervenciones.

Figura 6

Zombificación laboral

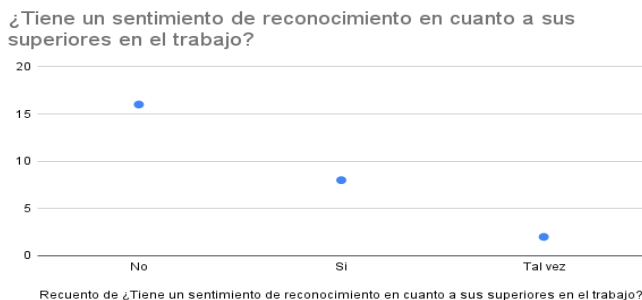


Nota. En la figura, retomado del perfil de LinkedIn de Ramón H. Galarza (2023) se visualiza de manera sarcástica y crítica el proceso del desgaste emocional y psicológico que puede presentar un individuo en su ambiente laboral con el pasar del tiempo. Se aplica una secuencia de cinco personas que se van convirtiendo paulatinamente en una especie de "zombi laboral", conforme pasan los meses en su trabajo.

Satisfacción con la remuneración económica que perciben

Figura 7

Reconocimiento laboral



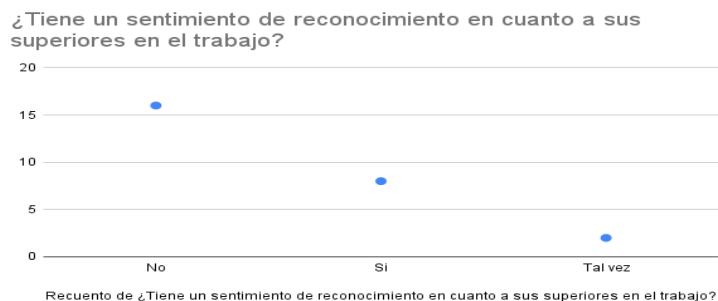
Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

La mayoría de los trabajadores (más del 50%), manifiesta que su salario no solo es insuficiente, sino que en muchos casos no alcanza el mínimo legal, lo que incumple con lo establecido en la legislación laboral. Un 72% recibe salarios inferiores al costo de la canasta básica (6,500 vs.6,500 vs.9,000 MXN en 2024). Esta percepción de injusticia económica no es subjetiva, sino que se basa en una comparación tangible entre el esfuerzo laboral realizado y la compensación recibida, la cual no cubre las necesidades básicas según las versiones recolectadas.

Percepción sobre reconocimiento laboral

Figura 8

Percepción sobre reconocimiento laboral



Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

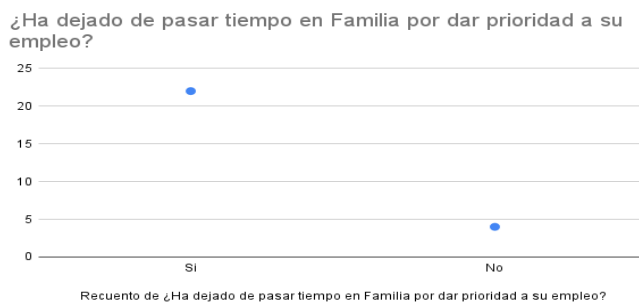
Existe un alto índice de percepción negativa con el 60% diciendo que no, el 30% refirió que sí, y el 10% no está seguro. Los resultados donde el 60% de los trabajadores percibe nulo reconocimiento por su labor, evidencian una grave falla estructural en la gestión del capital humano, con implicaciones éticas, operativas y económicas. El reconocimiento laboral no es un aspecto secundario, sino un pilar fundamental para garantizar el bienestar de los trabajadores y la sostenibilidad de las organizaciones. Su ausencia no solo impacta a nivel individual, sino que debilita la estructura productiva en su conjunto.

Esta falta de reconocimiento genera un sentimiento de invisibilidad entre los trabajadores, afectando su compromiso y lealtad hacia la organización. El 65% teme ser despedido y no tener más opciones laborales, puesto su edad aumenta y las oportunidades disminuyen” (empleada doméstica 39 años). Se observa una correlación directa entre la falta de aprecio institucional y el aumento del estrés laboral reportado en los datos previos

Vínculos familiares

Figura 9

Convivencia con la familia



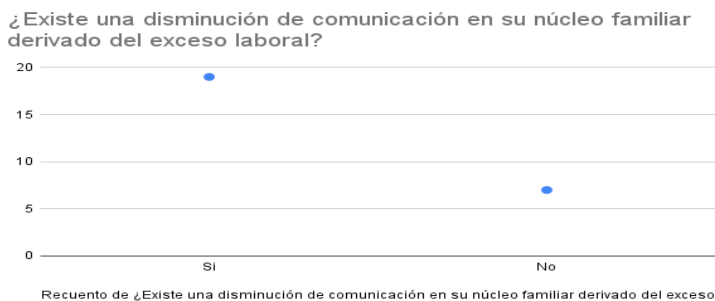
Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

Los resultados cuantitativos dibujan un escenario alarmante: ocho de cada 10 trabajadores admiten que su empleo ha reconfigurado cuando no fracturado sus dinámicas familiares básicas. Esta estadística no refleja simples ajustes cotidianos, sino una subordinación estructural de la familia a las demandas laborales. El dato del 85% constituye un termómetro social que mide el costo humano del modelo económico

actual 88% sintió que su trabajo "consume toda su energía", dejándolos sin disposición para la familia.

Figura 10

Comunicación en la familia



Nota. Elaboración propia con datos de las entrevistas, 2025.

18 personas (72%) respondieron que sí, siete personas (28%) respondieron que no. Esto significa que la mayoría significativa de los encuestados (más de dos tercios), perciben que el exceso de trabajo ha afectado negativamente la comunicación en su familia. Este resultado evidencia un impacto directo del ámbito laboral en las relaciones personales y familiares.

Conclusiones

La investigación presentada revela cómo las condiciones laborales precarias, enmarcadas en un sistema económico capitalista orientado a la maximización de la ganancia, erosionan la libertad individual y el desarrollo humano, tal como lo concibió John Stuart Mill. La explotación laboral no solo limita la autonomía de los trabajadores, sino que también debilita sus vínculos familiares, impidiéndoles ejercer plenamente su derecho a una vida digna. Mill sostenía que la verdadera libertad reside en la capacidad de perseguir el propio bien sin perjudicar a otros, un principio que se ve violentado cuando las jornadas extenuantes, los salarios injustos y la falta de derechos laborales convierten al trabajador en un sujeto sometido, más que en un ciudadano libre.

En el mismo sentido, se evidencia una profunda contradicción entre el discurso oficial de bienestar social y la realidad de un sistema económico que sacrifica los vínculos humanos en aras de la productividad., el deterioro de los vínculos familiares puede ser visto como una crítica profunda al sistema económico vigente desde la óptica del trabajo social. La obra de John Stuart Mill y su utilitarismo nos invitan a reflexionar sobre cómo nuestras decisiones económicas deben considerar el valor intrínseco de las relaciones humanas. Solo así podremos aspirar a un modelo social que no solo busque la maximización de recursos, sino que también valore el bienestar emocional y la satisfacción interpersonal que son fundamentales para el desarrollo de sociedades saludables.

Además, este análisis evidencia que la precarización laboral no es un fenómeno aislado, sino parte de una estructura sistémica reforzada por la corrupción, la indiferencia social y la normalización de la violación de derechos humanos. El sistema económico, la globalización, el clasismo y los medios de comunicación han contribuido a perpetuar un modelo que beneficia a unos pocos a costa del bienestar de la mayoría. Ante este escenario, surge la urgencia de reivindicar, con mayor fuerza, que todas las personas tienen derecho a un trabajo digno, a una vida plena y a relaciones familiares sólidas, libres de la opresión económica. Esto ha aumentado el costo de vida y la precarización laboral, lo que ha llevado muchas familias a vivir en condiciones de estrés constante.

Este ambiente de incertidumbre y ansiedad genera conflictos internos y una desconexión emocional. En lugar de ser un refugio seguro, el hogar se transforma en un escenario de tensiones y discusiones, en donde la falta de recursos económicos se traduce en la incapacidad de garantizar el bienestar emocional de sus integrantes.

La lectura de John Stuart Mill, en su defensa apasionada de la libertad individual como condición primordial para el desarrollo pleno del ser humano, proveyó un marco conceptual fundamental para analizar cómo las condiciones laborales precarias descritas en esta investigación impactan directamente en la capacidad de los individuos para ejercer su autonomía y perseguir su propio bienestar, incluyendo la dedicación de tiempo y atención a sus lazos familiares. La

investigación busco evidenciar cómo la explotación laboral restringe la libertad de elección y el desarrollo personal en la esfera familiar, conceptos centrales en la filosofía de Mill.

En este sentido, el enfoque utilitarista de Mill, que busca maximizar la felicidad, parece fallar cuando el bienestar de la familia no se encuentra en la ecuación. Las políticas públicas actuales tienden a favorecer un desarrollo económico que no necesariamente alimenta las relaciones familiares, sino que las pone a prueba. Cuando se considera el bienestar colectivo a partir de indicadores económicos, se ignora la dimensión emocional de la vida humana y su impacto en la cohesión familiar.

Es crucial señalar, desde una perspectiva analítica, que la explotación laboral observada y documentada en esta investigación se inscribe en la lógica de un sistema económico capitalista. Dicho sistema, en su dinámica inherente de acumulación de capital y maximización de la ganancia, puede generar condiciones de subordinación y vulnerabilidad laboral que se manifiestan concretamente en fenómenos como el que se ha abordado en el presente estudio. Las características de empleo precario, la extensión de la jornada laboral sin la debida compensación y la ausencia de prestaciones laborales constituyen expresiones directas de esta dinámica sistémica, cuyo impacto trasciende la esfera individual para incidir profundamente en la estructura y calidad de los vínculos familiares.

El trabajo social, como disciplina comprometida con la justicia social, no se puede limitar a funciones burocráticas o paliativas. El verdadero rol debe ser transformador: denunciar las estructuras de opresión, promover economías solidarias, fomentar la autogestión obrera y defender lo común frente a la privatización y el despojo. Los profesionales de esta área deben asumirse como agentes de cambio radical, abandonando la neutralidad para abrazar un activismo que cuestione el orden establecido. La felicidad colectiva no será posible sin justicia económica, y eso exige no solo reparar daños, sino incendiar los sistemas que los generan.

En conclusión, el deterioro de los vínculos familiares puede interpretarse como una crítica profunda al sistema económico vigente desde la óptica del Trabajo Social. La obra de John Stuart Mill, en particular su enfoque utilitarista, invita a reflexionar sobre cómo las decisiones económicas deben incorporar el valor intrínseco de las relaciones humanas. Solo así, se podría aspirar a un modelo que —como señala Mill en *El utilitarismo* (Mill, *El utilitarismo*, 1863)— no confunda ‘progreso’ con mera acumulación material, sino que lo evalúe por su capacidad de fomentar vínculos significativos y una felicidad humana genuinamente cualificada."

Referencias

- Alayón, N., (2009). Asistencia y asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? *Revista Eleuthera*, 3, 238-239.
- Baquero, K. (2016). Bentham y la máxima utilitarista de “la mayor felicidad para el mayor número”: ¿Crítica fundada o autor incomprendido? *Ambiente Jurídico* N° 21, p. 133-159.
<file:///C:/Users/100025782/Downloads/Dialnet-BenthamYLaMaximaUtilitaristaDeLaMayorFelicidadPara-7257728.pdf>
- Bentham, J. (1789) *Los principios de la moral y la legislación*. Claridad. <https://es.scribd.com/document/522009536/Los-principios-de-la-moral-y-la-legislacion-Jeremy-Bentham>
- Bolsa Mexicana de Valores (2024). *Informe Anual Integrado 2024*.
<https://www.bmv.com.mx/docs-public/informeAnual/Informe%20Anual%202024%20Grupo%20BMV.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación (2022). *Chiapas. Ciudad de México*: CONEVAL, 2022.
https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Chiapas.pdf
- Galarza, R. H. (2023). *Linkedin*.
<https://www.linkedin.com/pulse/zombificaci%C3%B3n-laboral-ramon-horacio-galarza/>

- INEGI (14 de diciembre de 2023). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Estacional (ENIGHE) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENIGH-E/ENIGH-E2022.pdf>
- Lagrotta, M. (2017). *La crisis de 1890. Aproximación. Según Benjamín Nahum*. <http://profelagrotta.blogspot.com/2017/03/la-crisis-de-1890-aproximacion-segun.html>
- Rubín, T. (20 de mayo de 2024). *Terminan 28 de cada 100 alumnos de primaria la universidad*. Reforma. <https://www.reforma.com/terminan-28-de-cada-100-alumnos-de-primaria-la-universidad/ar2810769>
- Stuart Mill, J. (1859). *Sobre la Libertad*. Aguilar Librería de Libros. <https://ldeuba.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/libro-stuart-mill-john-sobre-la-libertad.pdf>
- Stuart Mill, J. (1863). *El utilitarismo*. Ed. Aguilar. Sexta Edición. Buenos Aires, Argentina. [https://www.filosoficas.unam.mx/docs/541/files/Mill%20\(1863\)%200%20el%20utilitarismo%20\(cap%C3%ADtulo%202\).pdf](https://www.filosoficas.unam.mx/docs/541/files/Mill%20(1863)%200%20el%20utilitarismo%20(cap%C3%ADtulo%202).pdf)

Sobre el y las coordinadoras

Josué Méndez Cano



Licenciado en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Doctorante en Trabajo Social en la Universidad Pública de Navarra, España. Docente de asignatura de la Licenciatura en Trabajo Social en el Sistema de la Universidad Abierta y Educación a Distancia en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor-Investigador en el posgrado de Desarrollo Social de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS). Presidente de la Red Internacional de Investigación en Trabajo Social, RIITS. Editor de la Revista ACANITS Redes Temática de Trabajo Social y Miembro del Comité Asesor Científico Internacional de la Revista TS Nova del Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia, España; y Revisor-evaluador de artículos en la Revista Cuadernos de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Yolanda de Jesús Hernández Delgado



Profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Cuenta con perfil PRODEP y es Candidata del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) para el periodo 2023-2026. Es licenciada en Trabajo Social por la UAEH (2008) y maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara (2013), donde desarrolló una tesis sobre la vejez indígena otomí. En 2019 obtuvo el doctorado en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco, con una investigación sobre el habitus de la vejez en el Cerro del Cuatro, Jalisco.

Realizó una estancia posdoctoral en el Instituto Nacional de Salud Pública (2021-2025), centrada en las desigualdades a lo largo de la vida en personas mayores indígenas en México. Ha sido consultora externa de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón y profesora en el Centro Universitario de Tonalá y en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, impartiendo asignaturas vinculadas con la gerontología.

Porfiria Calixto Juárez



Docente e investigadora de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano (UATSCDH) de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), México. Licenciada en Trabajo Social, Maestra en Trabajo Social con especialidad en Salud en la UATSCDH y Doctora en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS).

Colaboradora del Cuerpo Académico “Trabajo Social y Desarrollo” de la UATSCDH e investigadora reconocida como candidata por el Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) de la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (CECIHTI). Participación en Congresos Nacionales e Internacionales y autora y coautora de capítulos de libros y revistas indexadas, de difusión y divulgación. Respecto a las líneas de indagación: bienestar, salud mental, calidad de vida, vulnerabilidad y fragilidad de los Adultos Mayores; bienestar, salud mental y calidad de vida de los universitarios.

Trabajo social, familia y vejez: Retos en contextos contemporáneos, se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 19 de diciembre de 2025. La edición electrónica será publicada en la página web de La Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social; www.acanits.org

La obra que se presenta es resultado de diversas actividades académicas organizadas por la Red Nacional de Investigación en Trabajo Social (RENITSE) y Envejecimiento de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS).

El libro integrado por nueve capítulos aborda temas específicos del fenómeno del envejecimiento al mostrarlo como un fenómeno global, complejo y profundamente determinado por factores demográficos, sociales, institucionales y afectivos. Esta obra nos invita desde una postura crítica a visualizar algunos dilemas y tensiones que se presentan con mayor frecuencia e intensidad en la sociedad del envejecimiento, para finalmente, invitar a elaborar, promover y consolidar procesos de intervención desde la disciplina del trabajo social en un marco ético y de justicia social.

ISBN: 978-607-8987-45-0

