

Envejecimiento, bienestar y cuidado: desafíos para el Trabajo Social

Coordinadoras
Mireya Patricia Arias Soto
Porfiria Calixto-Juárez
Nora Patricia López Arzola



Envejecimiento, bienestar y cuidado: desafíos para el Trabajo Social

Coordinadoras
Mireya Patricia Arias Soto
Porfiria Calixto-Juárez
Nora Patricia López Arzola





Primera Edición: octubre, 2026

© 2026 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.

ISBN: 978-607-8987-68-9

DOI: <https://doi.org/10.62621/027hfj72>

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS).

Red Nacional de Investigación en Trabajo Social y Envejecimiento

Universidad Autónoma de Tamaulipas

© 2026 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A. C.

Portada: Martín Castro Guzmán

Fotografía: Marisela Rivera Montoya

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

	Pág.
Introducción	10
Funcionalidad familiar y calidad de vida en Personas Mayores: estudio correlacional en Culiacán, Sinaloa.	18
Porfiria Calixto-Juárez José Aldo Hernández Murúa María del Carmen Flores Ramírez	
Las motivaciones y las repercusiones del trabajo informal en la vejez, un análisis en Apizaco, Tlaxcala.	36
Pamela Pérez Elvira Crisoforo Pacheco Santos	
Activismo a lo largo de la vida.	62
Daniela Maldonado Meléndez	
Envejecimiento Poblacional y Políticas de Cuidado en Granada, España: Desafíos Para el Trabajo Social y las Redes de Apoyo.	79
Tamara Cristina García Ovalles Marisela Rivera Montoya Juan Antonio Maldonado Molina	
Políticas públicas, pensión para el bienestar y calidad de vida en adultos mayores en México.	98
Michel Josefina Ríos Rodríguez Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos Julio César González Vázquez	
Autocuidado y envejecimiento en personas con diabetes: desafíos para la intervención del Trabajo Social.	126
Citlali Teresita de León Soto Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos Francisca Elizabeth Pérez Tovar	

Significados y representaciones de la vejez: un estudio con adultos mayores. 154

Raquel García Vallejo

Marcela de Lourdes Cordero Pérez

Luis Enrique Soto Alanís

El edadismo en la era digital y la salud del adulto mayor. 171

Martha Leticia Cabello Garza

Janet García González

Cuerpo, Identidad y cuidado en la vejez. Una mirada desde las representaciones sociales. 193

Reyna Alicia Arriaga Bueno

José Luis Nuncio Domínguez

Naomi Miroslava González García

Diagnóstico Participativo en Adultos Mayores en Mapachapa, Minatitlán, Veracruz. 217

Priscila Anahí Hernández Martínez

Daniel de Jesús Orozco García

Héctor Abel Santos Ortiz

Aportes a la reflexión de una Ética en el Trabajo Social Gerontológico 239

Raquel Cuentas Ramírez

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos, sociales y de salud más relevantes del siglo XXI. El incremento sostenido de la esperanza de vida, acompañado por la disminución de las tasas de fecundidad y las transformaciones en las estructuras familiares, ha modificado progresivamente la composición de las sociedades contemporáneas. Este escenario plantea importantes desafíos para los sistemas de salud y protección social, las familias, las comunidades, las instituciones y las políticas públicas, al tiempo que demanda nuevas formas de comprender y atender las necesidades, capacidades y derechos de una población que vive cada vez más años.

Hablar de envejecimiento implica reconocer que no existe una única forma de transitar por esta etapa del curso de vida. Las experiencias de las personas mayores son diversas y se encuentran determinadas por sus trayectorias vitales, condiciones socioeconómicas, estado de salud, género, redes familiares y comunitarias, acceso a la seguridad social, oportunidades educativas, condiciones territoriales y posibilidades de participación. Por ello, la vejez no puede explicarse exclusivamente desde una perspectiva cronológica o biológica; constituye también una construcción social, histórica, cultural y política, atravesada tanto por desigualdades acumuladas como por capacidades, experiencias, saberes y posibilidades de participación social.

Desde esta perspectiva, resulta necesario superar aquellas concepciones que identifican automáticamente el envejecimiento con enfermedad, deterioro, dependencia, pasividad o pérdida de capacidades. Tales representaciones pueden reproducir prácticas edadistas que limitan la autonomía y participación de las personas mayores. Frente a ello, se requiere avanzar hacia una comprensión integral que las reconozca como sujetos de derechos, actores sociales y protagonistas de sus propios procesos de vida, valorando sus conocimientos, experiencias, vínculos, aportaciones y capacidad para intervenir en los asuntos que afectan su bienestar individual, familiar y colectivo.

En este escenario, el Trabajo Social adquiere especial relevancia como disciplina y profesión comprometida con los derechos humanos, la justicia social, la dignidad, la inclusión, la participación y el bienestar. Su intervención con personas mayores trasciende la atención asistencial de necesidades inmediatas para incorporar procesos de investigación, diagnóstico, acompañamiento, promoción social, educación, organización, participación, gestión, mediación, fortalecimiento de redes de apoyo, diseño de modelos de intervención y evaluación de programas y políticas públicas. De esta manera, el Trabajo Social puede contribuir a generar condiciones que fortalezcan la autonomía, el autocuidado, la integración social y el ejercicio pleno de los derechos durante el proceso de envejecimiento.

La complejidad del fenómeno demanda, además, una perspectiva interdisciplinaria y multidimensional. Salud, familia, economía, trabajo, vivienda, cuidados, participación social, cultura, tecnologías, políticas públicas, territorio e identidad se encuentran estrechamente relacionados con las condiciones en que las personas envejecen. El análisis de estas dimensiones permite comprender que la calidad de vida durante la vejez no depende exclusivamente de decisiones individuales, sino también de las oportunidades y restricciones construidas socialmente a lo largo del curso de vida.

En este marco se inscribe *Envejecimiento y Trabajo Social*, obra coordinada por Mireya Patricia Arias Soto, Porfiria Calixto-Juárez y Nora Patricia López Arzola, que reúne aportaciones de académicas, académicos, profesionales e investigadores interesados en comprender las múltiples expresiones del envejecimiento y sus implicaciones para la intervención social. El libro articula perspectivas conceptuales, metodológicas y empíricas en torno a temas como calidad de vida, funcionalidad familiar, trabajo informal, participación y activismo social, políticas de cuidado, protección social, enfermedades crónicas y autocuidado, representaciones sociales, edadismo, inclusión digital, cuerpo e identidad, diagnóstico comunitario y ética profesional.

Uno de los principales aportes de la obra radica precisamente en mostrar la heterogeneidad del envejecimiento. Los capítulos permiten transitar desde las relaciones familiares y la salud hasta el trabajo, los

cuidados, las políticas públicas, las tecnologías, la participación social, la comunidad y la ética profesional. Asimismo, incorporan experiencias desarrolladas en diferentes contextos territoriales de México y España, ampliando las posibilidades de reflexión y diálogo sobre las respuestas institucionales, familiares y comunitarias ante las transformaciones demográficas contemporáneas.

Desde la investigación y el compromiso ético del Trabajo Social, esta obra busca contribuir a la generación y difusión de conocimiento que permita comprender críticamente el envejecimiento, fortalecer los procesos de intervención profesional y aportar elementos para el diseño de políticas públicas integrales, incluyentes y sensibles a la diversidad de las personas mayores. Se parte de la consideración de que los desafíos actuales requieren articular investigación, formación profesional, intervención, políticas públicas y participación social para avanzar hacia sociedades capaces de garantizar condiciones de bienestar, autonomía, cuidado, inclusión y ejercicio efectivo de derechos durante todo el curso de vida.

Estructura de la obra

La obra se encuentra integrada por once capítulos, que presentan investigaciones, análisis y experiencias de intervención relacionadas con las personas mayores y que, en conjunto, permiten observar distintas dimensiones del envejecimiento desde el Trabajo Social y disciplinas afines.

El primer capítulo, “*Funcionalidad familiar y calidad de vida en Personas Mayores: estudio correlacional en Culiacán, Sinaloa*”, de Porfiria Calixto-Juárez, José Aldo Hernández Murúa y María del Carmen Flores Ramírez, analiza la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en personas de 60 años y más participantes en un programa de salud física. Mediante un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal, desarrollado con 71 participantes, el capítulo coloca a la familia como una dimensión relevante para comprender las condiciones de bienestar durante la vejez y aporta elementos para pensar intervenciones que articulen salud, vínculos familiares y calidad de vida.

El segundo capítulo, *“Las motivaciones y las repercusiones del trabajo informal en la vejez, un análisis en Apizaco, Tlaxcala”*, de Pamela Pérez Elvira y Crisoforo Pacheco Santos, aborda las razones intrínsecas y extrínsecas que intervienen en la permanencia laboral informal de personas de 65 años y más, así como sus repercusiones socioeconómicas. Desde una metodología descriptiva, mixta y no experimental, el estudio permite problematizar el trabajo en edades avanzadas no solamente como una actividad económica, sino como un fenómeno relacionado con las condiciones de protección social, las necesidades económicas, las trayectorias laborales y las posibilidades de bienestar.

En el tercer capítulo, *“Activismo a lo largo de la vida”*, Daniela Maldonado Meléndez analiza, mediante una investigación documental de enfoque cualitativo, la relación entre la participación en movimientos sociales durante la juventud y las formas de participación social en la vejez. El capítulo permite comprender que la participación no constituye una trayectoria necesariamente continua o lineal, sino un proceso dinámico condicionado por circunstancias personales, históricas y estructurales. Esta reflexión resulta especialmente pertinente para el Trabajo Social al reconocer a las personas mayores como actores políticos y sociales con capacidad de organización, participación e incidencia.

El cuarto capítulo, *“Envejecimiento poblacional y políticas de cuidado en Granada, España: desafíos para el Trabajo Social y las redes de apoyo”*, elaborado por Tamara Cristina García Ovalles, Marisela Rivera Montoya y Juan Antonio Maldonado Molina, amplía el análisis hacia el contexto internacional. Mediante una revisión narrativa y analítica de literatura, información demográfica y documentos de política pública, se examinan las estrategias de cuidado dirigidas a personas mayores en Granada y las relaciones entre las redes formales e informales de apoyo. El capítulo problematiza particularmente los desafíos derivados de un modelo de bienestar con fuerte participación familiar y sus implicaciones para el Trabajo Social.

El quinto capítulo, *“Políticas públicas, pensión para el bienestar y calidad de vida en adultos mayores en México”*, de Michel Josefina

Ríos Rodríguez, Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos y Julio César González Vázquez, examina la relación entre protección económica, políticas públicas y calidad de vida. A partir de una metodología cualitativa, exploratoria y documental, las autoras y el autor revisan literatura científica, evaluaciones e informes institucionales para analizar los alcances y asuntos pendientes de las políticas dirigidas a las personas mayores. Esta aproximación permite discutir el bienestar más allá de las transferencias económicas, incorporando otras dimensiones necesarias para una vida digna.

El sexto capítulo, *“Autocuidado y envejecimiento en personas con diabetes: desafíos para la intervención del Trabajo Social”*, de Citlali Teresita de León Soto, Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos y Francisca Elizabeth Pérez Tovar, aborda las experiencias y prácticas de autocuidado construidas por personas mayores que viven con diabetes. Desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, se analizan los significados que las personas atribuyen a su enfermedad y a las prácticas cotidianas de cuidado. El estudio aporta elementos para comprender el autocuidado como un proceso en el que convergen capacidades individuales, condiciones familiares, recursos sociales, acceso a servicios y desigualdades estructurales.

El séptimo capítulo, *“Significados y representaciones de la vejez: un estudio con adultos mayores”*, elaborado por Raquel García Vallejo, Marcela de Lourdes Cordero Pérez y Luis Enrique Soto Alanís, recupera las voces de las propias personas mayores para comprender los significados y representaciones sociales construidos alrededor de la vejez y su influencia en la vida cotidiana y el bienestar emocional. El estudio, de carácter descriptivo y transversal, destaca la importancia de incorporar la experiencia subjetiva en la investigación y la intervención profesional, evitando que las personas mayores sean concebidas únicamente como objetos de atención.

En el octavo capítulo, *“El edadismo en la era digital y la salud del adulto mayor”*, Martha Leticia Cabello Garza y Janet García González analizan el uso de las tecnologías de la información y la comunicación por personas mayores, particularmente en asuntos relacionados con la prevención y atención de la salud. A partir de una estrategia

metodológica mixta, que integra una encuesta aplicada a 230 personas y un grupo focal, el capítulo examina la apropiación de herramientas digitales y las barreras que pueden profundizar procesos de exclusión. Sus resultados abren una discusión relevante sobre alfabetización digital, acceso a información, autonomía y edadismo en sociedades crecientemente tecnologizadas.

El noveno capítulo, *“Cuerpo, identidad y cuidado en la vejez. Una mirada desde las representaciones sociales”*, de Reyna Alicia Arriaga Bueno, José Luis Nuncio Domínguez y Naomi Miroslava González García, analiza la manera en que personas mayores de 60 años construyen y experimentan las representaciones sociales del cuerpo, así como su relación con la identidad y las prácticas de autocuidado. Mediante un enfoque cualitativo, descriptivo-interpretativo y de orientación fenomenológica, el capítulo permite comprender el cuerpo envejecido como espacio biológico, pero también como construcción social y simbólica atravesada por experiencias, percepciones y relaciones sociales.

El décimo capítulo, *“Diagnóstico participativo en adultos mayores en Mapachapa, Minatitlán, Veracruz”*, elaborado por Priscila Anahí Hernández Martínez, Daniel de Jesús Orozco García y Héctor Abel Santos Ortiz, recupera una experiencia desarrollada desde el Trabajo Social Comunitario. Sustentado en el Modelo de Intervención en la Realidad de Boris Lima, el proceso incorpora recorridos comunitarios, observación directa, vinculación institucional, una cédula sociosanitaria y espacios de diálogo con la población. El capítulo resulta particularmente significativo porque coloca a las personas mayores como actores del diagnóstico y de la construcción de alternativas, fortaleciendo una concepción participativa de la intervención social.

Finalmente, el undécimo capítulo, *“Aportes a la reflexión de una Ética en el Trabajo Social Gerontológico”*, de Raquel Cuentas Ramírez, incorpora una dimensión transversal indispensable para la disciplina: la ética de la intervención profesional. La autora analiza las actuaciones, percepciones y decisiones de las y los trabajadores sociales ante las situaciones y dilemas que surgen en el trabajo con personas mayores. Desde esta perspectiva, la ética no se concibe únicamente

como un conjunto de principios abstractos, sino como una dimensión constitutiva de la práctica profesional que requiere análisis, deliberación y formación permanente, particularmente en el campo gerontológico.

En conjunto, los once capítulos configuran un recorrido que va de la persona y la familia hacia la comunidad, las instituciones y las políticas públicas, y de las condiciones materiales de existencia hacia dimensiones subjetivas, culturales, tecnológicas y éticas. Esta diversidad constituye una fortaleza de la obra, porque permite comprender que el envejecimiento no puede abordarse desde una sola variable ni mediante respuestas homogéneas. Salud, cuidado, ingresos, trabajo, vínculos familiares, participación, identidad, tecnologías, territorio y derechos interactúan de manera permanente en la construcción social del bienestar durante la vejez.

Envejecimiento y Trabajo Social representa, por tanto, una invitación al análisis, la reflexión y la construcción de nuevas respuestas profesionales frente a una sociedad que envejece. Más que considerar este proceso exclusivamente como un desafío demográfico, la obra propone comprenderlo como una oportunidad para revisar las instituciones, transformar prácticas edadistas, fortalecer las redes de cuidado y participación, y generar modelos de intervención sustentados en derechos, autonomía, dignidad y justicia social. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social se posiciona como un campo disciplinar y profesional estratégico para contribuir a la construcción de sociedades en las que vivir más años signifique también ampliar las posibilidades de participar, decidir, cuidar y ser cuidado, ejercer derechos y vivir con dignidad a lo largo de todo el curso de vida.

Mireya Patricia Arias Soto
Porfiria Calixto-Juárez
Nora Patricia López Arzola

Funcionalidad familiar y calidad de vida en Personas Mayores: estudio correlacional en Culiacán, Sinaloa

Porfiria Calixto-Juárez

Universidad Autónoma de Tamaulipas

José Aldo Hernández Murúa

Universidad Autónoma de Sinaloa

María del Carmen Flores Ramírez

Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen

El proceso de envejecimiento conlleva cambios progresivos a nivel físico y mental que pueden incidir en la percepción de calidad de vida de las Personas Mayores (PM). Dicho proceso se desarrolla en un entorno social y familiar específico, donde la funcionalidad adquiere relevancia como posible factor protector o de riesgo. *Objetivo:* determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en PM de 60 años participantes en un programa de salud física en Culiacán, Sinaloa, México. *Metodología:* enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional y transversal. Muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por 71 PM que asistían a un programa de salud física de la Facultad de Educación Física y Deporte. Se aplicaron el cuestionario FF-SIL, la escala WHOQOL-BREF y una cédula sociodemográfica. El análisis inferencial se realizó mediante la prueba Rho de Spearman, al no cumplirse el supuesto de normalidad. *Resultados:* la mayoría fueron mujeres, con edades entre 60 a 70 años, predominantemente casados, con nivel universitario. El 49.3% no padece enfermedades; pero, destacaron la diabetes e hipertensión. No se identificó una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad y la calidad de vida de las PM ($\rho = .18$; $p = .134$). Más

del 50% percibió a su familia funcional y la mayoría reportó nivel medio de calidad de vida. La calidad de vida constituye un fenómeno multidimensional influido por factores individuales, sociales y contextuales. Aunque no se evidenció relación significativa con la funcionalidad familiar, esta continúa siendo un elemento relevante en el proceso de envejecimiento, junto con la participación en programas de salud física que favorecen la autonomía y bienestar integral.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos y sociales más relevantes del siglo XXI, con repercusiones directas en los sistemas de salud, la organización familiar y la calidad de vida de las Personas Mayores. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), señala que entre 2015 y 2050 la proporción de personas de 60 años y más casi se duplicará, al pasar del 12% al 22%. Además, se estima que para 2050 más del 80% de esta población vivirá en países de ingresos bajos y medios.

En México, este proceso se manifiesta de manera acelerada como consecuencia de la disminución sostenida de la fecundidad, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Actualmente, las Personas Mayores representan aproximadamente el 12.8% de la población total, y se proyecta que para el año 2030 superarán en proporción a la población infantil, alcanzando alrededor del 14.96% del total nacional (Consejo Nacional de Población CONAPO, 2025; INAPAM, 2025).

Esta transición demográfica plantea importantes retos para la atención integral de la salud, especialmente ante el aumento de enfermedades crónicas y de condiciones asociadas a la dependencia funcional. De acuerdo con el INEGI (2023), las principales enfermedades que afectan a las Personas Mayores son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los padecimientos osteoarticulares, los cuales impactan de forma directa tanto en la funcionalidad como en la percepción subjetiva de bienestar.

En este contexto, la familia continúa siendo el principal sistema de apoyo para la Persona Mayor, tanto en el cuidado cotidiano como en el acompañamiento emocional y social. Para comprender el constructo funcionamiento familiar, es indispensable definir el concepto de familia. Esta se entiende como una agrupación concreta de personas unidas por vínculos de parentesco, matrimonio o interacción social, que proporciona seguridad, pertenencia y bienestar a sus integrantes (Grijalva, s.f.).

Según las Naciones Unidas (s. f.), la familia constituye la unidad fundamental de la sociedad. Es un grupo de seres humanos unidos por un vínculo de afecto inmersos en un contexto determinado que conviven, interactúan y apoyan entre sí.

El funcionamiento familiar se refiere a la manera en que la familia, como sistema, organiza sus relaciones, resuelve problemas y enfrenta situaciones de crisis a lo largo del ciclo vital. Desde esta perspectiva, Robalino (2022), señala que el funcionamiento familiar es la representación en que el régimen familiar es considerado como un grupo de seres humanos, que tiene bien desarrollada su habilidad social para manejar apropiadamente las circunstancias de crisis que se puedan presentar en el transcurso de sus vidas, mientras que Delfín-Ruiz et al., (2020), lo definen como el conjunto de características que explican las regularidades en la forma en que la familia opera, valora y se comporta.

En el presente estudio, el funcionamiento familiar se conceptualiza como la capacidad de la familia para adaptarse, comunicarse eficazmente y mantener relaciones afectivas equilibradas frente a los cambios propios del envejecimiento. Una dinámica familiar funcional puede favorecer la estabilidad emocional y la salud física de las Personas Mayores, mientras que la disfunción familiar puede incrementar el riesgo de deterioro en la calidad de vida (Salazar-Barajas, et al., 2019).

Por otro lado, la calidad de vida se entiende como el bienestar que perciben los seres humanos al satisfacer sus necesidades consideradas relevantes en un entorno cultural y social específico (Gobierno de México, s.f.). Se trata de un concepto amplio y multidimensional que

se conforma de diversas dimensiones (físicas, psicológicas, sociales, ambientales, etc.), considerando la percepción que tiene el ser humano de su posición en la vida inmerso en su entorno cultural y social.

En el marco de la Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030), la OPS y la OMS (2022), reconocen que mejorar la calidad de vida de las Personas Mayores requiere fortalecer la capacidad funcional, originar ambientes favorables y fomentar la participación social activa.

Con base en lo anterior, se evidencia una positiva relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida; sin embargo, esta asociación puede variar según el entorno sociocultural y el grado de independencia funcional de las Personas Mayores. En este sentido, resulta pertinente analizar dicha relación en escenarios específicos, como los programas universitarios de salud física, los cuales pueden constituir un factor protector adicional para el bienestar integral de las Personas Mayores.

A partir de lo expuesto, se plantean las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis nula (H_0):* no existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los participantes.
- *Hipótesis alterna (H_1):* Existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los participantes.

Metodología

Enfoque, alcance y diseño: El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal.

Población y Muestra: La muestra estuvo conformada por Personas Mayores de 60 años que asistían de manera regular a un programa universitario de salud física universitario en la Ciudad de Culiacán, Sinaloa. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, integrándose una muestra final de 71 participantes, mujeres y hombres, quienes aceptaron voluntariamente formar parte de la indagación.

Instrumentos: La recogida de datos se llevó a cabo de manera presencial mediante los siguientes instrumentos:

- *Cédula sociodemográfica:* que incluyó variables como edad, sexo, estado civil, escolaridad y estado de salud de las Personas Mayores.
- *Cuestionario FF-SIL (Ortega et al., 1999):* evalúa la funcionalidad familiar de manera cuantitativa mediante 14 ítems con opciones de respuesta tipo Likert siguientes: casi nunca (1), pocas veces (2), a veces (3), muchas veces (4), casi siempre (5). La puntuación varía desde 14 a 70 puntos que se distribuyen en cuatro dimensiones, definiendo la familia en: funcional (57-70), moderadamente funcional (43-56), disfuncional (28-42) y severamente disfuncional (14-27). Las dimensiones son las siguientes:

Cohesión: dicho constructo se conforma de dos componentes: los lazos afectivos que se tienen los integrantes de la familia y el nivel de independencia que cada miembro perciba dentro del sistema familiar (Olson, 2019). Es el grado de afecto o desapego que existe entre los integrantes de la familia, incluidas las Personas Mayores.

Armonía: de acuerdo a León (s.f.), la armonía es un elemento imprescindible en la familia. Es un estado de tranquilidad, donde la capacidad de los integrantes de la familia es significativa para resolver y comprender las situaciones que se presenten fomentando el respeto y apoyo emocional y, por ende, un entorno familiar seguro.

Comunicación: Según Feria (2023), la comunicación familiar es el lazo emocional que vincula a los integrantes de la familia entre sí, es una dimensión facilitadora que permite oscilaciones en otras dimensiones y tener muy buenas destrezas de comunicación como la empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, claridad, respeto, consideración recíproca, etc. Es la interacción de ideas, pensamientos y sentimientos que se da entre los integrantes de la familia incluyendo al Adulto Mayor, creando con ello una adecuada o inadecuada comunicación familiar.

Permeabilidad: es un recurso familiar que se describe como la capacidad que tiene la familia para abrirse hacia otros establecimientos de la sociedad, permitiendo una relación prudente de sus integrantes con otros subsistemas (Gonzalez, 2000). En otras palabras, es la capacidad de apertura que presentan los integrantes de la familia al exterior (amistades, instituciones, trabajo, etc.).

Afectividad: es una dimensión del ser humano que conjunta emociones y sentimientos (Bedolla, 2022), los cuales son significativos en el seno familiar, incluso más en la fase de la vejez.

Según el Blog Hookipa (2026) los *roles*: son las funciones o posiciones que asume cada integrante de la familia en el sistema familiar, estos roles se configuran con el paso del tiempo mediante las dinámicas que se dan entre las relaciones y la interacción en los integrantes y no son instituidos necesariamente de forma explícita. En otras palabras, los roles son patrones de comportamiento, funciones y responsabilidades que cada integrante de la familia asume para mantener un equilibrio adecuado en el hogar.

Adaptabilidad: “Es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo” (Olson, 2019, p. 8). En este caso, es cuando la familia o el adulto mayor enfrentan situaciones complejas que pueden fortalecer o debilitar los vínculos familiares, convirtiéndose en áreas de oportunidad o detonar problemas.

- *WHOQOL-BREF (OMS, 1994)*: instrumento creado por la OMS para evaluar y valorar la calidad de vida a través de cuatro dimensiones; se conforma de dos preguntas generales (salud y calidad de vida), además de 24 ítems, rescatando los conceptos de Mejía (2021).

Física: es la satisfacción de cada persona por su estado corporal o condición de salud, la cual, es la ausencia de trastornos o padecimientos, sintomatologías, consecuencias o efectos adversos del tratamiento, indudablemente, no existe duda de que estar sano es una

condición primordial para ser feliz y contar con una vida con calidad (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).

Psicológica: satisfacción del ser humano por las condiciones de su estado cognoscitivo y afectuoso, como el miedo, la ansiedad, la depresión, la pérdida de autoestima e incertidumbre relacionadas a su vida futura (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26),

Social: satisfacción que la persona tiene por sus capacidades y destrezas para relacionarse con los demás, asimismo, de los roles sociales que debe cumplir tocante a su vida familiar, laboral y comunitaria (ítems 20, 21 y 22).

Ambiental: satisfacción que el individuo tiene por sus relaciones con el entorno, y sobre la necesidad de concientizarse en cuanto a los impactos perjudiciales del medio y la comunidad donde se encuentra; esta dimensión se relaciona con la conciencia de las personas en cuanto al comportamiento de su consumo y actitud hacia la naturaleza y sus elementos (ítem 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Cada ítem se valora en una escala del uno al cinco, mientras sea más alta la puntuación será más alta la calidad de vida. Sin embargo, se clasificó la escala total de 24 ítems en nivel alto, medio y bajo, se sumaron los puntos de cada ítem; 24 se multiplicó por cinco, que es el valor máximo, mientras que para el valor mínimo, se multiplicó por uno. Obteniendo un nivel de calidad de vida bajo de 24 a 56, medio de 57 a 89 y calidad de vida alto de 90 a 120 puntos. Respecto a las cuatro dimensiones del instrumento, también se determinó el nivel bajo, medio y alto.

Si bien, el cuestionario FF-SIL y la escala WHOQOL-BREF, cuentan con validez y confiabilidad previas; no obstante, se realizó un análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, obteniéndose coeficientes aceptables para el contexto del estudio.

Tabla 1. Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	No de elementos
FF-SIL	.864	14
WHOQOL-BREF	.946	26

Nota. Elaboración propia.

Análisis estadístico

El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente, un análisis inferencial. La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S), indicó que la variable funcionalidad familiar presentó una distribución no normal ($p < .05$), mientras que la calidad de vida mostró una distribución compatible con la normalidad ($p > .05$). Considerando el tamaño de la muestra y la naturaleza ordinal de las escalas se decidió utilizar la correlación Rho de Spearman.

Tabla 2. Prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S).

	Estadístico	Gl	Sig.
ESCTOT	.154	71	.000
WBTOT	.082	71	.200*

Nota. Elaboración propia.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social, garantizando el respeto a la autonomía, la confidencialidad y el consentimiento informado (Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social, s.f.; Asociación Médica Mundial, s.f.).

La participación fue informada, voluntaria y libre de coerción. Con anterioridad a la recogida de datos, a cada participante se le explicó de forma clara el objetivo de investigación, además de garantizar el derecho a retirarse del estudio en el momento que lo decidieran. Se diseñó y utilizó un consentimiento informado adaptado a las particularidades de la población etaria participante. Respetando su nivel de comprensión y promoviendo la toma de decisiones autónoma

(Carrasco y Solis, 2022; Lutz, 2023), el cual fue firmado por cada participante.

La confidencialidad de la información se protegió por medio de la asignación de códigos numéricos a cada persona. La información recogida se utilizó únicamente con fines de investigación y se resguarda por los responsables de la indagación.

Estos principios adquieren una relevancia significativa cuando la indagación incluye a los Personas Mayores, quienes en ciertos casos se encuentran en circunstancias de mayor vulnerabilidad.

Resultados y discusión

Tabla 3. *Caracterización de la muestra*

Variable	Categoría	N = 71 f	100% %
Sexo	Mujer	52	73.2
	Hombre	19	26.8
Edad	60-65	27	38.0
	66-70	26	36.6
	Más de 70	18	25.4
Soltero(a)	9		12.7
Separado(a)	4		5.6
Casado(a)	40		56.3
Divorciado(a)	2		2.8
Viudo(a)	16		22.5
Trabaja	Si	16	22.5
	No	55	77.5
Nivel educativo	Ninguno	3	4.2
	Primaria	3	4.2
	Secundaria	5	7.0
	Preparatoria	5	7.0
	Universidad	50	70.4
	Posgrado	5	7.0
Jubilado/pensionado	Jubilado	50	70.4
	Pensionado	17	23.9
	No	4	5.6
Enfermedad	Ninguna	35	49.3
	Hipertensión	17	23.9
	Diabetes	8	11.4
	Fibrosis quística	2	2.8
	Ansiedad/depresión	1	1.4
	Hipotiroidismo	5	7.0
	Apnea severa	2	2.8
	Gastritis	1	1.4

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con la clasificación etaria de (Mendoza-Núñez, s.f.), los participantes se ubicaron inicialmente en el grupo de “viejos-jóvenes” (60 a 74 años), etapa inicial del envejecimiento.

Respecto al estado civil, aproximadamente el 60% de las Personas Mayores que participaron se encontraba casado, dato congruente con lo reportado a nivel nacional por el INEGI (2024). Cabe destacar que una cantidad considerable no trabaja y están pensionados o jubilados.

En cuanto al estado de salud, cerca del 50%, de los participantes refirió no presentar enfermedades; sin embargo, prevalecieron la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Patologías comunes en este grupo poblacional (Bonanad et al., 2020). El cual, presenta mayor riesgo a padecer enfermedades crónico-degenerativas como las referidas y otras (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2021).

En tal sentido, la diabetes es uno de los padecimientos con más prevalencia en el mundo (INEGI, 2023). Por lo anterior, dicha enfermedad al ser crónico degenerativo afectará la capacidad física y mental de las Personas Mayores por el deterioro gradual que se va presentando y, por ende, afectará su salud mental y calidad de vida.

Funcionalidad familiar y calidad de vida

Tabla 4. *Funcionalidad familiar*

Variable Funcionalidad familiar	N = 71 F	100% %
Funcional	40	56.3
Moderadamente disfuncional	27	38.0
Disfuncional	4	5.6
Severamente disfuncional	0	

Nota. Elaboración propia.

Con base en el análisis descriptivo, los resultados mostraron que una mayoría (56.3%) de las Personas Mayores presentaron una familia funcional.

Tabla 5. *Nivel de calidad de vida*

Variable Nivel de calidad de vida	N = 71 F	100% %
Alto	33	46.5
Medio	38	53.5
Bajo	0	

Nota. Elaboración propia.

Se observa que la mayoría (53.5%) presentó un nivel de calidad de vida medio. No obstante, el análisis inferencial mediante la correlación de Rho de Spearman reveló que no existió una relación estadísticamente significativa entre las variables de este estudio debido a que se encontró una correlación positiva baja entre funcionalidad familiar y calidad de vida ($\rho = .18$; $p = .134$), sin lograr significancia estadística, por lo que no se rechazó la hipótesis nula. Este hallazgo coincide con lo reportado por Montes et al., (2025).

A pesar de ello, los resultados difieren de estudios que se realizaron en contextos nacionales e internacionales, los cuales reportan asociaciones positivas y significativas entre las variables referidas (Duran-Badillo et al., 2022; López y García-Cortés, 2022; Hernandez-Blas et al., 2024; Mireles et al., 2022).

Esta discrepancia podría explicarse por el contexto específico de la población etaria participante, ya que la participación activa en un programa de salud física universitario puede actuar como un factor protector que favorezca la autonomía, la socialización y el bienestar percibido, independientemente del funcionamiento familiar.

En concordancia, la actividad física ha sido identificada como una variable clave en la mejora de la calidad de vida física y psicológica en Personas Mayores (López y García-Cortés, 2022).

Del mismo modo, la mayoría de las Personas Mayores participantes en el presente estudio percibieron una familia funcional, dicho resultado restringe la variabilidad de esta variable y disminuye la posibilidad de hallar relaciones significativas.

Este fenómeno ha sido reportado también en estudios con muestras activas y escaso grado de dependencia funcional, como lo reportado por Ochoa et al., (2021), quienes encontraron que las Personas Mayores que practican deportes obtuvieron puntuaciones mejores en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida.

En adición, el elevado nivel educativo de las y los participantes en este estudio podría estar asociado con mayores recursos personales, acceso a información respecto a la salud y mejores estrategias de afrontamiento, lo que contribuiría a una percepción positiva de calidad de vida independientemente de la funcionalidad.

Adicionalmente, la constante participación en actividades grupales dentro del programa universitario podría favorecer el establecimiento de redes de apoyo social extracurriculares, generando beneficios para la calidad de vida independiente del funcionamiento familiar percibido.

Por lo tanto, aunque la bibliografía respalda la importancia del entorno familiar, los resultados de este estudio indican que la calidad de vida de las Personas Mayores es un concepto multidimensional influenciado por factores particulares, sociales, de salud y de participación, además de la funcionalidad familiar.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra, el utilizar un muestreo no probabilístico y el diseño transversal, factores que limitan la generalización de los resultados y la posibilidad de establecer relaciones causales.

Además, las y los participantes pertenecían a un único programa universitario y presentaban niveles educativos superiores a los observados en la población general de Personas Mayores, lo que debe considerarse al interpretar los resultados.

Conclusiones

Las Personas Mayores son seres humanos únicos, inmersos en contextos sociales, familiares y culturales específicos.

La calidad de vida constituye un fenómeno multidimensional influido por factores individuales, sociales y contextuales. Aunque no se evidenció relación significativa entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar, esta continúa siendo un elemento relevante en el proceso del envejecimiento, junto con la participación en programas de salud física que favorecen la autonomía y bienestar integral.

El resultado de este estudio, no minimiza la relevancia de la familia en el proceso de envejecimiento. Se observó una percepción predominantemente positiva tanto de la funcionalidad familiar como de la calidad de vida.

Los programas de salud física universitarios parecen desempeñar un papel importante como factor protector del bienestar integral de las Personas Mayores, al fortalecer su autonomía, participación social y calidad de vida.

Se recomienda continuar realizando estudios multidimensionales, longitudinales y con muestras más amplias, incorporando variables como actividad física, apoyo social y nivel de dependencia, así como diseñar intervenciones integrales que contemplen tanto el entorno familiar como los programas de promoción de la salud.

Referencias

- Asociación Médica Mundial, (s.f.). *Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (s.f.). *Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social*. <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2023/06/Global->

- Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-05-Spanish-1.pdf
- Bedolla Pereda, D. (2022). *Diseño y Afectividad para fomentar Bienestar Integral*. Casa Abierta al tiempo Universidad Autónoma Metropolitana.
- <http://ilitia.cua.uam.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/1034/1/Disen%C3%B3y%20Afectividad.pdf>
- Bonanad, 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 Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Cardiología* 73(7), 569-576. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>
- Carrasco Diaz B y Solis Albanese E. (2022). Condiciones éticas para la investigación con personas mayores. Una revisión narrativa. *Salud Cienc. Tecnol*, 3:219. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023219>
- Delfin-Ruiz, C., Cano-Guzmán, R. y Peña-Valencia, E. J. (2020). Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, XXVI (2), 43-55.
- Duran-Badillo, Tirso, Herrera Herrera, Jorge Luis, Salazar Barajas, Martha Elba, Míreles Alonso, Mayra Alejandra, Saavedra, Michel Oria, & Ruiz Cerino, Juana María. (2022). Funcionamiento Familiar y Calidad de vida en Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial. *Ciencia y enfermería*, 28(3). <https://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>
- Feria Reyes, A. (2023) Comunicación y funcionamiento familiar en estudiantes de secundaria, 2021. *Journal of neuroscience and public health* 2(4) <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/347>
- Gobierno de México (s.f.). *Calidad de vida*. <https://nuevaescuelamexicana.sep.gob.mx/contenido/coleccion/calidad-de-vida-4/>
- González Benítez, I. (2000). Trabajos de revisión Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 280-6 <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n3/mgi10300.pdf>

- Grijalva, M. G. (s.f.). *Concepto y Clasificación de la familia*
<https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2025/04/Concepto-de-Familia-EMF-I-2025.pdf>
- Hernández-Blas, F., García Cortés, J. M. y Álvarez Ramírez, E. (2024). Calidad de vida y Funcionamiento Familiar en Personas Mayores con Enfermedades Crónicas. *D.R. © VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 27(1-2), 59-65.
- Qué son los roles familiares y cómo se forman* (2026). Hookipa
<https://iam.hookipa.es/blog/que-son-los-roles-familiares-y-como-se-forman>
- INAPAM (28 de mayo de 2025). *Proyecciones demográficas de un México que envejece*.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/proyecciones-demograficas-de-un-mexico-que-envejece>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (12 de febrero de 2024). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero (datos nacionales)*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_14F.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (06 de julio de 2023). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
- León Pérez, R. (s.f.). *¿Qué es la armonía?*
https://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%201-2010/pdf/coloquio.pdf
- López González, M. P. y García Cortés, J. M. (2022). Relación entre Funcionalidad y Calidad de Vida de las Personas Mayores. *D.R. © VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 25(1-2), 22-27.
- Lutz M. (2023). Desafíos a la ética en la investigación frente al envejecimiento poblacional. *Medwave*, 23(8): e2714. DOI 10.5867/medwave.2023.08.2714
- Mejía, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor Una lectura de amor propio para dar mejor sentido a la vida*. Editorial del pueblo.
<https://www.binasss.sa.cr/opacms/media/digitales/CALIDAD%20>

DE%20VIDA%20Y%20FELICIDAD%20EN%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf

- Mendoza-Nuñez V. M. (s.f.). *Envejecimiento*. http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/148/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
- Mireles Alonso, M. A., Salazar Barajas, M. E., Guerra Ordóñez, J. A., Ávila Alpírez H., Silva Fhon, J. R. & Duran-Badillo T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Rev Esc Enferm USP*, 56:e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>
- Montes Gonzalez, C. G., Cervantes Iturbe, E. A., Kitazawa Othomo, A. M., Mora Jiménez L. E., Urbieto Vichido A. E. y González Ayala, A. (2025). Funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor de 65 años con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 2. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 9(4), https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19946
- Naciones Unidas (s. f.). *Día internacional de las familias 15 de mayo* <https://www.un.org/es/observances/international-day-of-families>
- Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (2021). *Enfermedades Crónicas*. <https://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/>
- Ochoa Pacheco, P., Castro Pérez, R., Coello-Montecel, D., Castro Zazueta, N. P. (2021). Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. *Geriatrics*, 6(92). <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030092>
- OMS (1 de octubre de 2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OPS Y OMS (16 de diciembre de 2022). *Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia – Resumen*. <https://www.paho.org/es/documentos/decada-envejecimiento-saludable-informe-referencia-resumen>
- Ortega, M. T., De la Cuesta, D. y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.

- Olson, D. Waldvogel, L. y Schlieff, M. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. *Journal of Family Theory and Review*, 11(2), 199–211.
- Robalino Ruiz, A. G. (2022), *Funcionamiento familiar y satisfacción familiar en estudiantes de primaria de una institución educativa Pucallpa 2020*. [Tesis de grado] Universidad Católica Los Angeles Chimbote
https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/26330/SATISFACCION_FAMILIAR_ROBALINO_%20RUIZ_%20ALDO_%20GILBERTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2025). *Proyecciones de población, indicadores demográficos*.
<https://www.datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion/resource/e9160552-769b-41ee-88d1-afc765552608>

Las motivaciones y las repercusiones del trabajo informal en la vejez, un análisis en Apizaco, Tlaxcala

Pamela Pérez Elvira
Crisoforo Pacheco Santos
Universidad Autónoma de Tlaxcala

Resumen

La insuficiente cobertura pensionaria combinada con la precarización laboral en México, configuran, en la población envejecida, una problemática estructural que empuja a este sector a incorporarse o permanecer en el trabajo informal. Particularmente, en Apizaco, Tlaxcala, es cada vez más cotidiana la presencia de adultos mayores en actividades comerciales y de servicios, lo que evidencia la necesidad de analizar la realidad de las Personas Adultas Mayores y la actividad económica que desempeñan para su sustento.

Cabe mencionar que el objetivo de esta investigación es identificar las motivaciones intrínsecas (autorrealización, identidad productiva y deseo de mantenerse activo) y extrínsecas (necesidad económica y ausencia de seguridad social) que inciden en la permanencia laboral informal de personas de 65 años y más de Apizaco, así como las repercusiones socioeconómicas en su bienestar.

La metodología utilizada se basa en el tipo de investigación descriptiva con enfoque mixto y diseño no experimental. La población está conformada por adultos mayores trabajadores informales residentes en Apizaco. Se aplicó el cuestionario semiestructurado con escalas tipo Likert para medir satisfacción laboral, la percepción de inclusión y las experiencias de discriminación. El análisis de los datos se realizó mediante triangulación de datos. De esta forma, los resultados preliminares muestran que la motivación económica constituye el

principal factor de permanencia, aunque coexiste con sentidos de utilidad y autonomía. Desde el Trabajo Social, la investigación busca abrir el diálogo disciplinar en Tlaxcala desde una óptica crítica, capaz de cuestionar la normalización de la precariedad laboral en la vejez, y su incorporación a la economía informal. Como conclusión previa, Se establece que, a pesar de que el trabajo informal en esta etapa vital para la persona adulta mayor, ésta refleja una tensión entre el individuo y su vulnerabilidad estructural, sustentado un aporte para la posible construcción de políticas públicas orientadas a un envejecimiento digno.

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional en México se presenta bajo condiciones de profunda vulnerabilidad estructural. Actualmente, un sector significativo de la población adulta mayor alcanza la etapa de la senectud sin la garantía de una seguridad económica formal o el acceso a esquemas pensionarios contributivos. Esta carencia de capital financiero convierte la inserción laboral informal no en una opción, sino en una estrategia de supervivencia indispensable.

De acuerdo con las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), se estima que para el año 2030 la proporción de personas de 65 años y más superará a la de menores de 15 años. Esta transición demográfica ocurre en un contexto donde la precariedad laboral se ha normalizado de tal forma que las figuras de adultos mayores desempeñándose como trabajadores informales en el espacio público vendedores ambulantes, cuidadores de vehículos o auxiliares de servicios se han vuelto parte del paisaje cotidiano, invisibilizando la crisis de protección social subyacente.

Si bien en el contexto mexicano reciente se han implementado mecanismos de transferencia directa, como la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, estos esfuerzos representan un piso mínimo de protección que, en muchos casos, resulta insuficiente para cubrir el costo de la canasta básica y las necesidades de salud. Esta realidad es particularmente observable en la ciudad de Apizaco, Tlaxcala, donde la dinámica económica local impulsa a los adultos

mayores a emplearse o autoemplearse en sectores de baja productividad y nula protección legal.

La presente investigación académica adopta una perspectiva humanista para evidenciar estas asimetrías sociales. Para ello, se fundamenta en el Enfoque de Capacidades de Amartya Sen, quien sostiene que la verdadera justicia social reside en la libertad de las personas para alcanzar el bienestar que valoran. En este sentido, se analiza si el trabajo en la vejez es una manifestación de agencia vital o, por el contrario, una privación de capacidades derivada de un sistema que no garantiza una vida digna tras el retiro.

Marco Metodológico

La presente investigación adopta un enfoque mixto; no obstante, posee una predominancia cualitativa del 90%. Esta decisión metodológica responde a la naturaleza del objeto de estudio, donde la interpretación de las vivencias y la subjetividad de los adultos mayores son ejes centrales. Si bien se incorporan datos cuantitativos para establecer una base estadística sólida y necesaria ('datos duros'), el énfasis analítico recae en la comprensión profunda de los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores involucrados. El instrumento eje de la investigación es una entrevista semiestructurada, con un apartado para historias de vida, narraciones, y también preguntas con escala Likert, mismas que se pretenden vaciar en un decodificador estadístico y posterior a ellos analizar cada una de las variables aplicadas en el instrumento como lo son:

- Se diseñó un instrumento de entrevista semiestructurada compuesto por diversas dimensiones de análisis
 - *Dimensión de Satisfacción y Motivación:* Evalúa si la mano de obra se realiza por elección personal o por necesidad económica e ingreso insuficiente.
 - *Dimensión de Inclusión y Trato:* Explora la percepción de discriminación, exclusión o trato diferenciado derivado de la edad.
 - *Dimensión de Salud y Repercusiones Físicas:* Analiza las dificultades físicas para realizar tareas y el impacto del clima (sol, frío) en la salud del trabajador.

- **Dimensión Socioeconómica:** Registra el tiempo de ejercicio laboral, ingresos mensuales (rangos de -4k a +6k), tenencia de vivienda y acceso a la Pensión del Bienestar.

Sujetos de Estudio y Muestreo

Los sujetos de estudio son adultos mayores que ejercen el trabajo informal en el municipio de Apizaco, Tlaxcala. Para su identificación, se recabarán datos generales como:

- Edad y Género.
- Nivel educativo y Estado civil.
- Actividad económica específica.

La construcción subjetiva de la identidad etaria: significados y alcances

Cuando abordamos un tema focalizado a una etapa de la vida específica del ser humano que es la vejez, que se define como en todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.

En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (OMS, 2025).

Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas lo que se conoce como envejecimiento de la población empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de

ingresos bajos y medianos. En 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas (OMS, 2025).

Dicha evidencia estadística resulta fundamental para visibilizar la presencia de adultos mayores en diversos entornos sociales, confirmando una tendencia demográfica ascendente y sostenida.

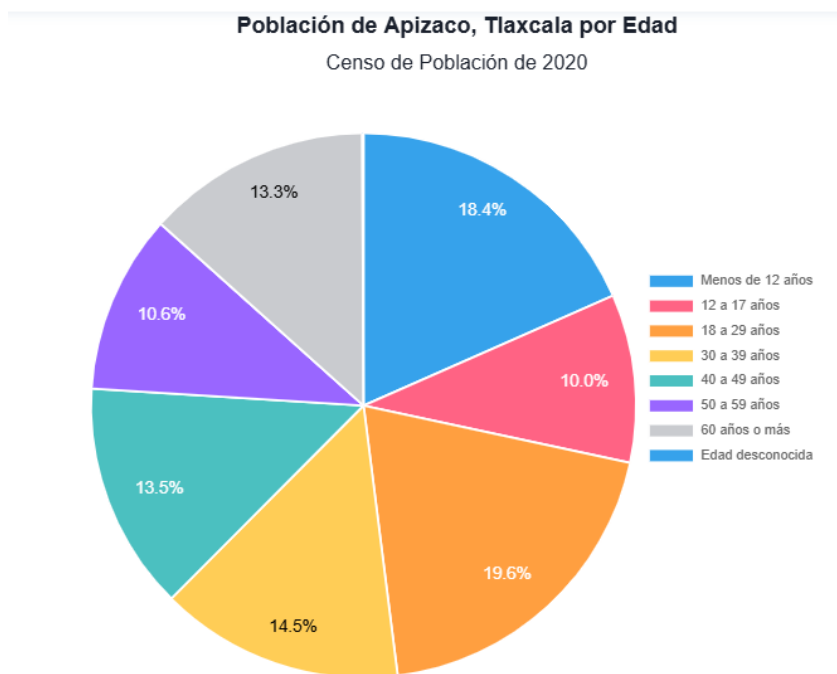
Por ello es menester recurrir también a una visión antropológica sobre el envejecimiento para de esta manera poder empatizar de una manera más profunda con nuestros sujetos de estudio.

Siguiendo a Ham Chande (Ham Chandé, 2003) el envejecimiento en México representa el mayor desafío de la transición demográfica contemporánea, exigiendo una relectura de la vejez no solo como un proceso biológico, sino como una construcción sociocultural compleja.

La transición demográfica en el municipio de Apizaco

Apizaco es uno de los 60 municipios del estado de Tlaxcala. De acuerdo con el último Censo de Población, en 2020 Apizaco tenía 80,725 habitantes: 42,258 mujeres (52.3%) y 38,467 hombres (47.7%). Los habitantes de Apizaco representaban el 6.0% de la población total de Tlaxcala en 2020 (INEGI, 2020).

Figura 1. Población de Apizaco por Edad



Fuente: <https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/mexico/2020/tlaxcala/apizaco>

Distribución de la Población por Edades y Sexo

La siguiente tabla detalla la composición demográfica por rangos de edad, desglosada por mujeres, hombres y el total poblacional, incluyendo el porcentaje representativo de cada grupo.

Figura 2 La siguiente tabla muestra la población de Apizaco, Tlaxcala, agrupada por edades y sexo.

Edades	Mujeres	Hombres	Total	%
0 a 5 años	3,532	3,609	7,141	8.8%
6 a 11 años	3,758	3,944	7,702	9.5%
12 a 17 años	4,007	4,050	8,057	10.0%
18 a 24 años	4,773	4,829	9,602	11.9%
25 a 29 años	3,221	3,026	6,247	7.7%
30 a 34 años	3,183	2,729	5,912	7.3%
35 a 39 años	3,076	2,696	5,772	7.2%

Edades	Mujeres	Hombres	Total	%
40 a 44 años	3,105	2,558	5,663	7.0%
45 a 49 años	2,916	2,327	5,243	6.5%
50 a 54 años	2,511	2,132	4,643	5.8%
55 a 59 años	2,223	1,724	3,947	4.9%
60 a 64 años	1,944	1,591	3,535	4.4%
65 a 69 años	1,324	1,180	2,504	3.1%
70 a 74 años	967	813	1,780	2.2%
75 a 79 años	672	524	1,196	1.5%
80 a 84 años	482	369	851	1.1%
85 años o más	529	332	861	1.1%
Edad desconocida	35	34	69	0.1%
Total	42,258	38,467	80,725	100%

Nota: Elaboración propia con base INEGI (2020).
https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Datos_abiertos

Mientras que en 2020 el municipio de Apizaco contaba con 10,727 adultos mayores (INEGI, 2020), las proyecciones de CONAPO para 2026 indican un incremento sostenido, situando a este sector en más del 15% de la población total. Este fenómeno de transición demográfica local subraya la urgencia de analizar las condiciones de vida y las necesidades laborales de esta población en un entorno comercialmente activo como lo es Apizaco.

En 2020, Apizaco contaba con 10,727 adultos mayores. Sin embargo, las proyecciones para este 2026 indican que la cifra ha escalado a aproximadamente 12,400 personas. Este grupo representa a 1 de cada 7 habitantes del municipio. En Tlaxcala, aproximadamente el 35% al 40% de los adultos mayores de 60 años se mantienen económicamente activos. Existe una mayor presencia de mujeres (55-56%), lo que sugiere que las políticas de trabajo informal deben tener una perspectiva de género, ya que muchas de ellas carecen de pensiones por haber dedicado años al trabajo del hogar no remunerado. En Tlaxcala, la informalidad laboral ronda el 70.3% - 72.1%. En adultos mayores, esta cifra suele ser superior al 85%, ya que es el sector con menos acceso a empleos formales con prestaciones.

El incremento de la población adulta mayor en Apizaco no ha sido acompañado por una estructura de seguridad social sólida, lo que obliga a este grupo etario a insertarse en el mercado informal, transformando el espacio público del municipio en su principal red de sustento.

Es importante mencionar en este apartado que Apizaco Tlaxcala es un municipio sumamente comercial, en el cual gran parte de sus habitantes subsisten día a día gracias al comercio informal, la ubicación geográfica de Apizaco, Tlaxcala, México resulta estratégica desde sus inicios, la ciudad es reconocida por sus amplias calles y un trazado urbano eficiente, consolidándose como una de las ciudades más funcionales del estado. Siendo la primera población fundada por el ferrocarril en México (1866), ha evolucionado transformando su legado ferroviario en prosperidad comercial.

Dinámicas de Intercambio y Sociabilidad en la Ciudad Rielera

La dinámica socioeconómica de la "Ciudad Rielera" se ve significativamente potenciada por la afluencia de habitantes provenientes de comunidades circunvecinas, quienes convergen en el centro urbano principalmente los miércoles y domingo. Estos días, caracterizados por una intensa actividad comercial, representan el punto máximo de intercambio donde la población rural y urbana se entrelazan para el abastecimiento de la canasta básica y la adquisición de artículos de uso personal.

Este fenómeno trasciende la mera transacción mercantil para convertirse en un complejo entramado de interacciones sociales. En este escenario, la figura del “marchante” cobra una relevancia fundamental; es a través de la negociación directa y la práctica tradicional del regateo que se establecen vínculos de confianza y reciprocidad entre comerciantes y consumidores.

Asimismo, la jornada de mercado se complementa con un "mar de actividades" que configuran una experiencia folclórica urbana única. La oferta de servicios diversos —que van desde el aseo y cuidado personal

hasta la concurrencia a torterías de gran tradición local— dota a este espacio de una multifuncionalidad que define la identidad cotidiana de la región. Así, el mercado no solo funciona como un nodo de suministro de material, sino como un espacio de reproducción cultural donde el rito de la compra y la convivencia comunitaria mantienen vigente la esencia social de la localidad.

Normalización de la precariedad

Dentro de este complejo entramado de intercambios, emerge una realidad social profundamente normalizada pero alarmante: la inserción de los adultos mayores en el mercado laboral informal bajo condiciones de alta precariedad. Este fenómeno se manifiesta visiblemente en las inmediaciones del mercado y las zonas de mayor afluencia, donde este grupo demográfico se dedica a la comercialización minorista de productos de bajo valor agregado, tales como hierbas medicinales (manzanilla, hierbabuena, cola de caballo) encendedores, insumos básicos como bolsas de plástico o verduras previamente procesadas para el consumo inmediato.

En otros casos, ante la falta de redes de apoyo o capacidades físicas para el comercio, la actividad se limita a la solicitud de apoyo económico directo, evidenciando una ausencia de mecanismos de seguridad de efectivo sociales. Esta dinámica, aunque integrada en el paisaje cotidiano de la "experiencia folclórica" de la ciudad, refleja una problemática estructural de exclusión. La normalización de estas prácticas por parte de la sociedad y los consumidores invisibiliza la vulnerabilidad de la vejez, convirtiendo la lucha por la supervivencia diaria en un elemento más de la escenografía urbana, despojado en muchas ocasiones de la protección y dignidad que el marco de los derechos humanos exige para esta etapa de la vida.

La presente investigación nace de la imperante necesidad de otorgar voz y perspectiva a los adultos mayores que convergen en la informalidad de la "Ciudad Rielera", sujetos que, a pesar de su presencia constante, han sido sistemáticamente invisibilizados por la dinámica urbana. El propósito central trasciende el análisis estadístico; busca generar un proceso de sensibilización profunda, tanto en la

comunidad estudiantil como en la sociedad en general, para desarticular la normalización de la precariedad en la vejez.

A través de este estudio, se pretende visibilizar las historias de vida y las carencias estructurales que subyacen a la venta de productos menores o la solicitud de apoyo económico en las calles. Reconocer a estos individuos como sujetos de derechos es el primer paso para transitar de la indiferencia a la acción colectiva. Por ello, esta investigación aspira a fungir como una herramienta de incidencia política, fundamentando la urgencia de solicitud y diseño de políticas públicas integrales. El objetivo último es potenciar mejores condiciones de vida que garanticen un envejecimiento digno, seguro y participativo, devolviendo a los adultos mayores el lugar que les corresponde dentro del tejido social.

Análisis de los resultados

A continuación, se presentan los hallazgos derivados de las entrevistas realizadas a la población de estudio en el municipio de Apizaco, Tlaxcala. El grupo de análisis estuvo integrado por 100 personas de 60 años y más, quienes se desempeñan dentro del sector laboral informal o el autoempleo.

El levantamiento de información se llevó a cabo durante el último trimestre del año (octubre, noviembre y diciembre), abarcando puntos estratégicos de la zona centro, tales como camellones, bulevares, estacionamientos y el zócalo municipal.

Más allá de los datos cuantitativos recabados, este proceso permitió un acercamiento genuino con la comunidad. Las experiencias compartidas y el conocimiento empírico de los entrevistados aportaron un valor cualitativo invaluable a la investigación, recordándonos que el aprendizaje más significativo suele provenir de quienes enseñan desde su vivencia cotidiana, a veces sin ser plenamente conscientes de su sabiduría.

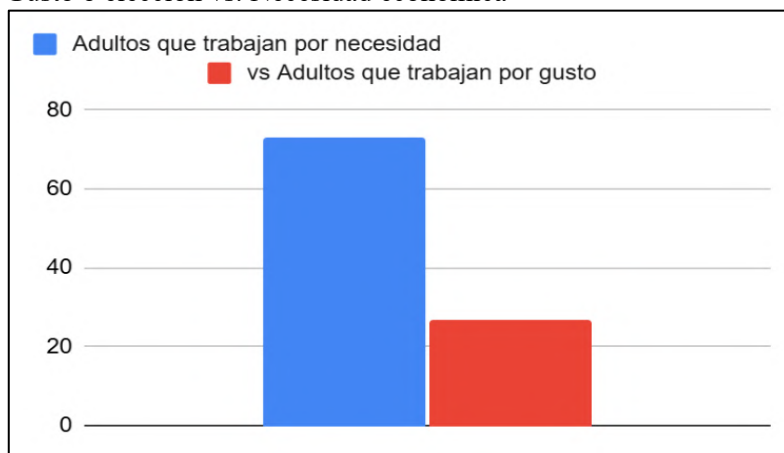
Los resultados se exponen mediante tablas descriptivas, acompañadas de un breve comentario analítico para cada una, culminando en las conclusiones generales del estudio.

Ficha metodológica

Elemento	Descripción
Muestra	100 sujetos de estudio
Perfil	Adultos mayores (60+ años) en empleo informal/autoempleo
Periodo de aplicación	Octubre, noviembre y diciembre
Ubicación Geográfica	Apizaco, Tlaxcala (Zona Centro, Zócalo y áreas comerciales)

Dimensión de satisfacción y motivación

Figura 1. Motivaciones para el desempeño de la actividad laboral: Gusto o elección vs. Necesidad económica



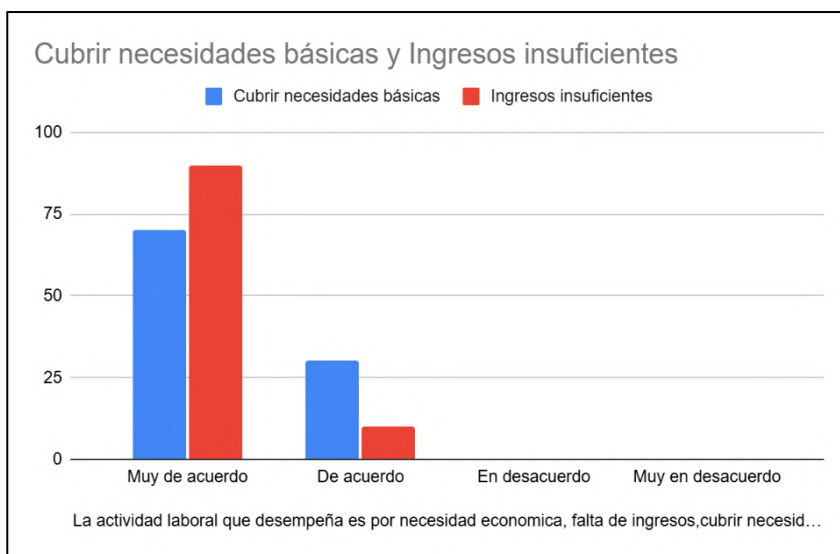
Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

La primera interrogante del estudio busca identificar si la actividad laboral desempeñada por los adultos mayores responde a una elección personal o a una necesidad económica imperante. Los hallazgos revelan una tendencia predominante hacia la necesidad económica, desplazando el gusto o la libre elección a un plano secundario para la mayoría de los entrevistados.

Al analizar este fenómeno desde la perspectiva de Amartya Sen en su obra *Desarrollo y Libertad* (Sen, 1999) se comprende que el éxito de una sociedad debe evaluarse en función de las libertades fundamentales de sus miembros. En este contexto, la falta de una jubilación digna que permita al individuo decidir sobre el uso de su tiempo representa una privación de libertad.

Bajo la lógica del sistema capitalista actual, la ocupación en la vejez no se presenta como un ejercicio de agencia o autorrealización, sino como una respuesta forzada a la precariedad económica, impidiendo que el adulto mayor acceda a las actividades de descanso y plenitud propias de su etapa vital.

Figura 2. Relación entre la precariedad del ingreso y la satisfacción de necesidades básicas en el comercio informal.



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Existe una coincidencia absoluta entre los encuestados: el 100% admite que su actividad laboral está motivada por la falta de ingresos suficientes y la urgencia de cubrir necesidades básicas.

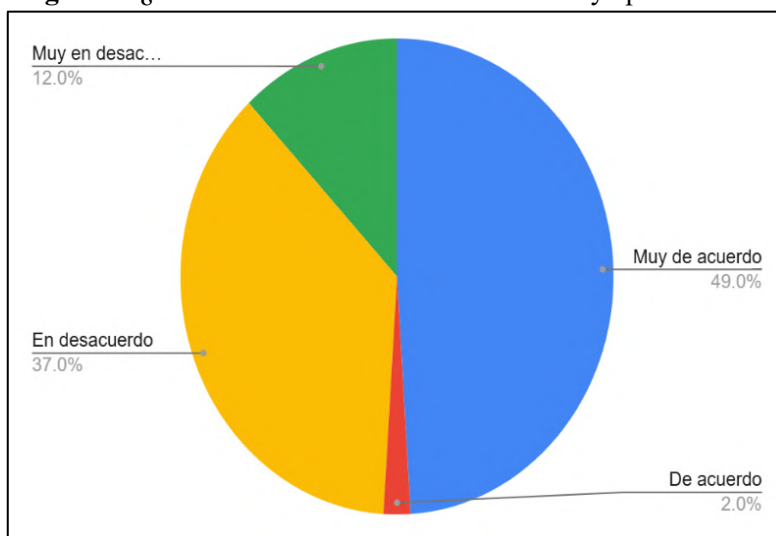
La categoría "Muy de acuerdo" es predominante en ambos rubros (cubrir necesidades e ingresos insuficientes). Esto indica que no

estamos ante una carencia moderada, sino ante una situación de subsistencia crítica. El trabajo informal se convierte en la única red de seguridad ante la ausencia de pensiones o apoyos que alcancen para cubrir el costo de la vida actual.

Desde la perspectiva de Amartya Sen, esta situación representa una privación de capacidades extrema. El autor argumenta que la pobreza no es solo la falta de dinero, sino la falta de libertad para alcanzar objetivos vitales mínimos. Cuando el tiempo y la energía de una persona de 65 años y más se consumen íntegramente en la búsqueda del sustento diario para "poder comer" o "pagar servicios", se anula cualquier posibilidad de desarrollo personal, descanso o participación social, reduciendo la vida a un ciclo de supervivencia económica.

Dimensión de inclusión y trato

Figura 3. ¿Tiene Ud. un sentimiento de utilidad y aporte?



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

El sentido de utilidad es un componente esencial de la salud emocional en la vejez. Al consultar a los sujetos de estudio sobre su percepción de aporte a la sociedad, los resultados presentan una dicotomía interesante: un 49% manifiesta estar "Muy de acuerdo" con sentirse útil, frente a un 37% que se encuentra "En desacuerdo".

Este sentimiento de utilidad, aunque mayoritario, debe analizarse con cautela bajo la óptica de la vejez productiva. Si bien la actividad laboral informal permite que el adulto mayor se mantenga integrado a la dinámica social de su comunidad —como se observó en los recorridos por los bulevares y zonas comerciales—, es imperativo cuestionar si esta "utilidad" es una elección voluntaria o una validación psicológica ante la falta de una jubilación.

Desde el enfoque de Amartya Sen, la verdadera utilidad social no debería ser una carga impuesta por la supervivencia económica. Cuando casi el 50% de los encuestados declara un fuerte sentimiento de aporte, estamos ante una población que posee un gran capital de experiencias; sin embargo, el 49% restante (sumando las categorías de desacuerdo) refleja una posible erosión del autoconcepto, donde el trabajo informal podría percibirse más como una condena que como una contribución digna.

Edadismo

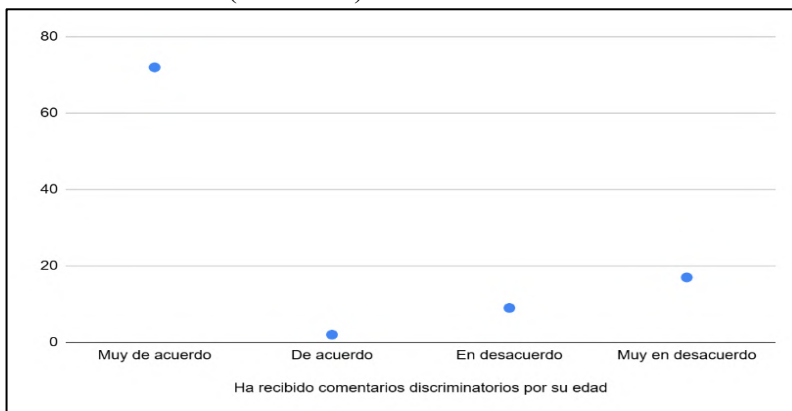
Al indagar sobre la discriminación, los resultados son alarmantes: más del 70% de los entrevistados manifiesta estar "Muy de acuerdo" con haber recibido comentarios discriminatorios. Sin embargo, el análisis cualitativo revela que esta discriminación no siempre se manifiesta de forma violenta o directa; se presenta a través de la invisibilidad.

Esta invisibilidad social constituye una forma de exclusión pasiva pero profunda. Como se observa en la dinámica urbana de Apizaco, la sociedad tiende a ignorar la presencia de quienes desempeñan trabajos informales, despojándolos de su identidad y de su valor como portadores de experiencia. Invisibilizar a quien ha habitado y construido la comunidad mucho antes que las generaciones actuales son, en sí mismo, una negación de sus derechos y de su dignidad.

Retomando a Amartya Sen, la libertad de vivir una vida digna implica también el reconocimiento social y el respeto. La alta prevalencia de este sentimiento de rechazo indica que la población adulta mayor en el sector informal no solo enfrenta privaciones económicas, sino también una pobreza de reconocimiento. Se les relega a los márgenes de la atención pública, donde su presencia se vuelve

parte del paisaje urbano pero sus necesidades y sus historias permanecen ocultas al resto de los ciudadanos.

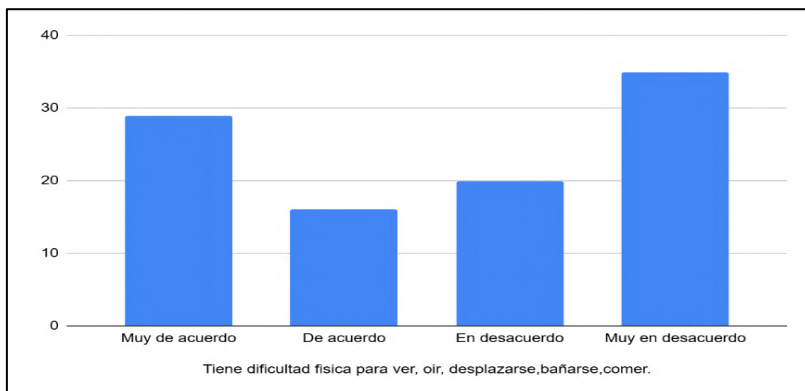
Figura 4. Incidencia de actos y comentarios discriminatorios por motivos de edad (Edadismo).



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Dimensión de salud y repercusión física

Figura 5. Dificultad para ver, oír, desplazarse, bañarse o comer en adultos mayores.



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

El análisis de la salud física en los sujetos de estudio revela una normalización de la precariedad. Como se observa en la Figura 5, las limitaciones sensoriales y motrices (dificultades para ver, oír o

desplazarse) no se perciben como barreras para la actividad laboral, sino como condiciones inherentes al envejecimiento que el trabajador informal acepta para garantizar su subsistencia.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, esta dimensión es crítica: la cronicidad de estas dificultades, al no ser atendidas adecuadamente por el sistema de salud, reduce drásticamente la autonomía funcional de la persona. La persistencia en el comercio o trabajo informal bajo estas condiciones evidencia que la necesidad económica prevalece sobre el autocuidado, convirtiendo el deterioro físico en una "capacidad disminuida" que restringe su libertad real y su bienestar integral.

Figura 6. Percepción de vitalidad para ejercer la actividad laboral desempeñada



Nota:

Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Al analizar la realidad del adulto mayor en la informalidad bajo el enfoque de Amartya Sen, se evidencia una carencia crítica del 'protector de seguridad'. Esta libertad instrumental, diseñada para ofrecer una red de protección social ante la vulnerabilidad, debería actuar como un catalizador para mejorar las capacidades funcionales de la persona. Sin embargo, al estar ausente, se produce una ruptura en la interrelación de las libertades: sin seguridad económica ni acceso garantizado a la salud, la autonomía del adulto mayor se ve comprometida. Esta privación no solo pauperiza su estilo de vida, sino que lo condena a una subsistencia

donde el deterioro físico es ignorado en favor de la supervivencia diaria, restringiendo su libertad real de vivir la vida que valora.

Los resultados presentados en la gráfica 6 muestran un fenómeno sociológico relevante: el 65% de los adultos mayores encuestados (sumando "De acuerdo" y "Muy de acuerdo") manifiesta sentirse con la vitalidad necesaria para trabajar.

Sin embargo, al contrastar este dato con la dimensión de salud física analizada previamente, se observa una contradicción entre la percepción subjetiva y la realidad objetiva. Bajo el enfoque de Amartya Sen, esto sugiere una "adaptación de las preferencias": el individuo se percibe saludable porque el trabajo informal es su única vía de agencia y subsistencia. Reconocer la fragilidad física implicaría aceptar la vulnerabilidad económica ante la ausencia de un protector de seguridad (redes de apoyo o seguridad social).

Por otro lado, el 35% que se encuentra en desacuerdo refleja a un sector que ya no puede ocultar el deterioro físico, lo que los sitúa en un nivel de exclusión y riesgo social aún más profundo.

Figura 7. Deterioro físico

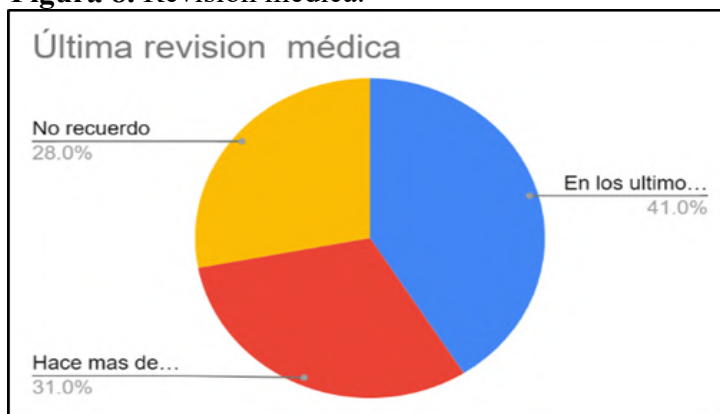


Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Los resultados basados en la percepción subjetiva de los entrevistados (Figura 7) indican que más del 65% se considera vital para el trabajo. No obstante, este optimismo funcional se contradice con la evidencia

empírica observada en campo: un deterioro físico agudizado por la edad y las condiciones ambientales.

Figura 8. Revisión médica.

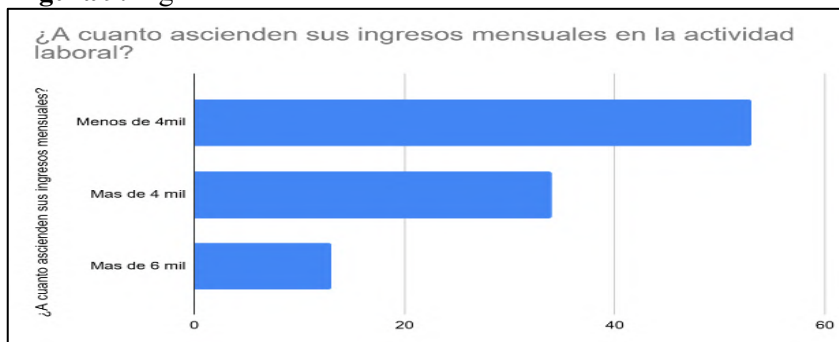


Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025

La gravedad de esta situación se intensifica al analizar el acceso real a la salud: menos de la mitad de la muestra acudió a una revisión médica en el último trimestre (Figura 8) Bajo el enfoque de Amartya Sen, esto representa una falsa percepción de capacidad. El adulto mayor, ante la necesidad imperante de generar ingresos posterga la atención médica. Esta desatención no solo pauperiza su calidad de vida, sino que convierte cualquier padecimiento tratable en una amenaza latente.

Dimensión socioeconómica

Figura 9. Ingresos mensuales obtenidos.

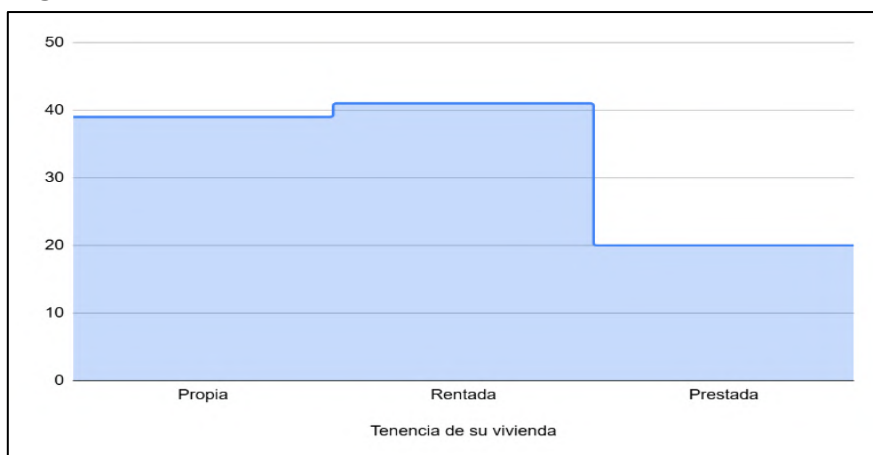


Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

El análisis de los ingresos mensuales (Figura 9) revela que la gran mayoría de los adultos mayores en Apizaco perciben menos de 4 mil pesos mensuales. Siendo evidente la precarización antes mencionada del trabajo del adulto mayor, podemos posicionarnos en la supuesta de que Apizaco Tlaxcala no es un lugar caro para vivir, afortunadamente, sin embargo, esto no garantiza el acceso a una libertad económica como la que es necesaria para el libre desarrollo del que habla nuestro autor eje Amartya Sen. Un ingreso tan reducido no solo limita el acceso a bienes básicos, sino que impide que la persona invierta en su propia salud (aparatos auditivos, lentes de calidad, medicamentos), lo que perpetúa el ciclo de deterioro físico observado anteriormente.

Esta precariedad salarial confirma la inexistencia de un "protector de seguridad" efectivo. El hecho de que una minoría perciba más de 6 mil pesos sugiere que la informalidad en la vejez no es una elección de emprendimiento, sino una estrategia de supervivencia ante un sistema que no garantiza una vejez digna. La baja remuneración obliga a prolongar la vida laboral activa a pesar de las limitaciones físicas, priorizando el ingreso inmediato sobre el bienestar a largo plazo.

Figura 10. Tenencia de la vivienda.

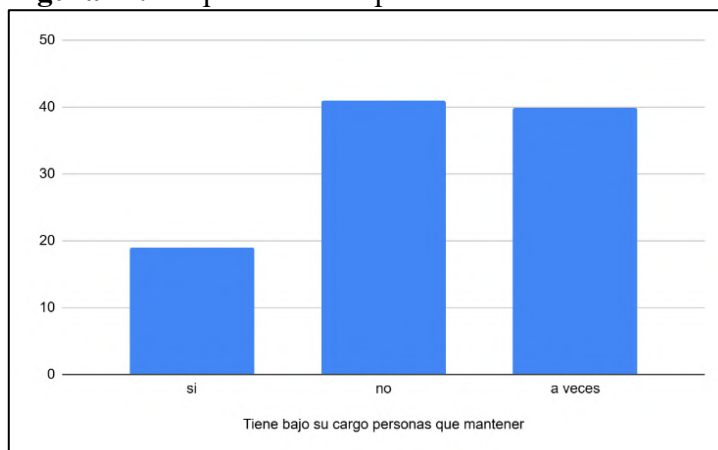


Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Se ubica en el lugar 29 de las 32 entidades federativas del país en cuanto al número de casas particulares habitadas, posición que refleja un rezago importante (El Herald, 2021) en comparación con otras

entidades, n el municipio de Apizaco, uno de los centros urbanos y económicos más relevantes de la entidad donde se centró este estudio, se contabilizan 22,595 viviendas particulares habitadas (INEGI, 2020) En este contexto local, destaca una tendencia de propiedad del 74.5%, cifra que, si bien indica una estabilidad en la tenencia de la tierra, debe contrastarse con las condiciones de habitabilidad y la capacidad económica de sus ocupantes, especialmente en el sector de los adultos mayores.

Figura 11. Responsabilidad parental/familiar.



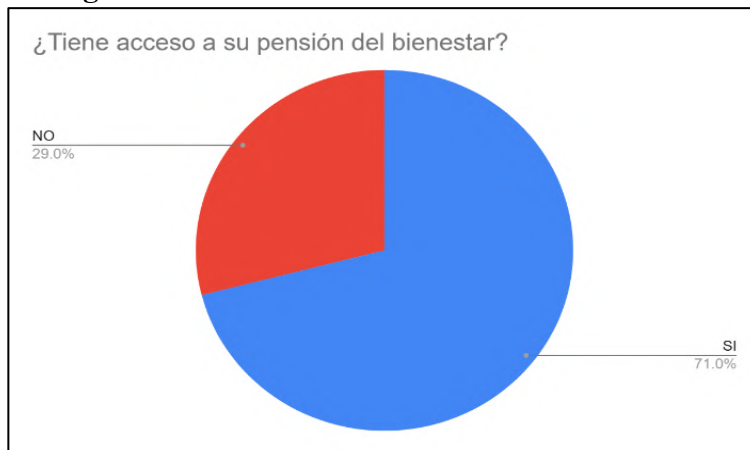
Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

El análisis de la estructura familiar (Figura 9) revela que una parte significativa de los adultos mayores en Apizaco no solo trabaja para su auto sustento. Al sumar las categorías "Sí" (19%) y "A veces" (40%), se observa que el 59% de la muestra tiene la responsabilidad parcial de mantener a otras personas.

Bajo el enfoque de Amartya Sen, esta carga familiar actúa como un factor que limita aún más la "libertad de elección". La necesidad de proveer para terceros obliga al adulto mayor a ignorar sus propias limitaciones físicas (analizadas en la Figura 5) y a mantener una autopercepción de vitalidad (Figura 6) que le permita seguir siendo productivo. En este escenario, el trabajo informal deja de ser una opción de ocupación para convertirse en una estrategia de supervivencia colectiva, donde la ausencia de un protector de seguridad estatal es

suplida por el esfuerzo físico del adulto mayor, quien asume el rol de proveedor principal o secundario a pesar de su avanzada edad.

Figura 12. Pensión del bienestar



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

En nuestro país el programa federal 'Pensión del Bienestar para las Personas Adultas Mayores' representa el principal esfuerzo del Estado por establecer un protector de seguridad con carácter de universalidad constitucional. Desde su implementación en 2018, este apoyo bimestral de \$6,400.00 busca dignificar a quienes han contribuido al desarrollo del país. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación en Apizaco (Figura 10) revelan un dato crítico: el 29% de los adultos mayores encuestados aún no tiene acceso a este recurso.

Esta brecha en la cobertura explica por qué una parte considerable de la población sigue inmersa en la informalidad. Para aquellos que sí la reciben, la pensión actúa como un complemento vital. Así, aunque el programa es un avance significativo en la justicia social, la persistencia del trabajo informal sugiere que el monto o la cobertura aún no logran sustituir por completo la necesidad de agencia económica a través del comercio o informalidad laboral.

Figura 13. Percepción social.



Nota: Elaboración propia con datos de entrevistas, 2025.

Los resultados de la Figura 13 revelan que el 74% de los adultos mayores en Apizaco considera que se sentiría aislado socialmente si dejara de trabajar. Este dato es crucial para entender la informalidad en la vejez no solo como una necesidad económica, sino como un mecanismo de pertenencia e incluso de salud mental ya que conlleva una satisfacción personal como lo arroja nuestra última figura (14) misma que se complementa con la figura 13 al vincular este hallazgo con el enfoque de Amartya Sen, observamos que el espacio público donde se desempeña la actividad en su mayoría informal funciona como el principal escenario de interacción social. Para el adulto mayor, el trabajo informal es la herramienta que le otorga agencia frente a la soledad aunado al sentimiento de utilidad.

Conclusiones

En conclusión, la realidad del adulto mayor trabajador en Apizaco, Tlaxcala, se define por una compleja red de necesidades y percepciones. Los resultados muestran que, aunque existe un apoyo institucional a través de la Pensión del Bienestar (71%), este resulta insuficiente frente a ingresos menores a 4 mil pesos mensuales y cargas familiares (59%).

Esta precariedad obliga a una adaptación de preferencias donde el individuo manifiesta sentirse vital (65%) y niega su aislamiento social

(74%) a través del trabajo, a pesar de que la evidencia física muestra un deterioro sensorial, motriz y cutáneo evidente. Desde la disciplina del Trabajo Social, se vuelve imperativo proponer intervenciones que robustezcan los protectores de seguridad en términos de Sen (Sen, 1999) con el fin de garantizar que la vejez en Apizaco transite de ser una estrategia de supervivencia física obligada por la carencia, a una etapa de participación social elegida con libertad. Los resultados presentados en la siguiente tabla resultan alarmantes y plantean una paradoja central para la intervención profesional: si bien la actividad laboral actúa como un factor de protección frente al aislamiento social (beneficio psicosocial), conlleva un alto costo biológico al acelerar el deterioro físico debido a la exposición climática y al esfuerzo motriz sostenido. Ante la insuficiencia de espacios de recreación o centros de día accesibles en el municipio, la vida social del adulto mayor queda supeditada al desgaste físico en el mercado informal; una transacción donde la interacción humana se paga con el detrimento de la salud.

Dimensión de Análisis	Percepción del Adulto Mayor (Subjetiva)	Perspectiva profesional y Datos (Objetiva)	Hallazgo de Trabajo Social
Estado de Salud General	65% se siente "Vital y Saludable" para trabajar.	Menos del 50% ha tenido una revisión médica en el último trimestre.	Disonancia cognitiva: El adulto mayor niega su fragilidad para mantener su identidad como proveedor.
Integridad Física	Consideran sus limitaciones (ver, oír, caminar) como algo "normal" de la edad.	Deterioro agudizado en piel y movilidad por exposición extrema al sol y frío en Apizaco.	Normalización de la precariedad: La falta de protección convierte el riesgo en costumbre.
Capacidad Económica	Sienten que su ingreso es suficiente para "ir pasándola".	El 52% gana menos de 4 mil pesos y el 59% tiene dependientes económicos.	Pobreza de capacidades: El ingreso no alcanza para cubrir salud y alimentación digna simultáneamente.
Seguridad Social	El 71% agradece contar con la Pensión del Bienestar.	La pensión es insuficiente (\$3,200/mes) para cubrir las necesidades de salud crónicas.	Protector de seguridad parcial: El Estado apoya, pero no logra retirar al adulto mayor de la informalidad.

Esta investigación permite concluir que la población adulta mayor dedicada al comercio informal vive bajo un fenómeno de "adaptación a

la privación", donde la necesidad de supervivencia económica ha forzado una reconfiguración de sus expectativas de bienestar.

En primer lugar, se identifica una disonancia cognitiva persistente: mientras el 65% manifiesta sentirse vital para el trabajo, la ausencia de control médico (menos del 50% en el último trimestre) y el deterioro visible sugieren que esta vitalidad no es clínica, sino actitudinal. El adulto mayor ha normalizado la precariedad y el deterioro físico, considerándolo un costo inevitable de su labor. Esta "normalización del riesgo" frente a las inclemencias climáticas de la región es un claro indicador de la falta de medidas preventivas y de autocuidado.

En segundo lugar, desde la perspectiva de las capacidades de Amartya Sen, se evidencia una pobreza de capacidades crítica. A pesar de contar con la Pensión del Bienestar (71%), la insuficiencia del monto mensual frente a los bajos ingresos reportados (52% gana menos de \$4,000) y la alta carga de dependientes económicos (59%) impide que este apoyo funcione como un verdadero "protector de seguridad". El recurso institucional es absorbido por la subsistencia inmediata, dejando desatendidas las necesidades crónicas de salud y vivienda.

Finalmente, para el Trabajo Social, estos hallazgos demuestran que la permanencia en la informalidad no es una elección de envejecimiento activo, sino una estrategia de resistencia frente a la exclusión social y laboral. La intervención profesional no debe limitarse a la gestión de apoyos económicos, sino que debe enfocarse en la creación de redes de apoyo que restauren la dignidad física y aseguren que la participación social del adulto mayor sea un derecho ejercido con libertad, y no una obligación impuesta por la carencia y el miedo al aislamiento.

En conclusión, el rol del Trabajo Social debe trascender la gestión de la carencia para enfocarse en la configuración de una sociedad que posea una visión respetuosa y, fundamentalmente, una cultura de la previsión ante la vejez. Es imperativo internalizar que la vitalidad no es un recurso eterno; ignorar esta realidad conduce a desajustes sistémicos cuando la rutina laboral se ve deformada por el paso ineludible de los años.

Por tanto, nuestra labor consiste en generar una conciencia de autocuidado en el usuario y, simultáneamente, educar al entorno social para desensibilizar el envejecimiento. Debemos transitar hacia un modelo donde el adulto mayor no sea percibido como un agente residual del mercado, sino como un sujeto de derechos cuya dignidad no dependa de su capacidad productiva. Preparar a la sociedad desde nuestras áreas de intervención implica derribar el edadismo y construir estructuras de apoyo que permitan recibir la vejez no como una crisis de supervivencia, sino como una etapa de vida plenamente integrada y valorada.

Referencias

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). Demografía y Sociedad. Censo de Población y Vivienda 2020. Principales resultados por localidad: <https://www.inegi.org.mx/>
- Organización Mundial de la Salud (2025 01 de Octubre). Envejecimiento y Salud. *Organización Mundial de la Salud* de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2023 17 de abril). *La OPS y sus socios lanzan una serie de informes para apoyar las estrategias de envejecimiento saludable en las Américas. Organización Panamericana de la Salud.* <https://www.paho.org/es/noticias/17-4-2023-ops-sus-socios-lanzan-serie-informes-para-apoyar-estrategias-envejecimiento>
- Rodríguez Silva, F. (13 de Octubre de 2021). Tlaxcala ostenta el lugar 29 a nivel nacional en cuanto a viviendas particulares habitadas: LCC. *El Heraldó*. <https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2021/10/13/tlaxcala-ostenta-el-lugar-29-nivel-nacional-en-cuanto-viviendas-particulares-habitadas-lcc-344134.html>
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertad*.

Activismo a lo largo de la vida

Daniela Maldonado Meléndez
Facultad de Trabajo Social
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen:

El presente capítulo analiza la relación entre la participación en movimientos sociales durante la juventud y los niveles de participación social en la vejez, a partir de una investigación documental. Si bien la literatura ha destacado la participación social como un componente fundamental del envejecimiento activo, persiste un vacío en torno a las trayectorias de vida de aquellas personas que participaron en procesos de acción colectiva en etapas tempranas.

A través de la revisión de fuentes académicas, se identificó que la participación en la juventud no garantiza su continuidad en la vejez, debido a la influencia de factores estructurales como las condiciones laborales, las responsabilidades familiares, el estado de salud y la limitada disponibilidad de espacios de participación. Asimismo, se observa que la participación social no desaparece, sino que tiende a transformarse hacia formas menos visibles y socialmente reconocidas, como el ámbito comunitario o de cuidado.

Desde un enfoque crítico, de derechos humanos y gerontología social, se concluye que la disminución de la participación en la vejez no puede entenderse como una decisión individual, sino como el resultado de procesos sociales acumulados a lo largo del curso de vida. En este sentido, se plantea la necesidad de fortalecer estrategias desde el Trabajo Social que promuevan la inclusión, el reconocimiento de las trayectorias de vida y la continuidad de la participación social en las personas mayores.

Introducción

Este documento se inscribe en un enfoque crítico que permite analizar la participación social en la vejez más allá de explicaciones individualizantes, situándola como un proceso atravesado por condiciones estructurales, desigualdades sociales y trayectorias de vida. Desde esta perspectiva, se cuestiona la idea de que la disminución de la participación en las personas mayores responde únicamente a decisiones personales o al envejecimiento biológico, y se propone comprenderla como el resultado de dinámicas sociales acumuladas a lo largo del curso de vida.

En este sentido, se retoman aportes de la teoría de movimientos sociales para comprender la participación en la juventud como una forma de acción colectiva que implica procesos de organización, construcción de identidad y generación de vínculos sociales. No obstante, se reconoce que dichas experiencias no garantizan la continuidad de la participación en etapas posteriores, ya que están mediadas por transformaciones en las condiciones de vida, así como por limitaciones estructurales que inciden en las posibilidades de involucramiento social.

Asimismo, el análisis incorpora el enfoque de derechos humanos, desde el cual la participación social es entendida como un derecho fundamental que debe ser garantizado a lo largo de toda la vida. Desde esta mirada, la desvinculación social en la vejez no solo representa una problemática social, sino también una posible expresión de exclusión y vulneración de derechos, lo que interpela la responsabilidad del Estado y de las instituciones en la generación de condiciones que favorezcan la inclusión y la participación activa de las personas mayores.

Por otra parte, se integra la perspectiva de la gerontología social, la cual permite comprender el envejecimiento como un proceso heterogéneo, dinámico y socialmente construido. Este enfoque aporta elementos clave para analizar cómo las trayectorias de vida, las redes sociales, el estado de salud y las desigualdades acumuladas influyen en las formas y niveles de participación en la vejez.

En conjunto, estos enfoques permiten construir una mirada integral sobre la participación social, entendida no como un fenómeno estático, sino como un proceso que se transforma a lo largo del tiempo y que requiere ser analizado desde sus dimensiones estructurales, sociales y políticas. Desde el Trabajo Social, este posicionamiento teórico contribuye a fundamentar la necesidad de diseñar estrategias de intervención que reconozcan las trayectorias de vida de las personas mayores y promuevan su participación como sujetos de derechos y actores sociales activos.

Participación social y envejecimiento activo

Los movimientos sociales según Revilla se consideran como una organización y da un paso de lo individual a lo colectivo, posicionándolo como una acción colectiva. Partiendo de que un movimiento social se construye a partir de su contexto sociohistórico. (Revilla, 1996).

En México han surgiendo diferentes movimientos sociales a lo largo de la historia comenzando con la revolución mexicana en 1910 y 1920 donde se considera como “el gran movimiento social del siglo XX” (Secretaría de gobernación, 2019) incluyendo diferentes antecedentes como las huelgas Cananea 1906, y río blanco 1908, movimientos obreros y campesinos, en donde el principal líder fue Madero (Crisis del Porfiriato, 2011) , posterior a ello encontramos otros movimientos como lo es el zapatismo (agrario mexicano), carrancismo, así, comienzan a surgir los movimientos estudiantiles 1956, estudiantes del Instituto Politécnico Nacional realizan una huelga (Rodríguez, 2010) posterior a ella el movimiento ferrocarrilero realizado principalmente por trabajadores (Rodríguez, 2010) En 1968 fue un movimiento de protesta juvenil ante la rigidez, violencia, e inmovilidad del sistema político Mexicano (Zaragoza & Orozco, 2024). En 1969 se realizaron paros para exigir las reformas que permitan una autogestión, y un presupuesto suficiente, posterior a ello se unieron ex políticos, representantes obreros de Ayotla Textil, de chicles Adams, y de industrias Celorio, vocacional (Librado, 2021). En el 1994, surge el levantamiento del EZLN con un enfoque de justicia social y los derechos de las comunidades más vulnerables. El Levantamiento

Zapatista de 1994 (Estrada, 2011), y con ello a todos los movimientos sociales de los cuales no están documentados, aquellos que surgen en diferentes casas de estudiantes, facultades, escuelas, vocacionales, preparatorias de los cuales solamente por aquellas historias que en ocasiones llegan a contar uno se enteraría de que hubo movimientos sociales en donde gracias a ellos, se obtuvieron derechos y resolviendo diferentes demandas.

La participación en movimientos sociales durante la juventud constituye una forma significativa de acción colectiva orientada a la transformación social. Sobre todo, que en México uno de los movimientos más fuertes que han llegado a existir son los movimientos estudiantiles, ya nos dice Zaragoza y Orozco (2024): los movimientos estudiantiles tienen gran presencia en el conjunto de las luchas donde el pueblo mexicano ha defendido sus derechos por buscar la democracia y la justicia social. Es importante mencionar este recuento histórico en donde estos espacios no solo implican movilización, sino también procesos de construcción de identidad. Viéndolo de este modo, el último movimiento es en 1994, partiendo que los participantes principalmente era jóvenes, personas adultas y en dado caso personas mayores, contemplando que tuvieran 20 años, actualmente estas personas de 20 años que participaron en el EZLN tendrían 50 años, los que participaron en 1966, tendrían entre 60-80 años aproximadamente, es decir que aquellos jóvenes que estuvieron presentes en los movimientos sociales de los años 1950 a 1994, actualmente tendrían 60 años o más, recordando que se reconoce oficialmente aquí en México como Personas Mayores a quienes tienen 60 años o más (Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores, 2024). Es decir que hay una gran probabilidad de participación de las personas mayores en algún movimiento social.

Retomando a Gómez (2015), quien refiere que entre 1960 y 1970 había un promedio de 41, 574,183.5 población total, y uno de los movimientos más fuertes en donde se tiene datos estadísticos es el de 1968, y se dice que participaron 250, 000 el 0.5% de la población actual de esos años. Actualmente según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) hay una población total de 126, 014, 024 personas, y de personas mayores de 60 años son 15,

142,976, es decir que, en el año 2020, el 12.01% de la población es personas mayores, y se considera que al menos el 0.5% de este movimiento social ha llegado a envejecer, y sin considerar algunos otros movimientos sociales.

Actualmente, México comienza hacer un país envejecido, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2024) señala que hay 17,121, 580, que equivale al 12.84%, incluso se comenta que se habla de un grupo poblacional que está creciendo de forma acelerada y este periodo de vida no es tan corto, ya que con información del INEGI (2020) el porcentaje de las personas de 60 a 69 equivale al 55.09% de la población de 70 a 79 equivale al 29.46% de la población, vemos que al menos después de los 60 años las personas siguen viviendo 20 años más.

Es importante retomar que el concepto de vejez que según el Instituto Nacional de las personas mayores (INAPAM, 2019) es la etapa de vida que comienza a los 60 años, y es considerada como la última etapa del ciclo de vida después de la adultez. Se entiende el envejecimiento como un proceso gradual, adaptativo, individual, donde hay cambios físicos, bioquímicos y se presentan un desgaste acumulado a lo largo de la historia del individuo. Para Hidalgo (2001, p 67), “es una serie de disminuciones funcionales y cambios que acontecen en el organismo con el pasar o transcurrir del tiempo”.

A partir de ello hay diferentes teorías que hablan sobre el envejecimiento desde la gerontología social que es la que analiza el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez. Al respecto, Piña, (2009) habla sobre cómo las interacciones sociales pueden influir en el proceso de envejecimiento. Es primordial retomar esta postura, ya que se plantea el cómo es que las personas mayores envejecen y qué pasa con ellas si fueran partícipes de movimientos sociales. En este sentido, Martin (2000), habla sobre cómo pueden aparecer ciertas características de un grupo que distingue de unos sujetos a otros.

A partir de las primeras asambleas mundiales sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, y antes de ello se comienza hablar sobre un envejecimiento activo, pero, para llegar a este envejecimiento activo, primero se discutirá sobre la teoría de la actividad, la cual, parte

de la primera generación, que tiene un enfoque micro social, en donde se habla sobre qué lugar tienen las personas mayores, en su entorno cercano. En tal sentido, Piña refiere: “que en edades avanzadas hay una pérdida de funciones sociales” (2009, p.80). La teoría de la actividad sustenta que, al llegar a la etapa de la vejez, las personas mayores, deben de seguir participando y teniendo diferentes actividades, y, también nos dice que el aislamiento del cuál surge ya no participar en las diversas actividades es consecuencia de las barreras sociales. El envejecimiento activo surge de la segunda asamblea sobre el envejecimiento en Madrid en donde se habla sobre la importancia de la participación social de las personas mayores en las diversas actividades (Mendoza et al., 2013). Así que vemos que al envejecer existen cambios sociales, y entre estos cambios, el envejecimiento activo se ha consolidado como un eje central en el análisis contemporáneo de la vejez, al promover las oportunidades de participación, salud y seguridad a lo largo del curso de vida. En este marco, la participación social se configura como un componente fundamental, al posibilitar la integración comunitaria, el ejercicio de la ciudadanía y el fortalecimiento del bienestar subjetivo en las personas mayores.

Perspectiva de curso de vida

El curso de vida es primordial retomarlo cuando se habla sobre la vida desde la juventud hasta la vejez. Blanco (2011) define que el objetivo del curso de vida es analizar cómo los eventos históricos y cambios económicos, demográficos, sociales y culturales cambian las vidas individuales. La perspectiva de curso de vida permite comprender la participación social como un proceso dinámico que se construye a lo largo del tiempo, a partir de la interacción entre dimensiones individuales, sociales e históricas. Este enfoque enfatiza la importancia de las trayectorias biográficas, las transiciones vitales y los contextos estructurales en la configuración de las oportunidades de participación.

Las transiciones del curso de vida, como la inserción laboral, las responsabilidades familiares o los cambios en las oportunidades políticas, inciden en la reconfiguración de las formas de involucramiento social. En este sentido, la participación en la juventud puede entenderse como una experiencia situada, cuya continuidad

depende de múltiples factores estructurales y contextuales. Un elemento central es la noción de acumulación de desigualdades, la cual señala que las desventajas sociales tienden a reproducirse y profundizarse a lo largo del tiempo. En consecuencia, las posibilidades de participación en la vejez no dependen únicamente de experiencias previas, sino también de los recursos disponibles y de las condiciones estructurales que han atravesado la vida de las personas.

En el transcurso de la vida y ante los cambios significativos que se presentan, se fungen diferentes roles. En tal sentido, Elder et al., (2006) refiere que con nuevas transiciones se asumen nuevos roles, y que esto puede marcar nuevos derechos y obligaciones, e incluso puede incluir nuevas facetas de identidad social. Se reconoce que la gente vive dentro de entornos diferentes, en los cuales las influencias de la familia, la comunidad y la biosfera son factores que influyen en el desarrollo y bienestar de una persona (INAPAM, 2023).

Las personas mayores al entrar en la etapa de la vejez, se les otorgan roles de cuidador o abuelazgo. Al respecto, Lugo (2025), considera que cuidar a los nietos es como una compensación vital de las y los abuelos hacia los nietos, y algunos otros roles, pero en la revisión documental destacan las personas mayores como el centro de algún movimiento social, incluso las personas mayores no son partícipes en grupos de apoyo, o bien en algún movimiento social, ya que, las personas adultas son las que forman parte de estas asociaciones que luchan por los derechos de las personas mayores. Entonces se observa a las personas mayores como un ente aislado de esta problemática, cuando debería de ser parte primordial de los movimientos sociales, sobre todo de aquello de los que luchan por personas mayores, y no incluye a personas mayores dentro del movimiento social. Por ejemplo, cuando se habla sobre los derechos de las personas mayores, el cuidado, el abandono, son otro grupo poblacional el que se encarga de visibilizar y luchar por estos derechos. En cambio, en muchas partes del mundo, específicamente en España, las personas jubiladas salen a las calles para exigir las pensiones (Gutiérrez y Aparicio, 2019) pero en México existe escasez de movimientos específicos de personas mayores.

Memoria y resistencias en la vejez

El análisis de la participación social en la vejez requiere reconocer el papel de la memoria como una dimensión política y colectiva, particularmente en el caso de las mujeres mayores. La memoria no se reduce a la evocación del pasado, sino que se configura como un espacio de resistencia en el que se preservan, reinterpretan y resignifican experiencias de lucha y acción colectiva acumuladas a lo largo del curso de vida. En este sentido, la memoria se convierte en un recurso activo que permite no solo dar continuidad a procesos históricos, sino también disputar narrativas hegemónicas que han tendido a invisibilizar el papel de las personas mayores, especialmente de las mujeres, en los procesos sociales.

Desde una perspectiva crítica, la memoria puede entenderse como un campo de producción de sentido en el que se articulan experiencias individuales y colectivas, permitiendo la construcción de identidades y la transmisión de saberes entre generaciones. Para las mujeres mayores, esta dimensión adquiere una relevancia particular, ya que muchas de sus trayectorias han estado marcadas por la participación en contextos de desigualdad, exclusión y resistencia. Así, sus relatos no solo recuperan vivencias pasadas, sino que también aportan claves interpretativas para comprender las condiciones sociales actuales y las formas en que se sostienen las luchas colectivas en el tiempo.

Diversas experiencias evidencian el protagonismo de mujeres mayores en movimientos sociales, como las lideresas mapuches en Chile, las mujeres organizadas en Villaverde en España o la denominada “Revolución de las Viejas” en Argentina (Osorio et al., 2022). Estos casos permiten cuestionar los imaginarios que asocian la vejez con pasividad, dependencia o retiro de la vida pública, mostrando, por el contrario, su potencial como espacio de acción política, agencia y transformación social. En estos contextos, la memoria no solo cumple una función testimonial, sino que se activa como herramienta para la organización, la defensa de derechos y la construcción de alternativas frente a problemáticas sociales.

Asimismo, la memoria en la vejez contribuye a la construcción de continuidad en las luchas sociales, al permitir que experiencias pasadas dialoguen con el presente y orienten la acción colectiva futura. Este proceso implica una resignificación constante, en la que las mujeres mayores no solo recuerdan, sino que reinterpretan sus experiencias a la luz de nuevas realidades, fortaleciendo su papel como actoras sociales. En este sentido, la memoria se configura como un recurso que articula identidad, pertenencia y resistencia, permitiendo sostener y proyectar las luchas colectivas a lo largo del tiempo, al tiempo que desafía las estructuras que buscan relegar a las personas mayores a posiciones de invisibilidad social.

Participación como derecho y aportes del Trabajo Social

El enfoque de derechos humanos posiciona la participación social como un derecho fundamental, vinculado al ejercicio de la ciudadanía y a la dignidad humana. Desde esta perspectiva, la inclusión social de las personas mayores constituye una responsabilidad colectiva, que interpela tanto al Estado como a las instituciones.

En este marco, la desvinculación social en la vejez puede interpretarse como una forma de exclusión que limita el ejercicio de derechos. Frente a ello, el Trabajo Social tiene un papel fundamental en la promoción de estrategias que favorezcan la inclusión, el fortalecimiento de redes y la continuidad de la participación social.

Asimismo, la disciplina puede contribuir a la resignificación de las trayectorias de vida, reconociendo las experiencias previas de participación y promoviendo a las personas mayores como sujetos de derechos y actores sociales.

Metodología

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, a partir de una estrategia de investigación documental orientada al análisis de la relación entre la participación en movimientos sociales durante la juventud y la participación social en la vejez. Este tipo de diseño permite recuperar, sistematizar e interpretar aportes teóricos y

empíricos existentes, con el fin de construir una comprensión crítica del fenómeno de estudio.

La técnica empleada fue la revisión bibliográfica, la cual consistió en la búsqueda, selección y análisis de fuentes académicas relacionadas con los ejes temáticos centrales: participación social, envejecimiento activo, movimientos sociales, perspectiva de curso de vida, derechos humanos y gerontología social. Para ello, se consultaron artículos científicos, libros especializados, informes institucionales y documentos académicos publicados en bases de datos como Google Scholar, Scielo y Redalyc.

Los criterios de inclusión de las fuentes consideraron: a) pertinencia temática con el objeto de estudio; b) publicaciones académicas o institucionales con respaldo teórico; y c) preferentemente materiales publicados en las últimas dos décadas, sin excluir autores clásicos relevantes para la construcción teórica. Se excluyeron fuentes que no contaran con rigor académico o que no aportaran elementos sustantivos al análisis.

El proceso de análisis de la información se llevó a cabo mediante una lectura crítica y comparativa de los textos seleccionados, identificando categorías de análisis como: continuidad y discontinuidad de la participación social, trayectorias de vida, y procesos de desvinculación social. Estas categorías permitieron organizar la información y establecer relaciones entre los distintos aportes teóricos revisados.

Finalmente, la información fue sistematizada mediante la integración de los hallazgos en ejes temáticos, lo que facilitó la construcción de una interpretación crítica desde el Trabajo Social. Este enfoque permitió no solo describir las tendencias identificadas en la literatura, sino también problematizar las condiciones estructurales que influyen en la participación social de las personas mayores.

Resultados

A partir del análisis de la literatura especializada sobre participación social, envejecimiento y trayectorias de vida, se identificaron diversos patrones que permiten comprender la relación entre la implicación en movimientos sociales durante la juventud y los niveles de participación en la vejez.

En primer lugar, múltiples estudios coinciden en señalar que la participación social en la juventud no garantiza su continuidad en etapas posteriores del ciclo de vida. Si bien la experiencia en movimientos sociales favorece el desarrollo de habilidades organizativas, sentido de pertenencia y conciencia social, estos elementos tienden a debilitarse con el paso del tiempo debido a cambios en las condiciones personales y estructurales. Entre los factores más recurrentes se encuentran la inserción laboral, las responsabilidades familiares, el deterioro de la salud y la reducción de redes sociales.

En segundo lugar, se observa una tendencia hacia la desvinculación progresiva en la vejez, particularmente en contextos donde existen limitadas oportunidades de participación para las personas mayores. La literatura destaca que, en muchos casos, la falta de espacios incluyentes, así como la presencia de estereotipos asociados a la vejez, contribuyen a la exclusión social y a la disminución de la participación activa.

Por otro lado, se identificó que la participación social en la vejez tiende a transformarse más que a desaparecer. Es decir, aunque disminuye la participación en espacios políticos o de acción colectiva formal, algunas personas mayores mantienen formas de participación en ámbitos comunitarios, religiosos o familiares. Sin embargo, estas formas suelen tener menor reconocimiento social y visibilidad.

Finalmente, la revisión documental permite señalar que la continuidad de la participación social está fuertemente mediada por factores estructurales, tales como el acceso a recursos, las políticas públicas, el nivel educativo y las condiciones de salud. En este sentido, la literatura coincide en la necesidad de promover estrategias que favorezcan la inclusión social de las personas mayores, reconociendo

sus trayectorias previas y fomentando su papel como actores sociales activos.

Discusión

Los hallazgos de la revisión documental permiten problematizar la idea de que la participación social se mantiene de manera constante a lo largo del curso de vida. Si bien la literatura reconoce que la participación en movimientos sociales durante la juventud genera habilidades, identidad colectiva y compromiso social, los resultados analizados muestran que estos elementos no garantizan su continuidad en la vejez. En este sentido, la disminución de la participación social en personas mayores no puede entenderse como una decisión individual aislada, sino como el resultado de procesos estructurales que atraviesan las trayectorias de vida. Factores como las condiciones laborales, las responsabilidades familiares, el estado de salud y la disponibilidad de espacios de participación influyen directamente en las posibilidades de mantenerse activo socialmente. De este modo, la participación se configura como un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples dimensiones que exceden la voluntad individual.

Por otro lado, más que una desaparición de la participación, los hallazgos sugieren una transformación en sus formas. La menor presencia en espacios de acción colectiva formal no implica necesariamente una desvinculación total, sino un desplazamiento hacia ámbitos menos visibles y socialmente reconocidos, como el ámbito comunitario, familiar o de cuidado. Esta situación plantea un reto para el Trabajo Social, en tanto implica reconocer, visibilizar y valorar estas formas de participación que tradicionalmente han sido subestimadas. A partir de lo anterior, resulta fundamental incentivar que las personas mayores tengan la oportunidad de continuar participando en movimientos sociales, especialmente aquellas que durante su juventud formaron parte activa de procesos de acción colectiva. Lejos de concebir la participación como una etapa limitada a ciertos momentos del ciclo de vida, es necesario promover su continuidad como un derecho y como una dimensión central del ejercicio de la ciudadanía en la vejez. En este sentido, las experiencias previas de participación constituyen un recurso significativo que puede ser retomado y

fortalecido. Las personas mayores que han participado en movimientos sociales poseen conocimientos, habilidades organizativas y trayectorias que pueden contribuir de manera sustantiva a los procesos colectivos actuales. Sin embargo, la falta de espacios accesibles y las condiciones estructurales limitan su permanencia o reincorporación en estos espacios.

Por ello, se vuelve necesario generar estrategias que favorezcan su inclusión activa en la vida comunitaria y en los movimientos sociales. Esto implica no solo la apertura de espacios de participación, sino también el reconocimiento de sus trayectorias y el fortalecimiento de su papel como actoras y actores sociales con capacidad de incidencia. Asimismo, resulta pertinente promover iniciativas intergeneracionales que faciliten el intercambio de saberes, experiencias y formas de organización, contribuyendo a la construcción de procesos colectivos más inclusivos. Finalmente, estos elementos permiten cuestionar enfoques que responsabilizan únicamente a las personas mayores por su nivel de participación, y abren la discusión hacia la necesidad de generar condiciones sociales que favorezcan su inclusión. Desde el Trabajo Social, esto implica diseñar estrategias que recuperen las trayectorias de vida, fortalezcan redes de apoyo y promuevan la continuidad de la acción social en la vejez, reconociendo a las personas mayores no solo como beneficiarias, sino como sujetas activas en la transformación social.

Conclusiones

El análisis desarrollado a partir de la revisión documental permite concluir que la participación en movimientos sociales durante la juventud no garantiza su continuidad en la vejez, lo que evidencia que la participación social es un proceso dinámico, no lineal y profundamente condicionado por factores estructurales. A lo largo del curso de vida, elementos como las responsabilidades familiares, las condiciones laborales, el estado de salud y la disponibilidad de espacios de participación inciden directamente en las posibilidades de mantenerse activo socialmente.

En este sentido, la disminución de la participación en la vejez no debe interpretarse como una falta de interés o compromiso por parte de las personas mayores, sino como el resultado de procesos de exclusión social acumulados. Asimismo, se identificó que la participación no desaparece por completo, sino que se transforma hacia ámbitos menos visibles, como el comunitario o el de cuidado, lo que plantea la necesidad de ampliar la mirada sobre lo que se reconoce como participación social. Estos elementos abren la posibilidad de reconocer a las personas mayores como sujetas políticas con capacidad de incidencia.

A partir de lo anterior, resulta fundamental promover estrategias que favorezcan la continuidad de la participación social en la vejez, particularmente en aquellas personas que han tenido trayectorias previas en movimientos sociales. Esto implica no solo generar espacios accesibles e incluyentes, sino también reconocer sus experiencias, fortalecer redes de apoyo y fomentar procesos intergeneracionales que permitan la transmisión de saberes y la construcción colectiva.

Finalmente, desde el Trabajo Social, este estudio aporta elementos para repensar las intervenciones dirigidas a personas mayores, transitando de enfoques asistencialistas hacia perspectivas centradas en derechos, participación y agencia. Reconocer a las personas mayores como actores sociales activos no solo contribuye a su bienestar, sino que también enriquece los procesos sociales, al integrar su experiencia, memoria y capacidad organizativa en la construcción de sociedades más justas e inclusivas.

Referencias

- Estrada, S. M. (2011). *El levantamiento zapatista de 1994*. Arqueología Mexicana. <https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/el-levantamiento-zapatista-de-1994>
- Blanco, M., (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (8), 5-31.

- Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores.* (2024). Diario Oficial de la Federación.
https://sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/15131/5/images/ley_derechos_personas_adultas_mayores_02_2024.pdf
- Crisis del Porfiriato. (2011). Portal Académico del CCH.
<https://el.portalacademico.cch.unam.mx/alumno/aprende/historicosocial/historiademexico2/unidad1/crisisporfiriato>
- Elder, Glen, Monica Kirpatrick y Robert Crosnoe (2006) “The emergence and development of life course theory”, en Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (eds.), *Handbook of the Life Course*, Nueva York: Springer.
- Gómez, Luis E. (2015). 1968: Demografía y movimientos estudiantiles. *Papeles de población*, 21(85), 255-290.
- Gutiérrez P. y Aparicio, M. (2019). La lucha por la vejez y envejecimiento dignos a través de las organizaciones y movimientos de la sociedad civil internacional. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). *Envejecimiento y vejez*.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023 15 de febrero). *El enfoque de curso de vida para un envejecimiento saludable*.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-enfoque-de-curso-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020) *Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, series de años censales de 1990 a 2020*.
https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Poblacion_01&bd=Poblacion
- INEHRM (s. f.). *Movimiento estudiantil de 1968*.
https://www.inehrm.gob.mx/es/inehrm/Movimiento_Estudiantil_1968
- Librado, Da. (2021). *A 50 años del Halconazo*. México, 1ra Ed. INEHRM

- Lugo, M. (2025). El abuelazgo genera tensiones intergeneracionales: Lucía Marín. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/el-abuelazgo-genera-tensiones-intergeneracionales-lucia-marin/>
- Martin, A. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323(2000), pp 161-182.
- Mendoza, M., Martínez, M, y Vargas, L. (2013). Envejecimiento Activo y Saludable. Fundamentos y Estrategias desde la Gerontología Comunitaria. México: FES “Zaragoza”, UNAM, 522.
- Osorio, P, Navarrete, I., Briceño, R, & Saavedra G. (2022). Mujeres mayores activistas: trayectorias y experiencias en movimientos y organizaciones sociales en Chile. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(55), 120-155. <https://doi.org/10.32870/lv.v6i55.7387>
- Piña, M. (2009). Matriz de Intervención en Gerontología Social. *Escuela de Trabajo Social / Facultad de Ciencias Sociales*, 5(V), RUMBOS TS.
- Revilla, M., (1996). El concepto de movimiento social: Acción, identidad y sentido. *Última Década*, (5), 1-18.}
- Rodríguez, A. (2010) *Luchas en el IPN: Del cardenismo a la huelga de 1956*
- Secretaría de Gobernación. (2018) *Revolución Mexicana, el gran movimiento social del siglo XX*. <https://www.gob.mx/segob/articulos/revolucion-mexicana-el-gran-movimiento-social-del-siglo-xx?idiom=es>
- Consejo Nacional de Población (2024). *Mapa interactivo de indicadores de población en México con base en la Conciliación demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070*. <https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/PP/ind ex.html>
- Zaragoza, M. Á. R., & Orozco, R. O. (2024). *Los movimientos estudiantiles en México: reflexiones sobre su potencia transformadora*. P10-17.

Envejecimiento Poblacional y Políticas de Cuidado en Granada, España: Desafíos Para el Trabajo Social y las Redes de Apoyo

Tamara Cristina García Ovalles

Estudiante de Maestría en Trabajo Social

Universidad Autónoma de Sinaloa

Marisela Rivera Montoya

Universidad Autónoma de Sinaloa

Juan Antonio Maldonado Molina

Master de Gerontología en Granada España

Resumen

El envejecimiento poblacional se ha consolidado como uno de los procesos demográficos más relevantes en las sociedades europeas, con implicaciones profundas para la organización de los sistemas de protección social y de cuidados de larga duración. Dentro de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España), la ciudad de Granada es la que presenta una mayor proporción de personas mayores de 65 años: 23.92 %, cifra ligeramente superior a la media española (20,4 %). Esta realidad conlleva una presión sobre los servicios sociales y sanitarios, así como sobre las redes familiares de apoyo. El objetivo de este capítulo es analizar críticamente las políticas y estrategias de cuidado dirigidas a las personas mayores en Granada, desde la perspectiva del Trabajo Social y de las redes de apoyo formales e informales, en el marco de un modelo de bienestar familista. Se desarrolla una revisión narrativa de la literatura y de fuentes secundarias, con enfoque cualitativo y analítico, que integra datos demográficos, estudios académicos y documentos de políticas públicas. Los resultados evidencian, por un lado, la adopción del paradigma del envejecimiento activo y de ciudades amigables con las personas mayores; y por otro, la

persistencia de un sistema de cuidados apoyado en las familias, fuertemente feminizado y atravesado por desigualdades de género y clase. A la luz de los aportes de la ética del cuidado, del concepto de social care y de la economía del cuidado, se discuten los desafíos para el trabajo social en términos de mediación, defensa de derechos y construcción de políticas de cuidado corresponsables. Se concluye subrayando la necesidad de fortalecer los servicios públicos, reconocer el trabajo de las cuidadoras y reducir las brechas territoriales y sociales en el acceso a los cuidados.

Introducción

El envejecimiento demográfico se ha convertido en un eje central de las agendas de política social en Europa, asociado a la transición demográfica, a la disminución de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida (Banco Mundial, 2025). España se ubica entre los países más envejecidos de la Unión Europea, con una proporción de personas de 65 y más años superior al 20% y un crecimiento sostenido del grupo de 80 y más años, con la consiguiente expansión de la demanda de cuidados de larga duración (Banco Mundial, 2025; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024). En este contexto, el cuidado aparece como un campo estratégico para comprender las transformaciones del estado de bienestar, las desigualdades de género y las tensiones entre responsabilidades públicas y privadas (Daly & Lewis, 2000; Torres et al., 2023).

La ciudad de Granada constituye un escenario significativo para analizar estas dinámicas, dado su elevado nivel de envejecimiento y la existencia de fuertes desigualdades socioespaciales que afectan a las personas mayores (Fundación BBVA & Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, 2017). Estudios geográficos y sociales han mostrado que la problemática global de las personas mayores granadinas (en términos de pobreza, salud, dependencia, soledad y condiciones de vivienda) se ha intensificado en las últimas décadas, con un peso particular de las mujeres mayores, muchas de ellas viudas, con trayectorias laborales precarias e ingresos reducidos (Sánchez-González, 2004). Estas condiciones estructurales hacen especialmente relevante la organización social del cuidado y el papel de

las redes de apoyo formales e informales (Rosas García 2019; Romero-Serrano et al., 2023).

Al mismo tiempo, las políticas públicas han impulsado en los últimos años el paradigma del envejecimiento activo y la adhesión a iniciativas internacionales como la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2007; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, [IMSERSO], 2023). En Andalucía, la creación de la plataforma digital “En Buena Edad” ha buscado fomentar un envejecimiento saludable y activo mediante información, formación y participación, aprovechando las tecnologías de la información y la comunicación (Consejería de Salud y Familias, 2018; PiCuida, 2018; Europapress, 2022). Sin embargo, la brecha digital y las desigualdades socioeconómicas limitan el alcance de estos instrumentos, especialmente entre las personas mayores más vulnerables (Europapress, 2022; Torres et al., 2023).

Desde una perspectiva teórica, este artículo se apoya en tres aportes centrales: la ética del cuidado de Joan Tronto, que plantea el cuidado como actividad humana fundamental y como ideal político que revela relaciones de poder y desigualdad; el concepto de social care de Daly y Lewis, que concibe el cuidado como un conjunto de actividades y relaciones situadas en la intersección entre Estado, mercado, familia y tercer sector; y la economía del cuidado desarrollada por Esquivel, que visibiliza la dimensión económica y política del cuidado y su potencial para situarlo en el centro de la agenda pública (Tronto, 1993; Daly & Lewis, 2000; Esquivel, 2011). Estos marcos permiten interpretar el envejecimiento poblacional de Granada no solo como un fenómeno demográfico, sino como un campo de disputa sobre quién cuida, en qué condiciones y con qué apoyos.

El objetivo general de este trabajo es analizar el envejecimiento poblacional y las políticas de cuidado en Granada (España), poniendo el foco en los desafíos que enfrentan el trabajo social y las redes de apoyo en un contexto de envejecimiento avanzado y modelo familista de bienestar. Específicamente, se pretende: a) caracterizar el envejecimiento poblacional en Granada y sus principales implicaciones

sociales; b) identificar las principales políticas y estrategias de cuidado, con especial atención al envejecimiento activo y a los dispositivos de apoyo a la dependencia; y c) discutir los desafíos y posibilidades para el trabajo social y las redes de apoyo desde los marcos de la ética del cuidado, el social care y la economía del cuidado.

Metodología

Este estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de carácter documental, desarrollado mediante una revisión narrativa de la literatura y de fuentes secundarias relevantes para el análisis del envejecimiento y las políticas de cuidado en Granada. La revisión narrativa se considera apropiada para integrar aportes teóricos, datos estadísticos, estudios de caso y documentos de política pública, ofreciendo una síntesis interpretativa y crítica en lugar de un inventario exhaustivo (Vázquez et al., 2023). Las fuentes consultadas se agrupan en cuatro bloques principales:

Estudios académicos sobre envejecimiento, cuidados y Trabajo Social en España, con especial atención a la feminización del cuidado, las desigualdades de género y clase, y la organización de los sistemas de atención a la dependencia.

Investigaciones específicas sobre la situación de las personas mayores en Granada, particularmente la tesis de Sánchez-González (2004) y otros trabajos de geografía social que analizan las condiciones socioeconómicas, sanitarias y familiares de este colectivo.

Documentos de organismos nacionales e internacionales sobre envejecimiento, ciudades amigables y sistemas de cuidados, incluyendo materiales del IMSERSO y la OMS.

Recursos institucionales de la Junta de Andalucía y materiales técnicos y divulgativos sobre la plataforma “En Buena Edad” y otras iniciativas de envejecimiento activo en la comunidad autónoma.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos académicas y repositorios como Dialnet, REIS, repositorios de la Universidad de

Granada, así como en portales institucionales, utilizando palabras clave como “*envejecimiento poblacional*”, “*políticas de cuidado*”, “*Granada*”, “*trabajo social con personas mayores*”, “*redes de apoyo*”, “*ética del cuidado*”, “*social care*” y “*economía del cuidado*”. Se priorizaron documentos publicados en las dos últimas décadas, sin excluir referencias teóricas clásicas relevantes, como Tronto o Daly y Lewis.

El análisis se organizó en tres ejes: a) caracterización del envejecimiento poblacional en Granada; b) políticas y estrategias de cuidado (envejecimiento activo, dependencia, ciudad amigable); y c) desafíos para el trabajo social y las redes de apoyo, interpretados a la luz de la ética del cuidado, el social care y la economía del cuidado. A partir de estos ejes se construyó una sistematización argumentativa que contrasta los discursos de las políticas públicas con la evidencia sobre desigualdades y condiciones reales de cuidado.

Marco teórico

El análisis del envejecimiento poblacional y de las políticas de cuidado requiere una perspectiva interdisciplinaria que permita comprender las transformaciones demográficas, las desigualdades sociales y la organización de los sistemas de bienestar. En este sentido, el presente trabajo se sustenta en tres enfoques teóricos principales: la ética del cuidado, el concepto de social care y la economía del cuidado, los cuales ofrecen herramientas analíticas para interpretar las dinámicas de atención y apoyo hacia las personas mayores en contextos de envejecimiento avanzado como el de Granada, España.

Envejecimiento poblacional y transformación social

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes de las sociedades contemporáneas. Este proceso se caracteriza por el aumento sostenido de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad, generando una mayor proporción de personas mayores dentro de la estructura poblacional. Según diversos organismos internacionales, Europa es una de las

regiones más envejecidas del mundo y España ocupa una posición destacada dentro de este proceso demográfico.

El envejecimiento no debe entenderse únicamente como un cambio estadístico, sino como una transformación social que impacta las relaciones familiares, los sistemas de salud, las políticas públicas y las dinámicas comunitarias. Desde esta perspectiva, la vejez es una construcción social atravesada por desigualdades de género, clase y territorio que condicionan las experiencias de las personas mayores. En ciudades como Granada, estas desigualdades se expresan en situaciones de soledad, dependencia, vulnerabilidad económica y limitaciones en el acceso a servicios de cuidado.

Asimismo, el incremento de la población de 80 años y más ha intensificado la demanda de cuidados de larga duración, evidenciando tensiones entre las responsabilidades familiares y las capacidades institucionales del Estado de bienestar. Esto ha generado debates sobre la sostenibilidad de los sistemas de atención y sobre la necesidad de avanzar hacia modelos de cuidado más corresponsables.

La ética del cuidado

Uno de los principales referentes teóricos de este estudio es la ética del cuidado desarrollada por Joan Tronto (1993). Esta perspectiva sostiene que el cuidado constituye una actividad humana fundamental para el sostenimiento de la vida y de las relaciones sociales. El cuidado no se limita al ámbito privado o doméstico, sino que posee una dimensión ética y política vinculada a las relaciones de poder y a la distribución desigual de responsabilidades dentro de la sociedad.

Tronto plantea que las sociedades organizan el cuidado de manera jerárquica, asignándolo históricamente a las mujeres y a sectores socialmente subordinados. Desde esta mirada, el cuidado deja de ser considerado una obligación natural femenina y pasa a entenderse como una responsabilidad colectiva que debe ser reconocida y garantizada socialmente.

La ética del cuidado resulta especialmente útil para analizar el caso de Granada, donde el cuidado de las personas mayores continúa descansando principalmente en las redes familiares y, particularmente, en las mujeres. Este enfoque permite problematizar las desigualdades de género presentes en los sistemas de atención y cuestionar las limitaciones de los modelos familistas de bienestar.

El concepto de social care

Otro aporte fundamental proviene de Daly y Lewis (2000) mediante el concepto de social care. Las autoras definen el cuidado como un conjunto de actividades y relaciones que se desarrollan en la intersección entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad. Desde esta perspectiva, el cuidado no puede analizarse exclusivamente como una práctica privada, ya que su organización depende de decisiones políticas, recursos institucionales y estructuras económicas.

El enfoque de social care permite comprender cómo los regímenes de bienestar del sur de Europa, incluido el español, se caracterizan por una fuerte dependencia de los cuidados familiares. Aunque existen políticas públicas de apoyo a la dependencia, los servicios estatales suelen actuar como complemento y no como sustituto del cuidado informal realizado por las familias.

En el caso de Granada, esta perspectiva ayuda a interpretar las tensiones entre las políticas de envejecimiento activo, los servicios públicos limitados y la sobrecarga que enfrentan las familias cuidadoras. Asimismo, permite analizar el papel del trabajo social como mediador entre las necesidades de las personas mayores, los recursos institucionales y las redes comunitarias de apoyo.

La economía del cuidado

La economía del cuidado, desarrollada por autoras como Valeria Esquivel (2011), aporta una mirada crítica sobre el valor económico y social del trabajo de cuidado. Este enfoque sostiene que las actividades de cuidado son esenciales para la reproducción de la vida y para el

funcionamiento de la economía, aunque históricamente han permanecido invisibilizadas y no remuneradas.

Desde esta perspectiva, el cuidado debe ser considerado un componente central de las políticas públicas y no una responsabilidad privada atribuida exclusivamente a las familias. La economía del cuidado también evidencia cómo las desigualdades de género se reproducen a través de la distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidado.

Aplicado al contexto de Granada, este enfoque permite identificar cómo las mujeres continúan asumiendo la mayor carga de atención hacia las personas mayores, muchas veces en condiciones de precariedad económica y emocional. Además, posibilita reflexionar sobre la necesidad de fortalecer los servicios públicos de proximidad, reconocer los derechos de las personas cuidadoras y avanzar hacia sistemas de cuidado más equitativos y corresponsables.

Trabajo social y redes de apoyo

Finalmente, el Trabajo Social se posiciona como un actor clave en la articulación de las redes de apoyo dirigidas a las personas mayores. La intervención profesional no solo implica la gestión de recursos y servicios, sino también la promoción de derechos, la mediación comunitaria y el acompañamiento psicosocial.

Las redes de apoyo pueden clasificarse en formales e informales. Las redes formales incluyen instituciones públicas, servicios sanitarios, programas sociales y organizaciones comunitarias; mientras que las redes informales comprenden principalmente a la familia, amistades y vecindarios. Diversos estudios muestran que ambas dimensiones son fundamentales para garantizar la calidad de vida de las personas mayores y prevenir situaciones de aislamiento y dependencia extrema.

Desde el trabajo social, el fortalecimiento de las redes comunitarias y la construcción de políticas de cuidado corresponsables constituyen desafíos centrales frente al envejecimiento poblacional. Esto implica promover modelos de intervención basados en la participación, la

inclusión social y el reconocimiento del cuidado como un derecho humano y una responsabilidad colectiva.

Resultados y análisis

Al realizar esta investigación fue necesario analizar algunas particularidades del problema y se expone de la siguiente manera.

Envejecimiento poblacional en Granada: contexto y particularidades

Los datos demográficos disponibles en la página del Instituto Nacional de Estadística muestran que la ciudad de Granada presenta una estructura de población claramente envejecida, con una proporción de personas mayores de 65 años en torno al 23,92 %, cifra que se sitúa por encima de la media andaluza y ligeramente por encima de la media española según distintos registros recientes (Fundación BBVA & Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, 2017; Vázquez et al., 2023). Esta tendencia se ha consolidado en la última década, acompañada por un descenso de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida, lo que se traduce en un incremento sostenido de la población de 80 y más años, con implicaciones directas en la demanda de cuidados de larga duración (Fundación BBVA, 2017; Vázquez et al., 2023).

Los informes de planificación urbana y social de Granada subrayan que la ciudad se enfrenta a un “fuerte proceso de envejecimiento”, con casi una cuarta parte de la población mayor de 65 años y con un peso especialmente significativo de mujeres mayores, muchas de ellas viudas y con trayectorias laborales intermitentes o informales (Ayuntamiento de Granada, 2022). Esta feminización de la vejez se relaciona con mayores probabilidades de vivir solas, ingresos más bajos y mayor riesgo de aislamiento social, factores que incrementan la vulnerabilidad en términos de salud y apoyo social (Torres et al., 2023; García-Calvente et al., 2011). Desde el trabajo social, estas dinámicas obligan a considerar el envejecimiento como un fenómeno atravesado por desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo de vida y no como una etapa homogénea (Daly & Lewis, 2000; Tronto, 1993).

Envejecimiento activo y ciudad amigable: estrategias institucionales

En respuesta a este escenario, al igual que en el resto del Estado español, las políticas públicas en Granada y en Andalucía han adoptado el paradigma del envejecimiento activo como marco de referencia central. Este enfoque, promovido por la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud, enfatiza la participación, la autonomía y la contribución de las personas mayores a la sociedad, desplazando visiones centradas exclusivamente en la dependencia y la asistencia (OMS, 2007; IMSERSO, 2023). A nivel autonómico, la Junta de Andalucía ha desarrollado diversas iniciativas orientadas a promover la salud, la participación cívica y la formación continua de las personas mayores, entre las que destaca la plataforma digital “En Buena Edad” (Consejería de Salud y Familias, 2018; PiCuida, 2018).

“En Buena Edad” se presenta como un portal de comunicación entre los servicios sanitarios, los profesionales y la ciudadanía, con el objetivo de favorecer un envejecimiento activo y saludable mediante información, recursos formativos, herramientas de autoevaluación y espacios de participación (Consejería de Salud y Familias, 2018; PiCuida, 2018). Desde su puesta en marcha en 2018, la plataforma ha acumulado cientos de miles de visitas y decenas de miles de usuarios registrados en Andalucía, lo que evidencia su capacidad de alcance en determinados segmentos de población mayor (Europapress, 2022; Junta de Andalucía, 2021). En el caso de Granada, esta herramienta se complementa con programas municipales socioculturales, talleres formativos y actividades recreativas dirigidas a personas mayores, que movilizan cada año a miles de participantes y contribuyen a su inclusión social (Ayuntamiento de Granada, 2022; Sánchez-González, 2004).

Paralelamente, Granada se ha alineado con la filosofía de las “ciudades amigables con las personas mayores”, iniciativa promovida por la OMS y coordinada en España por el IMSERSO, cuyo objetivo es adaptar los entornos físicos y sociales para favorecer la autonomía, la accesibilidad y la participación plena de las personas mayores (IMSERSO, 2023; OMS, 2007). Este enfoque supone revisar el urbanismo, el transporte, la vivienda, los espacios comunitarios y los servicios, incorporando la voz de las personas mayores en el diseño de

las intervenciones. Desde el trabajo social, estas estrategias ofrecen oportunidades para integrar la perspectiva de derechos y la participación comunitaria en las políticas de envejecimiento, al tiempo que plantean el reto de evitar enfoques meramente simbólicos o centrados en acciones puntuales (Vázquez et al., 2023; Torres et al., 2023).

No obstante, a pesar de los avances, persisten importantes limitaciones. La brecha digital constituye un obstáculo para que una parte significativa de las personas mayores pueda beneficiarse de las plataformas en línea y de los recursos digitales para la salud y la participación (Europapress, 2022; PiCuida, 2018). Las desigualdades en el acceso a tecnologías, en los niveles de alfabetización digital y en los recursos económicos y educativos condicionan el alcance real de estas iniciativas, reproduciendo patrones de exclusión ya existentes (Torres et al., 2023). Desde la intervención social, ello exige articular programas específicos de acompañamiento digital y de mediación comunitaria que permitan reducir estas brechas (Consejería de Salud y Familias, 2018; IMSERSO, 2023).

Redes familiares y sistemas formales de cuidado

Más allá de las políticas de envejecimiento activo, el análisis de la organización del cuidado en Granada revela la persistencia de un modelo familista, característico de los regímenes de bienestar del sur de Europa, en el que la familia continúa asumiendo la mayor parte de las responsabilidades de cuidado cotidiano de las personas mayores (Comas-d'Argemir, 2021; Torres et al., 2023). La literatura en trabajo social y políticas sociales ha señalado que, en estos contextos, los servicios públicos actúan con frecuencia como apoyo complementario a los cuidados informales, más que como garantes principales de la atención (Daly & Lewis, 2000; Vázquez et al., 2023).

Las redes familiares de apoyo se configuran como el principal pilar del cuidado, especialmente en situaciones de dependencia moderada y severa. El cuidado recae mayoritariamente en mujeres de la familia (hijas, esposas, nueras), muchas veces en edades intermedias, que compatibilizan el cuidado con empleo precario, trabajos domésticos no

remunerados u otras cargas familiares (García-Calvente et al., 2011; García, 2021). Esta organización del cuidado reproduce desigualdades de género y clase, generando importantes impactos en la salud física y emocional de las cuidadoras, así como en sus trayectorias laborales y en su acceso a derechos sociales (Torres et al., 2023; García-Calvente et al., 2011). Desde el Trabajo Social, estas realidades se abordan en intervenciones de apoyo psicosocial, orientación y coordinación de recursos, aunque con limitaciones derivadas de la disponibilidad y cobertura de servicios (Fernández García, et al., 2019).

En cuanto a los sistemas formales de cuidado, Granada dispone de una red de servicios asociados al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que incluye prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, servicios de ayuda a domicilio, centros de día y plazas residenciales, entre otros recursos (Vázquez et al., 2023). Sin embargo, diversos informes y estudios señalan problemas de insuficiencia de plazas, tiempos de espera prolongados para la valoración de la dependencia y la concesión de prestaciones, así como desigualdades territoriales en el acceso efectivo a los servicios (Torres et al., 2023; García, 2021). Estos factores incrementan la presión sobre las familias, que a menudo deben “rellenar los vacíos” del sistema mediante arreglos informales de cuidado, contratación de cuidadoras en condiciones precarias o intensificación del trabajo doméstico no remunerado (García-Calvente et al., 2011; Esquivel, 2011).

Desde la perspectiva del Trabajo Social, la articulación entre redes familiares y sistemas formales de cuidado se convierte en un espacio clave de intervención. Las y los profesionales de trabajo social actúan como mediadores entre las familias, los servicios sociales y sanitarios, y las políticas públicas, evaluando necesidades, gestionando recursos y promoviendo procesos de empoderamiento y defensa de derechos (Fernández García, et al., 2019; Romero-Serrano, et al., 2023). No obstante, las condiciones estructurales de los sistemas de bienestar, la escasez de recursos y las cargas burocráticas limitan el alcance de estas intervenciones y dificultan la promoción de modelos de cuidado más corresponsables y equitativos (Torres et al., 2023; García, 2021).

Discusión

Los resultados obtenidos permiten situar el caso de Granada en el marco más amplio de las transformaciones del envejecimiento y los cuidados en España, donde convergen procesos de envejecimiento avanzado, crisis de los cuidados y reformas incompletas de los sistemas de protección social (Vázquez et al., 2023; Torres et al., 2023). La evidencia disponible muestra que, aunque se han producido avances en el reconocimiento del derecho a los cuidados de larga duración y en la promoción del envejecimiento activo, persisten importantes tensiones entre los discursos de autonomía y participación y la realidad de la dependencia y la sobrecarga del cuidado en los hogares (Sánchez-González, 2004; García, 2021).

La fuerte presencia del modelo familista de bienestar, en el que la familia (y dentro de ella, especialmente las mujeres) asume la responsabilidad central del cuidado, se traduce en desigualdades de género, clase y territorio que el trabajo social debe abordar de manera crítica (García-Calvente et al., 2011; Torres et al., 2023; Esquivel, 2011). Las cuidadoras familiares en contextos de precariedad económica y escaso apoyo institucional se enfrentan a riesgos aumentados de deterioro de la salud, empobrecimiento y aislamiento social, lo que tensiona los límites de la capacidad de cuidado y pone en cuestión la sostenibilidad de este modelo (García-Calvente et al., 2011; Torres et al., 2023). En Granada, las desigualdades socioespaciales documentadas entre personas mayores de distintos barrios refuerzan estas tensiones y exigen intervenciones situadas y sensibles al territorio (Sánchez-González, 2004; Fundación BBVA & Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, 2017).

La ética del cuidado planteada por Tronto ofrece un marco útil para comprender que el cuidado no es solo una práctica privada, sino una actividad humana fundamental y un ideal político que revela quién tiene poder y quién asume las tareas imprescindibles para sostener la vida cotidiana (Tronto, 1993). Desde esta perspectiva, el hecho de que el cuidado de las personas mayores recaiga mayoritariamente en las mujeres, en familias con recursos limitados y en barrios empobrecidos

de Granada muestra la desigual distribución de responsabilidades y de reconocimiento (García-Calvente et al., 2011; Torres et al., 2023).

El concepto de social care desarrollado por Daly y Lewis permite, además, pensar el cuidado como un entramado de actividades y relaciones que se ubican en la intersección entre Estado, mercado, familia y tercer sector, superando la visión que lo reduce a una cuestión privada o exclusivamente familiar (Daly & Lewis, 2000). Esta mirada hace visible el papel del Estado en la configuración de los arreglos de cuidado a través de las políticas de dependencia, de las prestaciones económicas y de los servicios disponibles, así como la importancia del mercado, de las organizaciones comunitarias y del Trabajo Social como mediador (Vázquez et al., 2023; Romero-Serrano, et al., 2023). En Granada, la combinación de prestaciones económicas y servicios insuficientes contribuye a reforzar la centralidad de la familia, en lugar de avanzar hacia una verdadera corresponsabilidad social en los cuidados (García, 2021; Torres et al., 2023).

Por su parte, la economía del cuidado propuesta por Esquivel enfatiza la necesidad de situar el cuidado en el centro de la agenda pública, desnaturalizándolo como tarea femenina y reconociendo su valor económico y social (Esquivel, 2011). Desde esta perspectiva, las políticas de envejecimiento activo y las iniciativas de ciudades amigables pueden ser oportunidades para repensar el cuidado como derecho y como responsabilidad social compartida, siempre que se articulen con una expansión y mejora de los servicios públicos de cuidado y con medidas de reconocimiento y redistribución del trabajo de cuidado (IMSERSO, 2023; OMS, 2007; Consejería de Salud y Familias, 2018). En el caso de Granada, esto implicaría reforzar los servicios de proximidad, reducir las listas de espera en dependencia, desarrollar programas de respiro y apoyo a cuidadoras y asegurar que las políticas de envejecimiento activo lleguen también a los colectivos más vulnerables y digitalmente excluidos (Europapress, 2022; Torres et al., 2023).

Desde el Trabajo Social, los desafíos son múltiples. Las y los profesionales se sitúan en la interfaz entre familias, personas mayores, servicios sociales, sistema sanitario y recursos comunitarios, y deben

enfrentar situaciones de sobrecarga de cuidado, pobreza y deterioro de la salud en contextos de recursos limitados (Fernández García, et al. 2019; Romero-Serrano, et al., 2023). La ética del cuidado sugiere la importancia de reconocer la dimensión relacional y política del cuidado en la práctica profesional, valorando las voces de las personas mayores y de las cuidadoras, y promoviendo intervenciones que amplíen las redes de apoyo y la corresponsabilidad (Tronto, 1993). Asimismo, el marco del social care invita al trabajo social a incidir en las políticas públicas, evidenciando cómo las decisiones sobre financiación, servicios y prestaciones configuran los escenarios concretos en los que se cuida (Daly & Lewis, 2000; García, 2021).

Conclusiones

El análisis del envejecimiento poblacional y las políticas de cuidado en Granada muestra un escenario marcado por el envejecimiento avanzado, fuertes desigualdades socioespaciales y un modelo de bienestar familista en el que la familia —y, en particular, las mujeres— siguen siendo el pilar principal del cuidado cotidiano de las personas mayores (Sánchez-González, 2004; García-Calvente et al., 2011; García, 2021). Si bien se han desarrollado políticas de envejecimiento activo, iniciativas de ciudades amigables y herramientas digitales como “En Buena Edad”, estas no siempre se articulan de forma coherente con un fortalecimiento suficiente de los servicios de cuidados de larga duración, lo que limita su impacto en los colectivos más vulnerables (IMSERSO, 2023; OMS, 2007; Junta de Andalucía, 2018; Europapress, 2022).

A la luz de la ética del cuidado, del concepto de social care y de la economía del cuidado, el caso de Granada pone de relieve la necesidad de avanzar hacia un modelo de cuidados corresponsable, que reconozca el cuidado como actividad central para la vida social y como responsabilidad compartida entre Estado, mercado, familias y comunidad (Tronto, 1993; Daly & Lewis, 2000; Esquivel, 2011). Ello requiere políticas que amplíen y mejoren los servicios de proximidad, reduzcan las desigualdades territoriales, reconozcan y protejan los derechos de las cuidadoras formales e informales, y reduzcan las

brechas digitales y sociales que afectan a las personas mayores (Vázquez et al., 2023; Torres et al., 2023).

Para el Trabajo Social, este contexto supone el desafío de combinar la intervención directa con personas mayores y sus familias con la acción comunitaria y la incidencia política, utilizando los marcos de la ética del cuidado y del social care para visibilizar las injusticias y promover transformaciones estructurales (Tronto, 1993; Daly & Lewis, 2000). Futuros estudios deberían incorporar metodologías cualitativas y participativas que den voz a las personas mayores y a las cuidadoras en Granada, así como análisis comparados con otros municipios, para profundizar en la comprensión de las redes de apoyo y de las prácticas de cuidado en distintos contextos locales (Fernández García, et al., 2019; Romero-Serrano, et al., 2023).

Referencias

- Ayuntamiento de Granada. (2022). Plan General de Ordenación urbana (en exposición pública). <https://www.granada.org/pgo.nsf/memo!OpenNavigator>
- Banco Mundial. (2025). *Population ages 65 and above, total – Spain*. World Bank Group. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?locations=ES>
- García, I. (2021). El sistema de cuidados en España está montado sobre injusticias de género e injusticias sociales. Nuevatribuna. es. <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/sistema-cuidados-espana-montado-injusticias-genero-injusticias-sociales/20211215130245193500.html>
- Consejería de Salud y Familias. (2018). “*En Buena Edad*”, *plataforma online para mayores de 65 años*. Dirección General de Fondos Europeos. https://www.fondoseuropeos.hacienda.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/ipr/fcp1420/c/bp/2018/Documents/BPAC2018AN_E_8.pdf
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of*

- Sociology*, 51(2), 281–298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), El Salvador. <https://base.socioeco.org/docs/laeconomadelcuidadoenamricalatina.pdf>
- Europa Press. (Julio 2022). La brecha digital afecta especialmente a las personas mayores y vulnerables en Andalucía. *Europa Press brecha digital mayores*. <https://www.europapress.es/portaltic/sector/noticia-brecha-digital-preocupa-76-personas-mayores-80-anos-20220706122249.html>
- Fernández García, T., & Ponce de León Romero, L. (coords.). (2019). *Trabajo social con personas mayores*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=334772>
- Fundación BBVA & Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. (2017). *Diferencias educativas regionales 2000-2016: Condicionantes y resultados*. Fundación BBVA Estudios territoriales.
- García Calvente, M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Informe Anual 2023*. (2023). <https://imserso.es/-/informe-anual-2023>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Proyecciones de población 2024–2074. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/PROP20242074.pdf>
- Junta de Andalucía. (2021). *La plataforma “En Buena Edad”* <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/salud-vida/mayores/paginas/plataforma-en-buena-edad.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Global age-friendly cities: a guide. WHO Age-friendly Cities Guide. <https://iris.who.int/handle/10665/43755>
- PiCuida. (2018, 30 de abril). «En buena edad», plataforma digital para promover el envejecimiento saludable y activo en Andalucía.

- <https://www.picuida.es/en-buena-edad-plataforma-digital-para-promover-el-envejecimiento-saludable-y-activo-en-andalucia/>
- Romero-Serrano, R., Casado Mejía, R., Rebollo Catalán, M., García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., & Lancharro Taverro I. (2023). Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo: *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202311095. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/176>
- Rosas García, M. D. (2019). Redes de apoyo social de personas adultas mayores en pobreza: Los recursos para el cuidado. *Acta de Ciencia en Salud*, 9(3), 5-13. <https://doi.org/10.32870/acs.v0i9.87>
- Sánchez-González, D. (2004). *La situación de las personas mayores en la ciudad de Granada. Estudio geográfico* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109710>
- Torres, B., et al. (2023). Desigualdades, invisibilidad social y consecuencias físicas y mentales de los cuidados en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003070672>
- Vázquez, J., et al. (2023). Envejecimiento y dependencia en España: Un enfoque de políticas públicas. *Revista de Ciencias Sociales*.

Políticas públicas, pensión para el bienestar y calidad de vida en adultos mayores en México

Michel Josefina Ríos Rodríguez

Maestrante en Ciencias con Orientación en Trabajo Social

Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Julio César González Vázquez

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

El envejecimiento poblacional es uno de los principales procesos demográficos del siglo XXI en México. Actualmente, la población adulta mayor representa el 14% del total, con un incremento proyectado hacia 2050, lo que exige fortalecer políticas públicas para su bienestar, especialmente ante situaciones de vulnerabilidad social (CONAPO, 2020; INEGI, 2020). En este contexto, la Pensión para el Bienestar se ha consolidado como una estrategia de protección social no contributiva.

El objetivo es analizar el estado del arte sobre dicha pensión, la calidad de vida y las políticas públicas para este grupo. Se asume el estado del arte como insumo para asumir una postura crítica frente a lo realizado y lo pendiente, evitando duplicar esfuerzos (Gómez et al., 2016). Con base en ello, la metodología cualitativa, exploratoria y documental se estructura en dos componentes: el estado de la cuestión, que examina la evolución y los debates actuales de la política social, y el estado del conocimiento, que integra e interpreta críticamente literatura científica, informes institucionales y evaluaciones.

Los hallazgos preliminares del estado del conocimiento muestran efectos positivos de la pensión en el bienestar económico, al contribuir a la reducción de la pobreza y al acceso a bienes básicos. Sin embargo, el análisis interpretativo de ambos componentes revela limitaciones significativas. La política pública mexicana para la vejez se articula en cuatro ejes rectores, de los cuales la seguridad económica es solo uno. Por consiguiente, la calidad de vida en la vejez, conformada por dimensiones objetivas, subjetivas y sociales, no es plenamente atendida mediante una transferencia monetaria aislada. Se concluye que, si bien la pensión constituye un avance, persiste una deuda en la integralidad de la política social, al no abordar suficientemente otros factores determinantes del bienestar en la vejez.

Introducción

El siglo XXI ha sido caracterizado por la Organización de las Naciones Unidas como el siglo del envejecimiento. Esta afirmación, lejos de ser una exageración retórica, se sustenta en cifras contundentes que dan cuenta de una transformación demográfica sin precedentes en la historia de la humanidad. El aumento sostenido de la esperanza de vida, combinado con la disminución de las tasas de fecundidad, ha producido un crecimiento absoluto y relativo de la población adulta mayor a escala global, México no es ajeno a este fenómeno. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), la población de 60 años y más representa actualmente el 14% del total nacional, y las proyecciones disponibles indican que esta proporción se incrementará de manera significativa hacia el año 2050, cuando se estima que una de cada cuatro personas en el país tendrá 60 años o más. Estas cifras no constituyen meros datos estadísticos; representan un cambio estructural que interpela directamente a las instituciones del Estado, a las políticas públicas y a la sociedad en su conjunto, exigiendo respuestas articuladas y pertinentes frente a las necesidades presentes y futuras de este grupo poblacional.

La transición demográfica mexicana, sin embargo, presenta características particulares que merecen ser subrayadas. A diferencia de lo ocurrido en los países europeos, donde el envejecimiento poblacional

fue un proceso gradual que permitió a los Estados adaptar progresivamente sus sistemas de protección social, en América Latina y en México de manera específica este fenómeno se ha producido con una celeridad notable y en contextos caracterizados por desigualdades estructurales persistentes, mercados laborales con altos niveles de informalidad y sistemas de seguridad social de cobertura limitada (Huenchuan, 2018). Esta combinación de envejecimiento acelerado y protección social insuficiente configura un escenario particularmente complejo, en el cual amplios sectores de la población adulta mayor enfrentan condiciones de vulnerabilidad social que comprometen seriamente su calidad de vida.

En este contexto, la política social dirigida a las personas adultas mayores ha experimentado transformaciones significativas en México durante las últimas dos décadas. La Pensión para el Bienestar, establecida inicialmente como Programa de Pensión para Adultos Mayores y elevada posteriormente a rango constitucional, se ha consolidado como la estrategia de protección social no contributiva más visible y de mayor cobertura en el país. Consiste en una transferencia monetaria universal dirigida a la población de 65 años y más, cuyo propósito explícito es contribuir a la seguridad económica de este grupo etario. Su relevancia presupuestal, política y social es indiscutible: millones de personas mayores reciben bimestralmente este apoyo económico, que en muchos casos constituye su principal o única fuente de ingresos.

Sin embargo, la existencia de una política de transferencia monetaria, por amplia y significativa que sea, no resuelve por sí misma la pregunta fundamental que motiva la presente investigación. Esa pregunta puede formularse en los siguientes términos: ¿en qué medida la Pensión para el Bienestar contribuye efectivamente a la calidad de vida integral de las personas adultas mayores en México? La distinción es relevante, porque una cosa es la seguridad económica entendida como la disponibilidad de un ingreso mínimo que permita la satisfacción de necesidades básicas y otra, cualitativamente diferente, es la calidad de vida en la vejez, concepto que la literatura especializada ha definido como un constructo complejo y multidimensional que abarca no solo las condiciones materiales de existencia, sino también la

salud, la autonomía, las redes de apoyo social, la participación comunitaria, el bienestar subjetivo y el sentido vital que las personas atribuyen a su experiencia de envejecer (Fernández, 1997 ; Elosua, 2010; Richart et al., 1999).

La literatura gerontológica contemporánea ha sido enfática al señalar que la calidad de vida en la vejez no puede ser reducida a la posesión de bienes materiales o a la disponibilidad de un ingreso monetario, por importante que este sea. Fernández (1997), en una investigación pionera realizada con personas mayores de 65 años en España, demostró que la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital está en dependencia del contexto y de las circunstancias particulares del individuo, concluyendo que factores como la posición social, la edad y el género resultan más determinantes que el tipo de residencia para la mayor parte de las dimensiones consideradas. Por su parte, Elosua (2010), en un estudio que involucró a 404 personas entre 65 y 94 años, encontró que los propios adultos mayores jerarquizan su calidad de vida otorgando el valor subjetivo más elevado a la salud, seguida por la autonomía personal y, en un tercer nivel, por las redes de apoyo familiar y social, mientras que las actividades sociales ocuparon el último lugar en dicha jerarquía. Estos hallazgos resultan particularmente elocuentes: sugieren que, desde la perspectiva de las propias personas mayores, la calidad de vida se juega en dimensiones que trascienden ampliamente lo económico.

En una dirección convergente, Ramos et al (2013) investigaron las representaciones sociales sobre la calidad de vida y la vejez en un grupo de adultos mayores en la ciudad de Morelia, Michoacán, México. Sus resultados indican que los participantes asociaron la calidad de vida principalmente con la salud, la autonomía y la posibilidad de mantener bienestar y trabajo durante la vejez, mientras que la vejez como tal fue vinculada con la salud, los cambios físicos experimentados y ciertos sentimientos y sentidos asociados a la edad. Estos estudios, considerados en conjunto, aportan evidencia consistente acerca de la naturaleza multidimensional de la calidad de vida en la vejez y ponen de manifiesto las limitaciones inherentes a cualquier política pública que pretenda incidir sobre ella exclusivamente mediante transferencias monetarias.

Es precisamente esta tensión entre una política de transferencia económica la Pensión para el Bienestar y una concepción multidimensional de la calidad de vida en la vejez la que constituye el problema de investigación que aborda la presente investigación. La política pública mexicana para la población adulta mayor no se limita, en su formulación normativa, a la seguridad económica. Por el contrario, el marco institucional reconoce explícitamente cuatro ejes rectores: seguridad económica, salud y bienestar, participación social, y cuidados de largo plazo. Esta arquitectura programática da cuenta de una aspiración de integralidad que resulta plenamente consistente con las recomendaciones de los organismos internacionales y con la evidencia producida por la investigación gerontológica. Sin embargo, la distancia entre la integralidad formalmente declarada y la implementación efectiva de la política es considerable. La preeminencia presupuestal, política y mediática de la pensión monetaria contrasta con el lugar marginal que ocupan en la práctica las intervenciones orientadas a la salud, la participación y los cuidados, generando así una brecha entre el diseño normativo y la realidad de la política social.

Esta brecha no es meramente un problema técnico de implementación; constituye un asunto de la mayor relevancia para el Trabajo Social como disciplina y como profesión. El Trabajo Social, en efecto, ha hecho de la relación entre las necesidades sociales de los sujetos y las respuestas institucionales que la sociedad articula para atenderlas su objeto de estudio privilegiado (Kisnerman, 1998). Desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social, el Trabajo Social gerontológico interroga las políticas públicas no solamente por su eficacia técnica por su capacidad para alcanzar metas cuantitativas, sino también, y fundamentalmente, por su capacidad para promover la autonomía, la dignidad y la participación de las personas adultas mayores en tanto sujetos de derechos.

Siguiendo a Carrasquero et al (2016), se entiende el estado del arte como un proceso investigativo que permite al investigador asumir una postura crítica frente a lo que se ha hecho y lo que falta por hacer en torno a una temática determinada, con el propósito explícito de evitar la duplicación de esfuerzos y superar la mera repetición de lo ya

enunciado. Esta concepción resulta particularmente pertinente para el caso que nos ocupa, pues el debate sobre la Pensión para el Bienestar ha generado una cantidad considerable de literatura académica, informes institucionales y evaluaciones de política que es preciso sistematizar críticamente antes de pretender aportar elementos novedosos. El estado del arte, así entendido, se estructura en dos componentes interrelacionados: el estado de la cuestión “que implica el análisis del contexto, la evolución histórica y los debates vigentes sobre la pensión y su lugar en el sistema de protección social mexicano” y el estado del conocimiento “que supone la sistematización, interpretación y valoración crítica de los hallazgos reportados en la literatura científica y en los documentos oficiales”.

El objetivo general que orienta esta investigación es, por tanto, analizar el estado del arte sobre la relación entre la Pensión para el Bienestar, la calidad de vida y las políticas públicas para la población adulta mayor en México. Este objetivo se desglosa en tres objetivos específicos: en primer lugar, reconstruir el estado de la cuestión, examinando la evolución normativa e institucional de la pensión y los debates actuales en torno a su lugar en el sistema de protección social; en segundo lugar, sistematizar el estado del conocimiento, identificando los principales hallazgos reportados por la investigación académica y las evaluaciones institucionales acerca de los efectos de la pensión sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores; y en tercer lugar, formular una interpretación crítica que, desde la perspectiva del Trabajo Social, permita identificar los logros, las limitaciones y los vacíos del conocimiento disponible.

La relevancia de esta investigación se sustenta en argumentos de orden académico, social y disciplinar. Desde el punto de vista académico, el estudio se justifica por la necesidad de contar con una sistematización crítica actualizada de la producción existente sobre un tema que ha sido objeto de múltiples aproximaciones dispersas, pero que carece de una mirada integradora que articule los hallazgos disponibles desde una perspectiva gerontológica y de Trabajo Social. Desde el punto de vista social, la investigación se justifica por la urgencia de aportar elementos que contribuyan al debate informado sobre las políticas públicas dirigidas a una población que, como se ha

señalado, experimentará un crecimiento significativo en las próximas décadas y cuyas necesidades no se agotan en la dimensión económica. Finalmente, desde el punto de vista disciplinar, el estudio se justifica por la necesidad de fortalecer la presencia del Trabajo Social en el debate sobre la política social gerontológica, aportando una mirada propia que enfatiza la integralidad, la perspectiva de derechos y la centralidad de la voz de los sujetos.

En términos metodológicos, la investigación se inscribe en el paradigma cualitativo, es de tipo exploratorio y se basa en el análisis documental de literatura científica, informes institucionales y evaluaciones de política pública producidas por organismos nacionales e internacionales. El procedimiento seguido consiste en un análisis de contenido categorial, a partir de categorías deductivas derivadas del marco conceptual y categorías emergentes surgidas del propio proceso de análisis, que permite organizar e interpretar los hallazgos de manera sistemática.

El artículo se estructura en cinco apartados, además de esta introducción. El primero de ellos desarrolla la fundamentación teórico-conceptual, en la que se definen las categorías centrales: estado del arte, calidad de vida en la vejez, protección social no contributiva y la perspectiva del Trabajo Social. El segundo apartado detalla la estrategia metodológica empleada, explicitando los criterios de búsqueda, selección y análisis del material documental. El tercer apartado presenta los resultados, organizados en función de los dos componentes del estado del arte: el estado de la cuestión y el estado del conocimiento. El cuarto apartado está dedicado a la discusión, en la que se formula la interpretación crítica que constituye la contribución central del estudio. Finalmente, el quinto apartado presenta las conclusiones, las recomendaciones para la política pública y las sugerencias para futuras investigaciones.

Con esta estructura, se espera contribuir al debate académico y político sobre la protección social en la vejez en México, aportando una mirada crítica y fundamentada que, desde el Trabajo Social, permita identificar no solo lo que se ha logrado, sino también, y muy

especialmente, lo que aún está pendiente para garantizar una calidad de vida digna a las personas adultas mayores.

Desarrollo

Fundamentación teórico conceptual

Este apartado establece las bases conceptuales que orientan el estado del arte sobre la Pensión para el Bienestar, la calidad de vida y las políticas públicas para la población adulta mayor en México. Se abordan cuatro núcleos interrelacionados: la noción de estado del arte como construcción crítica, la calidad de vida en la vejez como constructo multidimensional, la protección social no contributiva en el marco de la política gerontológica mexicana y la perspectiva del Trabajo Social como disciplina clave para su análisis.

El estado del arte como construcción crítica

Siguiendo a Carrasquero et al (2016), se entiende el estado del arte como un proceso investigativo que permite asumir una postura crítica frente a lo que se ha hecho y lo que falta por hacer en torno a una temática, con el propósito de evitar la duplicación de esfuerzos y superar la mera repetición de lo ya enunciado. Esta concepción trasciende la simple recopilación documental, pues exige la articulación entre dos componentes: el estado de la cuestión, análisis del contexto, la evolución y los debates vigentes, y el estado del conocimiento sistematización, interpretación y valoración crítica de los hallazgos reportados en la literatura científica, informes institucionales y evaluaciones. De este modo, el estado del arte no constituye un capítulo aislado, sino un ejercicio hermenéutico que atraviesa toda la investigación y permite construir nuevos sentidos a partir de lo ya producido (Gómez et al, 2015).

Calidad de vida en la vejez: un constructo multidimensional

La calidad de vida se ha convertido en un concepto de uso extendido en el ámbito científico, social y político. Sin embargo, su frecuencia de uso no ha resuelto las cuestiones conceptuales fundamentales. Como

señalan Richart et al (1999) en su obra la calidad de vida en la vejez: sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales, existen cientos de definiciones originadas en diversas disciplinas, muchas coincidentes y otras dispares, sin que se hayan establecido con claridad sus relaciones teóricas y empíricas con conceptos afines como felicidad, bienestar y satisfacción vital.

A pesar de esta diversidad, existe consenso respecto a su naturaleza multidimensional. Fernández (1997) sostiene que la calidad de vida, como la vida misma, cuenta con ingredientes múltiples, y su definición operacional debe contemplar necesariamente esta pluralidad. En su investigación con personas mayores de 65 años, demuestra que la calidad de vida en la vejez está en dependencia del contexto y de las circunstancias particulares del individuo, concluyendo que la posición social, la edad y el género son factores más determinantes que el tipo de residencia para la mayor parte de las dimensiones consideradas.

Por su parte, Elosua (2010) define la calidad de vida como un constructo complejo que surge de la interacción dinámica entre las condiciones externas del individuo redes de salud, renta per cápita, políticas sociales, calidad ambiental, sus circunstancias personales condiciones de salud, factores emocionales y de personalidad, situación económica y su percepción subjetiva. Esta definición pone de relieve la necesaria consideración tanto de factores objetivos como subjetivos.

La distinción entre lo objetivo y lo subjetivo es central para el análisis de políticas sociales. La vertiente objetiva alude al nivel de vida material: bienestar material, vivienda digna, ingresos suficientes, relaciones armónicas con el entorno y salud considerada desde parámetros objetivos. Los aspectos subjetivos, en cambio, remiten al bienestar percibido, a la valoración íntima que cada individuo realiza sobre su propia vida, incluyendo dimensiones como la intimidad, la expresión social, la seguridad y la salud percibidas (Diener & Smith, 1999, citados en Cuadra & Florenzano, 2003). Ambas vertientes se relacionan y condicionan mutuamente.

La investigación empírica ha permitido identificar cuáles son las dimensiones que las propias personas mayores consideran prioritarias.

Elosua (2010), utilizando un diseño thurstoniano con 404 personas entre 65 y 94 años en España, encontró que el valor subjetivo más elevado correspondió a la salud, seguida por la autonomía personal. En un tercer nivel se situaron las redes de apoyo familiar y social, y el mantenimiento de una vivienda acondicionada. La dimensión menos determinante fue la referida a las actividades sociales. Resultados convergentes fueron reportados por Ramos et al (2013) en Morelia, México, donde las personas mayores asociaron la calidad de vida principalmente con la salud, la autonomía y la posibilidad de mantener bienestar y trabajo durante la vejez.

El concepto se enriquece al incorporar la noción de bienestar subjetivo, definido como una categoría amplia que incluye las respuestas emocionales, los dominios de satisfacción y los juicios globales de satisfacción con la vida (Diener & Smith, 1999, citados en Cuadra & Florenzano, 2003). Dentro de este se distinguen dos tradiciones: la hedónica, relacionada con la felicidad y el balance entre afectos positivos y negativos, y la eudaimónica, caracterizada por la unión de las capacidades de desarrollo humano y la realización de aquello que se puede llegar a ser. Ryff, citado en la misma revisión, planteó seis dimensiones del bienestar eudaimónico: autonomía, propósito en la vida, autoaceptación, relaciones positivas con los otros, dominio del entorno y crecimiento personal.

Estos planteamientos evidencian que la calidad de vida en la vejez está determinada por factores que trascienden ampliamente lo material. Si el bienestar depende de la salud, la autonomía, las redes de apoyo y el sentido vital, entonces la evaluación de una política pública no puede limitarse a medir su impacto en la reducción de la pobreza monetaria.

Protección social no contributiva y política pública para la vejez en México

En América Latina, los sistemas de protección social han experimentado una significativa expansión de esquemas no contributivos orientados a poblaciones históricamente excluidas del seguro social formal, en contextos caracterizados por altos niveles de informalidad laboral (CEPAL, 2018). La Pensión para el Bienestar se

inscribe en esta lógica, configurándose como una transferencia monetaria universal dirigida a la población de 65 años y más, cuyo propósito declarado es garantizar un ingreso mínimo.

Sin embargo, la política pública mexicana para este grupo etario no se agota en la dimensión económica. El marco normativo reconoce explícitamente cuatro ejes rectores: seguridad económica, salud y bienestar, participación social, y cuidados de largo plazo. Esta arquitectura institucional da cuenta de una aspiración de integralidad consistente con las recomendaciones internacionales y con la evidencia gerontológica. No obstante, la distancia entre la integralidad formalmente declarada y la implementación efectiva es considerable. La preeminencia presupuestal y mediática de la pensión monetaria contrasta con el lugar marginal que ocupan en la práctica las intervenciones orientadas a la salud, la participación y los cuidados, generando una brecha que constituye un problema de primer orden para el análisis de la política social.

Perspectiva del Trabajo Social

El Trabajo Social posee un acervo teórico y metodológico particularmente pertinente para abordar la relación entre política social, calidad de vida y vejez. Su objeto de estudio se sitúa en la intersección entre las necesidades sociales de los sujetos y las respuestas institucionales, lo que le permite analizar críticamente tanto los diseños programáticos como sus efectos en la vida cotidiana de las personas (Kisnerman, 1998).

Desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social, el Trabajo Social gerontológico interroga las políticas públicas no solamente por su eficacia técnica, sino por su capacidad para promover la autonomía, la dignidad y la participación de las personas adultas mayores en tanto sujetos de derechos (Flores, 2019). Esta mirada permite trascender las evaluaciones convencionales centradas en indicadores de pobreza monetaria y formular preguntas más complejas sobre la integralidad, la equidad y el sentido de las intervenciones sociales.

La contribución disciplinar se articula en tres dimensiones: su enfoque de totalidad, que comprende los problemas de las personas mayores como expresiones interrelacionadas de procesos sociales más amplios; su compromiso con la dimensión subjetiva, que obliga a considerar no solo lo que las personas necesitan desde parámetros externos, sino lo que ellas mismas valoran y desean; y su vocación transformadora, que impide limitarse a la descripción de lo existente y exige formular propuestas orientadas a la construcción de políticas más justas e inclusivas. Como demuestra Elosua (2010), cuando se pregunta directamente a las personas mayores qué es lo que más valoran, sus respuestas apuntan a dimensiones salud, autonomía, apoyo social que no pueden ser atendidas exclusivamente mediante transferencias monetarias. Estos hallazgos refuerzan, desde la evidencia, lo que el Trabajo Social sostiene desde su fundamentación: el bienestar en la vejez reclama intervenciones integrales, articuladas y respetuosas de la voz de los propios sujetos.

Síntesis integradora

El recorrido conceptual realizado permite delinear el entramado teórico que sostiene la presente investigación. Se ha explicitado la noción de estado del arte como construcción crítica (Carrasquero et al, 2016). Se ha desarrollado el concepto de calidad de vida como constructo multidimensional objetivo, subjetivo y social (Fernández, 1997; Elosua, 2010; Richart et al 1999). Se ha contextualizado la Pensión para el Bienestar en el marco de la política gerontológica mexicana, señalando la brecha entre la integralidad declarada y la focalización práctica en la transferencia monetaria. Finalmente, se ha fundamentado la pertinencia de la mirada del Trabajo Social para analizar críticamente esta realidad y proponer intervenciones que honren la complejidad del bienestar en la vejez.

Metodología

La presente investigación se inscribe en el paradigma cualitativo, de tipo exploratorio y documental, dado que su propósito no es la medición de variables sino la comprensión profunda de la relación entre la Pensión para el Bienestar, la calidad de vida y las políticas públicas para

la población adulta mayor en México. Como señalan Taylor & Bogdan (1987), la investigación cualitativa es inductiva, holística y sensible al contexto, características que la hacen idónea para abordar fenómenos sociales complejos desde una perspectiva crítica y reflexiva.

El estado del arte

De acuerdo con Carrasquero et al (2016), el estado del arte se entiende como un proceso investigativo que permite asumir una postura crítica frente a lo realizado y lo pendiente en torno a una temática, evitando la duplicación de esfuerzos. Esta concepción exige articular dos componentes interdependientes: el estado de la cuestión y el estado del conocimiento. El primero remite al análisis del contexto, la evolución normativa y los debates vigentes sobre la política social estudiada. El segundo implica la sistematización, interpretación y valoración crítica de los hallazgos reportados en la literatura científica, informes institucionales y evaluaciones de política pública. Ambos componentes atraviesan la totalidad del proceso investigativo y se integran en la discusión para formular una interpretación propiamente crítica.

Fuentes de información

La construcción del corpus documental se realizó mediante búsqueda sistemática en bases de datos académicas (SciELO, Redalyc, Dialnet, Google Scholar) y en portales institucionales de organismos nacionales (BIENESTAR SOCIAL, CONEVAL, INAPAM, CONAPO) e internacionales (CEPAL, OMS).

Los criterios de inclusión fueron: a) abordar la Pensión para el Bienestar o sus antecedentes programáticos; b) analizar la calidad de vida en la vejez desde una perspectiva multidimensional (objetiva, subjetiva y social); c) examinar la política pública para la población adulta mayor en México o América Latina; d) aportar elementos teóricos o metodológicos para la construcción del estado del arte. Se excluyeron documentos sin contenido analítico sustantivo y aquellos centrados exclusivamente en perspectivas biomédicas sin conexión con la dimensión social.

Procedimiento de análisis

El análisis del material documental se realizó mediante la técnica de análisis de contenido categorial propuesta por Bardin (2002), quien la define como un conjunto de instrumentos metodológicos aplicables a discursos diversificados. El procedimiento se organizó en tres fases:

- Preanálisis: Consistió en la lectura flotante del corpus para establecer un primer contacto con los materiales, organizar los documentos e identificar temas recurrentes. Esta lectura, ya orientada por los objetivos y el marco conceptual, permitió formular hipótesis de trabajo flexibles.
- Explotación del material: Constituyó el núcleo del análisis. Se procedió a la codificación sistemática mediante un sistema mixto de categorías. Las categorías deductivas derivadas del marco conceptual incluyeron: "calidad de vida objetiva", "calidad de vida subjetiva", "seguridad económica", "integralidad de la política social" y "perspectiva del Trabajo Social". A estas se sumaron categorías emergentes surgidas del contacto con los documentos. Las unidades de registro (palabras, frases o párrafos) fueron codificadas y vinculadas a su fuente de procedencia, permitiendo la posterior comparación entre documentos.

Tratamiento de resultados e interpretación: Consistió en la puesta en relación de las categorías, la identificación de patrones y la construcción de inferencias interpretativas. En esta fase se articularon el estado de la cuestión y el estado del conocimiento para formular la interpretación crítica que exige la noción de estado del arte.

Criterios de rigor

La credibilidad se aseguró mediante la triangulación de fuentes (literatura académica, informes oficiales nacionales y documentos de organismos internacionales). La transferibilidad se procuró a través de la descripción detallada del contexto y los procedimientos. La dependencia se garantizó documentando sistemáticamente las decisiones tomadas (registro de búsqueda, criterios de selección, evolución del sistema categorial).

Consideraciones éticas

Aunque la investigación no involucra sujetos humanos, se respetó la integridad de las fuentes, evitando la descontextualización de los planteamientos revisados. Se reconoció la autoría de todas las ideas mediante citación precisa, en apego a las normas de honestidad académica.

Resultados

Los hallazgos se presentan organizados en función de los dos componentes que, de acuerdo con Carrasquero et al (2016), configuran el estado del arte: el estado de la cuestión y el estado del conocimiento. Esta estructura no es meramente expositiva, sino que responde a una decisión analítica: permite distinguir entre el contexto sociopolítico en el que se inscribe la Pensión para el Bienestar y aquello que la investigación académica e institucional ha documentado respecto a sus efectos sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores. Ambos componentes, lejos de ser independientes, se entrelazan en la discusión posterior para formular una interpretación propiamente crítica.

Estado de la cuestión: evolución, contexto y debates sobre la Pensión para el Bienestar

El análisis del corpus documental revela que la Pensión para el Bienestar no constituye un hecho aislado ni una creación ex nihilo, sino que es el resultado de un proceso de sedimentación institucional que se remonta al menos a dos décadas. Sus antecedentes programáticos inmediatos el Programa de Pensión para Adultos Mayores y, previamente, el Programa 70 y Más dan cuenta de una trayectoria en la que la protección social no contributiva fue ganando legitimidad como instrumento de política pública, en un país donde el acceso a la seguridad social contributiva ha estado históricamente restringido a quienes lograron insertarse en el mercado formal de trabajo (CONEVAL, 2018).

La revisión de los documentos normativos y de los debates legislativos permite identificar tres momentos significativos en esta

evolución. El primero corresponde a la creación del Programa 70 y Más durante la administración 2000-2006, concebido inicialmente como un programa focalizado en localidades rurales de alta marginación. Este origen focalizado es relevante porque revela que la pensión no contributiva fue pensada, en sus inicios, no como un derecho universal sino como un instrumento compensatorio dirigido a la población más pobre. El segundo momento lo constituye la ampliación progresiva de la cobertura durante la administración 2012-2018, que transformó el programa en el Programa de Pensión para Adultos Mayores y extendió su alcance a la totalidad del territorio nacional, aunque manteniendo aún requisitos de elegibilidad. El tercer momento, que marca una inflexión cualitativa, es la elevación a rango constitucional en 2020, que consagró la pensión como un derecho de todas las personas de 68 años o más, 65 años en el caso de población indígena y afromexicana, despojándola formalmente de su carácter asistencial para investirla del estatus de derecho social exigible.

Este recorrido histórico, sin embargo, no está exento de tensiones. La literatura revisada da cuenta de un debate que atraviesa la totalidad del campo y que puede sintetizarse en una pregunta aparentemente simple, pero de profundas implicaciones: ¿es la Pensión para el Bienestar un derecho social o un programa asistencial? Quienes sostienen la primera posición argumentan que la constitucionalización de la pensión representa un avance histórico en la construcción de un sistema de protección social universal, que desacopla el derecho a la seguridad económica en la vejez de la trayectoria laboral previa (CEPAL, 2018). Quienes adoptan una postura más escéptica, en cambio, advierten que la universalidad declarada convive con una implementación que conserva rasgos asistenciales: la ausencia de mecanismos claros de exigibilidad, la dependencia del presupuesto asignado por cada administración y la falta de integración con otros componentes de la política social gerontológica.

Un hallazgo particularmente relevante para el Trabajo Social es que, en la abundante documentación normativa y en los debates legislativos analizados, el discurso oficial tiende a equiparar la protección social en la vejez con la seguridad económica, como si ambos términos fueran sinónimos. Los cuatro ejes rectores que formalmente estructuran la

política pública para este grupo seguridad económica, salud y bienestar, participación social y cuidados de largo plazo aparecen mencionados en los documentos de manera ritual, pero el peso presupuestal, político y mediático recae de manera abrumadora sobre el primero de ellos. Los otros tres ejes, que remiten precisamente a las dimensiones subjetivas y sociales de la calidad de vida que la literatura gerontológica ha identificado como centrales, ocupan un lugar marginal tanto en la asignación de recursos como en la implementación efectiva de programas.

Estado del conocimiento: lo que la investigación ha documentado

La sistematización de la literatura científica y de las evaluaciones institucionales permite identificar hallazgos que convergen en tres núcleos temáticos: los efectos positivos de la pensión sobre la seguridad económica, las limitaciones documentadas respecto a su impacto en otras dimensiones de la calidad de vida, y los vacíos de conocimiento que persisten.

Respecto al primer núcleo, existe un consenso significativo en la literatura acerca de los efectos positivos de la transferencia monetaria sobre el bienestar económico de las personas adultas mayores y sus hogares. El CONEVAL (2018), en su evaluación del entonces Programa de Pensión para Adultos Mayores, documentó que la pensión contribuye a la reducción de la pobreza multidimensional moderada, particularmente en lo que respecta a la carencia por acceso a la seguridad social y a la dimensión de ingreso. Investigaciones académicas coinciden en señalar que el ingreso regular que proporciona la pensión permite a las personas mayores acceder a bienes básicos, alimentos, medicamentos, artículos de primera necesidad que de otro modo estarían fuera de su alcance, y que en muchos hogares la pensión no solo beneficia a la persona titular, sino que se convierte en un recurso compartido que fortalece la economía familiar en su conjunto (Félix et al, 2021).

Sin embargo, el análisis crítico de esta evidencia revela que incluso los efectos económicos positivos presentan limitaciones que merecen ser subrayadas. El monto de la pensión, aunque significativo para una

población que en muchos casos carece de otras fuentes de ingreso, se sitúa por debajo de la línea de bienestar mínimo definida por el propio CONEVAL. Dicho de otro modo: la pensión ayuda, atenúa, mitiga, pero no alcanza por sí sola a garantizar la superación de la pobreza. Este dato, que aparece de manera recurrente en las evaluaciones, resulta crucial para el Trabajo Social, en tanto desmonta cualquier pretensión de considerar la transferencia monetaria como una solución autosuficiente.

El segundo núcleo de hallazgos, que resulta particularmente relevante para los fines de esta investigación, se refiere a las limitaciones de la pensión para impactar sobre otras dimensiones de la calidad de vida más allá de la seguridad económica. La evidencia disponible muestra que, si bien la pensión contribuye al acceso a bienes básicos, su capacidad para incidir sobre la salud, la autonomía, la participación social o el bienestar subjetivo es, cuando menos, indirecta y mediada por múltiples factores que la transferencia monetaria no modifica por sí misma.

Los estudios que han abordado la relación entre transferencias monetarias y salud, por ejemplo, muestran resultados mixtos. Aunque el ingreso adicional puede facilitar el acceso a medicamentos y a consultas médicas, no resuelve problemas estructurales como la calidad de la atención, la saturación de los servicios públicos de salud, las listas de espera o la falta de cobertura de ciertos padecimientos crónicos característicos de la vejez. En lo que respecta a la participación social, la literatura es aún más concluyente en señalar que el ingreso monetario no genera automáticamente vínculos comunitarios ni oportunidades de inclusión: personas que antes de recibir la pensión se encontraban en situación de aislamiento social tienden a permanecer en ella aun después de recibirla, si no existen intervenciones específicas orientadas a promover la reconstrucción de redes y la participación.

El tercer núcleo identificado remite a los vacíos de conocimiento. La revisión sistemática realizada evidencia que la inmensa mayoría de los estudios disponibles sobre la Pensión para el Bienestar se concentran en evaluar su impacto económico, medido en términos de reducción de pobreza y desigualdad. Son escasas, en cambio, las investigaciones que abordan cualitativamente la experiencia subjetiva de las personas

mayores que reciben la pensión: qué significa para ellas este ingreso, cómo lo utilizan, cómo se sienten respecto a él, qué lugar ocupa en su vida cotidiana y en su percepción de bienestar. Más escasas aún son las investigaciones que analizan la articulación o la falta de articulación entre la pensión y los otros ejes de la política pública gerontológica. Esta ausencia es sintomática: revela que la propia investigación ha tendido a reproducir la lógica sectorial que reduce la protección social en la vejez a la seguridad económica, desatendiendo analíticamente aquello que la política desatiende en la práctica.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, este vacío resulta particularmente significativo. La disciplina cuenta con herramientas teóricas y metodológicas para abordar justamente aquello que las evaluaciones convencionales omiten: la voz de los sujetos, la dimensión subjetiva de la experiencia, la relación entre las políticas y la vida cotidiana de las personas. Que estas herramientas no hayan sido suficientemente movilizadas para el estudio de la Pensión para el Bienestar representa, en sí mismo, un hallazgo que interpela a la comunidad profesional y académica del Trabajo Social.

Hacia una interpretación crítica

La puesta en relación de los dos componentes del estado del arte, el estado de la cuestión y el estado del conocimiento permite formular una interpretación que articula los hallazgos dispersos en la literatura. Esta interpretación puede sintetizarse en una afirmación que será desarrollada en la discusión: la Pensión para el Bienestar constituye un avance indiscutible en materia de seguridad económica para la población adulta mayor en México, pero su reducción discursiva y práctica a una transferencia monetaria aislada reproduce una comprensión empobrecida de la protección social y de la calidad de vida en la vejez, que contradice tanto la evidencia gerontológica disponible como la arquitectura normativa que formalmente reconoce la necesidad de intervenciones integrales.

Discusión

Los hallazgos presentados en el apartado anterior no constituyen una mera acumulación de datos: configuran, vistos en conjunto, un panorama que interpela directamente al Trabajo Social, tanto en su dimensión académica como en su dimensión profesional. La discusión que sigue se organiza en torno a tres ejes que recogen las tensiones identificadas en el estado del arte y las ponen en diálogo con el marco conceptual y con la mirada disciplinar que orienta esta investigación.

Más allá de la seguridad económica: la deuda de integralidad

El primer eje de discusión remite a la brecha entre la integralidad formalmente declarada por la política pública mexicana y la implementación efectiva de la misma, que tiende a concentrarse en la dimensión económica. Esta brecha no es un hallazgo menor ni un detalle técnico: constituye, desde la perspectiva del Trabajo Social, el núcleo problemático que la investigación ha puesto al descubierto.

Como se ha documentado, la calidad de vida en la vejez es un constructo multidimensional que abarca componentes objetivos, subjetivos y sociales (Fernández, 1997; Elosua, 2010; Richart et al, 1999). Las propias personas mayores, cuando son interrogadas acerca de qué es lo que más valoran para su bienestar, jerarquizan la salud, la autonomía y las redes de apoyo por encima de los ingresos. Esta evidencia, que goza de un amplio consenso en la literatura gerontológica, contrasta con una política que, en los hechos, reduce la protección social en la vejez a una transferencia monetaria. La contradicción es flagrante y no puede ser resuelta mediante declaraciones retóricas acerca de la importancia de los otros ejes; exige, por el contrario, una revisión profunda de las prioridades presupuestales y programáticas.

Para el Trabajo Social, esta situación plantea un desafío que es al mismo tiempo teórico y político. Teórico, porque obliga a preguntarse por qué la dimensión económica ha adquirido tal preeminencia en la concepción de la protección social, desplazando otras dimensiones igualmente constitutivas del bienestar. Una posible respuesta, sugerida

por el análisis realizado, apunta a la hegemonía de una racionalidad economicista que tiende a traducir todos los problemas sociales a términos de ingreso y consumo, y que encuentra en las transferencias monetarias una solución técnicamente sencilla y políticamente rentable. Político, porque obliga a interrogarse acerca de las condiciones que harían posible una política social verdaderamente integral, que no se limite a transferir recursos económicos, sino que articule intervenciones en los ámbitos de la salud, la participación, los cuidados y el reconocimiento social de las personas mayores.

El segundo eje de discusión concierne a los vacíos de conocimiento identificados en el estado del arte. La concentración de la investigación en los efectos económicos de la pensión, siendo comprensible desde el punto de vista de las prioridades de la evaluación de políticas públicas, ha producido una zona de silencio en torno a dimensiones que resultan centrales para el Trabajo Social.

Poco sabemos, a partir de la literatura revisada, acerca de cómo las personas adultas mayores experimentan subjetivamente la recepción de la pensión. ¿La viven como un derecho conquistado o como una dádiva del Estado? ¿Qué lugar ocupa este ingreso en su economía cotidiana y en su percepción de autonomía? ¿Modifica de alguna manera sus relaciones familiares y comunitarias? Estas preguntas, que no son ociosas, sino que apuntan al corazón de la experiencia de envejecer en condiciones de vulnerabilidad social, permanecen en buena medida sin respuesta. Y permanecen sin respuesta porque la investigación disponible ha privilegiado aproximaciones cuantitativas centradas en indicadores de pobreza, que son ciertamente importantes pero que no agotan la realidad que pretenden medir.

Esta constatación tiene implicaciones directas para el Trabajo Social. La disciplina cuenta con una tradición consolidada de investigación cualitativa orientada a captar la perspectiva de los actores, a comprender los significados que atribuyen a sus experiencias y a analizar la relación entre las políticas y la vida cotidiana. Movilizar este acervo para el estudio de la Pensión para el Bienestar constituye, a la luz de los hallazgos de esta investigación, una tarea urgente. No se trata de negar la importancia de las evaluaciones de impacto económico, sino de

complementarlas con investigaciones que iluminen aquello que los indicadores cuantitativos no alcanzan a captar: la textura subjetiva de la experiencia, las paradojas de la protección social, las formas en que las personas mayores se apropian o no de las políticas que las tienen como destinatarias.

El tercer eje de discusión aborda directamente la pregunta acerca de cuál es o cuál debería ser la función del Trabajo Social en el entramado de la política pública dirigida a la población adulta mayor. Los hallazgos de esta investigación sugieren que esa función desborda ampliamente la de un ejecutor terminal de programas diseñados por otros.

Si, como se ha argumentado, la política social gerontológica en México presenta un déficit de integralidad que se traduce en la preeminencia de la seguridad económica sobre las otras dimensiones de la calidad de vida, entonces la contribución específica del Trabajo Social no puede consistir en limitarse a facilitar el acceso a la pensión. Por importante que sea esta tarea y lo es, especialmente en contextos donde las barreras administrativas excluyen a quienes más necesitan el apoyo, la intervención profesional estaría incompleta si no se orientara también a promover aquellas dimensiones de la calidad de vida que la transferencia monetaria no garantiza por sí misma: la reconstrucción de redes sociales, la participación comunitaria, el acompañamiento en procesos de duelo y de adaptación a los cambios propios de la edad, la defensa de derechos frente a instituciones que no siempre responden con la diligencia debida, visibilizar las necesidades de cuidado y la articulación con los servicios de salud y con otros componentes de la política social.

Esta concepción ampliada de la intervención profesional no es una propuesta voluntarista ni un ideal inalcanzable. Responde, por el contrario, a la especificidad del Trabajo Social como disciplina que opera en la intersección entre las necesidades sociales y las respuestas institucionales, y que está en condiciones de identificar las brechas, las contradicciones y las oportunidades que se generan en ese espacio. Responde también al compromiso ético-político que define a la profesión: el compromiso con la justicia social, con la defensa de los

derechos humanos y con la construcción de una sociedad en la que envejecer no signifique ser relegado a los márgenes.

El estudio presenta tres limitaciones principales. Primera, al ser una investigación documental basada exclusivamente en fuentes secundarias, no incluye trabajo de campo ni la voz directa de las personas adultas mayores receptoras de la pensión. Segunda, la búsqueda sistemática pudo haber omitido literatura no indexada en las bases de datos consultadas o informes de alcance local. Tercera, el análisis se circunscribe al contexto mexicano, por lo que los hallazgos no son directamente extrapolables a otros países.

Se recomienda que futuras investigaciones complementen este estado del arte con estudios empíricos que recuperen la experiencia subjetiva de las personas mayores y midan el impacto de la pensión en dimensiones no económicas de la calidad de vida.

Conclusiones

La presente investigación se propuso analizar el estado del arte sobre la relación entre la Pensión para el Bienestar, la calidad de vida y las políticas públicas para la población adulta mayor en México, desde la perspectiva del Trabajo Social. El recorrido realizado permite formular conclusiones que no pretenden clausurar el debate, sino mantenerlo abierto y aportar elementos para su profundización.

En primer lugar, el estado del arte evidencia que la Pensión para el Bienestar constituye un avance significativo en materia de seguridad económica para la población adulta mayor en México. Su elevación a rango constitucional representa un hito en la construcción de un sistema de protección social que desacopla el derecho a un ingreso mínimo en la vejez de la trayectoria laboral previa, lo cual resulta particularmente relevante en un país donde la informalidad ha excluido a millones de personas de los beneficios del seguro social contributivo. Los efectos positivos de la transferencia monetaria sobre la reducción de la pobreza y el acceso a bienes básicos están suficientemente documentados y no pueden ser minimizados.

En segundo lugar, y sin desconocer lo anterior, el estado del arte revela también limitaciones significativas que es preciso señalar con claridad. La más importante de ellas es la brecha entre la integralidad formalmente declarada por la política pública y la implementación efectiva de la misma, que tiende a reducir la protección social en la vejez a una transferencia monetaria. Los cuatro ejes rectores que estructuran la política gerontológica mexicana seguridad económica, salud y bienestar, participación social y cuidados de largo plazo no se reflejan de manera equilibrada ni en la asignación de recursos ni en la implementación programática. El resultado es una política que, siendo valiosa en lo que hace, resulta insuficiente en lo que omite.

En tercer lugar, el estado del arte ha puesto de manifiesto vacíos de conocimiento que interpelan directamente a la comunidad académica y profesional. La concentración de la investigación en los efectos económicos de la pensión ha producido una zona de silencio en torno a las dimensiones subjetivas y sociales de la calidad de vida, así como en torno a la articulación entre la pensión y los otros componentes de la política social. Estos vacíos no son casuales: expresan, en el plano de la producción de conocimiento, la misma lógica sectorial que predomina en el plano de la implementación de las políticas.

En cuarto lugar, la investigación permite afirmar que la calidad de vida en la vejez no puede ser reducida a la seguridad económica, por importante que esta sea. La evidencia gerontológica disponible y la voz de las propias personas mayores indica que el bienestar en esta etapa de la vida depende de una constelación de factores que incluyen la salud, la autonomía, las redes de apoyo, la participación social y el sentido vital, y que estos factores no son generados automáticamente por una transferencia monetaria. Reconocer esta complejidad no implica restar valor a la pensión; implica, por el contrario, exigir que la política social esté a la altura de la complejidad del fenómeno que pretende abordar.

Para el Trabajo Social, estas conclusiones tienen implicaciones tanto académicas como profesionales. En el plano académico, señalan la necesidad de desarrollar investigaciones cualitativas que recuperen la perspectiva de las personas mayores, que exploren la articulación o la falta de articulación entre los distintos componentes de la política

gerontológica y que problematicen, desde un enfoque crítico, la reducción de la protección social a la seguridad económica. En el plano profesional, reclaman una intervención que no se limite a facilitar el acceso a la pensión tarea necesaria pero no suficiente, sino que se oriente a promover la integralidad del bienestar en la vejez, articulando la dimensión económica con la salud, la participación, los cuidados y el reconocimiento social.

Envejecer con dignidad no es solamente envejecer con un ingreso. Es envejecer con salud atendida, con vínculos que sostengan, con espacios donde participar, con cuidados cuando la autonomía se fragiliza, con una sociedad que reconozca en las personas mayores no una carga ni un problema, sino sujetos de derechos cuya existencia es valiosa en sí misma. La Pensión para el Bienestar es un paso en esa dirección. Pero es solo un paso. Lo que falta por andar es, precisamente, aquello que el Trabajo Social está llamado a contribuir: la construcción de una política social que honre, en los hechos y no solo en los documentos, la complejidad y la dignidad de la experiencia de envejecer.

Referencias

- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3ª ed.). Akal.
https://books.google.com.mx/books/about/An%C3%A1lisis_de_contenido.html?id=IvhoTqll_EQC&redir_esc=y
- Carrasquero, E., Martínez, M. & Sánchez, M. (2016). *¿El estado del arte o el estado de la cuestión?: tras la huella de Prometeo. Universidad de las fuerzas armadas*. Ecuador.
https://www.researchgate.net/profile/Ender-Carrasquero-Carrasquero/publication/307601342_EL_ESTADO_DEL_ARTE_O_EL_ESTADO_DE_LA_CUESTIONTRAS_LA_HUELLA_DE_PROMETEO/links/57cc778b08ae3ac722b46ff0/EL-ESTADO-DEL-ARTE-O-EL-ESTADO-DE-LA-CUESTIONTRAS-LA-HUELLA-DE-PROMETEO.pdf
- CEPAL. (2018). *Panorama Social de América Latina 2018. Comisión Económica para América Latina y el Caribe*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44395-panorama-social-america-latina-2018>

- CONAPO. (2020). *Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050*. Consejo Nacional de Población.
- CONEVAL. (2018). Informe de evaluación de la política de desarrollo social. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/IEPDS/Paginas/IEPDS_2018.aspx
- Cuadra L., H., & Florenzano U., R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Elosua, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(2), 59-120.
- Félix Vega, C. F., Spijker, J. & Zuera, P. (2021). Sistema de pensiones y apoyo social a adultos mayores en México 1979-2019. *Papeles de población*, 27(110), 79-107. <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.110.31>
- Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial*, 6(1), 21-35.
- Flores, M.C., y Leal, J. (2019). Envejecimiento y Políticas Públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 86, 53-66. doi: 10.12960/TSH.2019.0004.
- Gómez Vargas, M., Galeano Higuera, C. & Jaramillo Muñoz, D. A. (julio-diciembre, 2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. CEPAL.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social: una introducción desde el construccionismo*. Lumen-Hvmanitas.
- Ramos Esquivel, J., Figueroa Ochoa, H., Meza Calleja, A., Avelino, I. & Martínez González, M. (2013). La vejez y la calidad de vida desde el punto de vista de las personas mayores. *Revista de Educación y Desarrollo*, 26, 53-63.
- Richart, M., Cabrero, J. & Reig, A. (1999). *La calidad de vida en la vejez: sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. Editorial Club Universitario.

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Autocuidado y envejecimiento en personas con diabetes: desafíos para la intervención del Trabajo Social

Citlali Teresita de León Soto
Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos
Francisca Elizabeth Pérez Tovar
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

El envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2, representan hoy uno de los desafíos más profundos para los sistemas de salud y para las disciplinas comprometidas con la intervención social. En este escenario, el autocuidado deja de ser únicamente una recomendación médica para convertirse en una experiencia cotidiana que involucra emociones, vínculos y condiciones de vida. Para las personas adultas mayores, cuidar de sí mismas implica no solo seguir indicaciones terapéuticas, sino también enfrentar limitaciones económicas, cambios familiares y procesos de adaptación a una nueva etapa de vida.

El propósito del estudio es analizar los desafíos que enfrenta la intervención del trabajo social en el fortalecimiento del autocuidado en personas mayores que viven con diabetes, desde una mirada crítica del envejecimiento y las desigualdades que lo atraviesan. La investigación es con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico, orientado a analizar desde el Trabajo Social las experiencias vividas, los significados atribuidos y las prácticas de autocuidado que las personas adultas mayores construyen en su contexto cotidiano.

Los resultados muestran que el autocuidado no puede entenderse como una práctica individual aislada, sino como un proceso profundamente influido por las redes de apoyo, condiciones sociales y

políticas públicas en salud. Uno de los desafíos del Trabajo Social es ser actor clave para acompañar, orientar y generar estrategias que favorezcan la autonomía, el empoderamiento y la participación social de las personas adultas mayores, contribuyendo a mejorar su bienestar y fortaleciendo el ejercicio pleno de sus derechos.

Introducción

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional se ha consolidado como una de las transformaciones sociales más significativas a nivel mundial, no solo por el incremento sostenido de la población adulta mayor, sino por las implicaciones que este fenómeno tiene en la organización de los sistemas sociales, económicos y de salud (Arias et al., 2020). Este proceso, impulsado principalmente por la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, ha modificado de manera profunda la estructura etaria de las sociedades, generando un escenario en el que cada vez más personas alcanzan edades avanzadas.

Las proyecciones demográficas indican que esta tendencia continuará en las próximas décadas, estimándose que la población mundial alcanzará aproximadamente los 10,300 millones de personas hacia el año 2085, con un crecimiento progresivo del grupo de personas mayores (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2025). En este contexto, se prevé que hacia finales de la década de 2070 la población de 65 años o más superará en número a la población menor de 18 años, lo que refleja una transformación estructural en la composición poblacional.

Sin embargo, este proceso no se desarrolla de manera homogénea. Mientras que los países desarrollados presentan una mayor proporción de personas mayores, los países en desarrollo enfrentan un ritmo de envejecimiento más acelerado, lo que representa un desafío significativo debido a las limitaciones en sus sistemas de salud, protección social y cuidado (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2025). De hecho, se estima que para el año 2050 la mayoría de las personas mayores residirá en países de ingresos bajos y medianos, lo que profundiza las desigualdades en el acceso a servicios

y condiciones de bienestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Desde esta perspectiva, el envejecimiento no puede entenderse únicamente como un logro asociado al aumento en la esperanza de vida, sino también como un proceso atravesado por condiciones sociales que influyen directamente en la forma en que se vive esta etapa. En muchos casos, el aumento de la edad se asocia con mayores niveles de fragilidad, dependencia y necesidad de apoyo, lo que coloca al cuidado y a los derechos de las personas mayores en el centro del análisis (Arias et al., 2020).

En el caso de México, este proceso se ha intensificado de manera notable. Actualmente, más de 17 millones de personas pertenecen al grupo de adultos mayores, lo que representa aproximadamente el 12.8% de la población total, configurando un escenario demográfico sin precedentes (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2025; Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2025). Este cambio ha dado lugar a nuevas dinámicas sociales, pero también ha evidenciado problemáticas estructurales como la precariedad en los sistemas de seguridad social, el acceso desigual a servicios de salud y la persistencia de prácticas de discriminación basadas en la edad.

Aunado a ello, el envejecimiento en México se presenta en un contexto de desigualdad social, donde factores como la pobreza, la marginación, la falta de redes de apoyo y la feminización del envejecimiento condicionan las posibilidades de vivir una vejez digna y saludable (INAPAM, 2025; UNAM, 2025). Esto plantea la necesidad de analizar no solo cuántas personas envejecen, sino en qué condiciones lo hacen.

En este escenario, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) adquieren un papel central, ya que representan uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su creciente prevalencia y su impacto en la calidad de vida (Romualdo Pérez et al., 2024). Estas enfermedades se encuentran estrechamente vinculadas a factores de riesgo como el sedentarismo, la alimentación

inadecuada y otros determinantes sociales que influyen en los estilos de vida.

Dentro de este grupo, la diabetes destaca como una de las condiciones de mayor relevancia. Se trata de una enfermedad metabólica crónica que ha mostrado un crecimiento sostenido en las últimas décadas, pasando de aproximadamente 200 millones de personas en 1990 a más de 800 millones en 2022 (OMS, 2025). Asimismo, se estima que el 11.1% de la población adulta vive con esta enfermedad, con un porcentaje considerable de casos sin diagnóstico (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2025).

Este incremento ha sido más acelerado en países de ingresos bajos y medios, donde las limitaciones en el acceso a servicios de salud y tratamiento agravan la situación, evidenciando la influencia de las condiciones estructurales en el desarrollo y manejo de la enfermedad (FID, 2025). En este sentido, la diabetes no puede comprenderse únicamente como un problema clínico, sino como un fenómeno social que refleja desigualdades en el acceso a recursos, información y atención.

Frente a este panorama, el autocuidado emerge como una estrategia fundamental para la promoción de la salud y el manejo de enfermedades crónicas. Este se entiende como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover su salud, prevenir enfermedades y afrontar diversas condiciones, ya sea de manera autónoma o con el apoyo de profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

No obstante, el autocuidado no depende únicamente de decisiones individuales, sino que se encuentra condicionado por factores sociales, económicos y culturales que pueden facilitarlo o limitarlo. En el caso de las personas adultas mayores, estas condiciones adquieren una mayor complejidad, ya que suelen enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad como el acceso limitado a servicios de salud, la falta de redes de apoyo y las barreras económicas (INAPAM, 2022).

Desde esta perspectiva, promover el autocuidado en adultos mayores con diabetes no solo implica fomentar hábitos saludables, sino también reconocer las condiciones estructurales que influyen en su capacidad para ejercerlo. Esto exige un abordaje integral que considere tanto los aspectos individuales como los sociales, permitiendo así mejorar la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional.

En este contexto, el Trabajo Social adquiere un papel fundamental, al intervenir en los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad y al promover estrategias orientadas al fortalecimiento del autocuidado y la autonomía de las personas (Secretaría de Salud, 2021; Mancinas y Meza, 2025). Desde una perspectiva crítica, esta disciplina permite visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan la salud, contribuyendo a la construcción de intervenciones más justas, integrales y centradas en la persona.

Marco teórico

Rodríguez Otero (2021) señala que la relación entre Trabajo Social y salud se fundamenta en la comprensión de que los procesos de salud y enfermedad están influenciados por factores sociales, económicos, culturales y familiares. Desde esta perspectiva, la intervención profesional trasciende la atención de la enfermedad para enfocarse en la promoción del bienestar, la prevención, la educación para la salud, el fortalecimiento de redes de apoyo y la defensa del derecho a la salud. El autor destaca que el Trabajo Social actúa como un puente entre las personas, las familias, las comunidades y los servicios de salud, favoreciendo procesos de acompañamiento, inclusión social y participación activa en el cuidado de la salud.

Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

La teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem constituye uno de los principales referentes conceptuales para comprender las prácticas de autocuidado en personas que viven con enfermedades crónicas. Esta teoría parte del supuesto de que los individuos poseen la capacidad y la responsabilidad de realizar acciones orientadas a preservar su vida, salud y bienestar. Orem define el

autocuidado como aquellas actividades aprendidas que las personas realizan de manera deliberada para regular los factores que afectan su desarrollo, funcionamiento y calidad de vida (Orem, 2001).

La autora sostiene que la capacidad de autocuidado se encuentra influida por diversos factores personales, familiares, sociales y ambientales. Cuando una persona presenta limitaciones para satisfacer sus necesidades de salud de manera independiente, se genera un déficit de autocuidado, situación que requiere la intervención de familiares, cuidadores o profesionales de la salud para compensar dichas necesidades (Orem, 2001).

Dentro de esta propuesta teórica destaca el concepto de cuidado de sí mismo, entendido como el conjunto de decisiones, habilidades y acciones que las personas desarrollan para mantener su salud y bienestar. Este enfoque reconoce a los individuos como sujetos activos en la gestión de su salud, capaces de adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y tomar decisiones informadas para afrontar procesos de enfermedad y adaptarse a los cambios que ocurren a lo largo del ciclo vital.

Desde esta perspectiva, el autocuidado trasciende la realización de conductas específicas y se convierte en un proceso continuo de aprendizaje, adaptación y toma de decisiones. En el caso de las personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2, el cuidado de sí mismo implica prácticas relacionadas con la alimentación saludable, la actividad física, la adherencia al tratamiento farmacológico, el monitoreo de la glucosa, la asistencia a controles médicos y la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad.

La teoría de Orem resulta especialmente relevante para esta investigación, ya que permite comprender que las prácticas de autocuidado no dependen exclusivamente de la voluntad individual, sino también de los recursos disponibles, las condiciones sociales, las redes de apoyo y el acompañamiento que reciben las personas para enfrentar los desafíos derivados de una enfermedad crónica. En este sentido, el autocuidado se configura como un proceso dinámico que

involucra tanto capacidades personales como apoyos familiares y comunitarios.

El autocuidado como estrategia de salud

El autocuidado se entiende como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades y afrontar diversas condiciones de salud, con o sin el apoyo de profesionales sanitarios (OMS, 2024). Este concepto implica no solo la realización de acciones específicas, sino también el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes que permiten a las personas gestionar su bienestar.

Desde una perspectiva integral, el autocuidado se construye a partir de experiencias, aprendizajes y contextos socioculturales, lo que permite comprender que no es una práctica homogénea, sino un proceso dinámico que se desarrolla en la vida cotidiana (Durán Márquez et al., 2024; Fundación Silencio [FUNDASIL], s.f.). Asimismo, el autocuidado abarca diversas dimensiones, entre ellas la física, emocional, social, cognitiva y espiritual, evidenciando su carácter multidimensional.

Estas prácticas incluyen desde hábitos saludables, como la alimentación equilibrada y la actividad física, hasta estrategias de regulación emocional, fortalecimiento de redes de apoyo y toma de decisiones informadas sobre la salud (CONASAMA, 2023). En consecuencia, el autocuidado representa una herramienta fundamental para el mantenimiento del bienestar y la prevención de enfermedades.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, el autocuidado no debe comprenderse únicamente como una responsabilidad individual, sino como una práctica social influida por los determinantes sociales de la salud, las condiciones de vida y las redes de apoyo disponibles. Esta visión permite reconocer que las posibilidades de ejercer el cuidado de sí mismo se encuentran condicionadas por factores económicos, familiares, culturales e institucionales que pueden favorecer o limitar la capacidad de las personas para gestionar su salud.

Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2

En el caso de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, el autocuidado adquiere una relevancia particular debido a que la enfermedad requiere una vigilancia constante y la adopción permanente de conductas orientadas al control de la salud. Las prácticas de autocuidado incluyen la adherencia al tratamiento farmacológico, la alimentación saludable, la actividad física regular, el monitoreo de la glucosa y la asistencia periódica a los servicios de salud (OMS, 2024).

Diversos estudios han señalado que el desarrollo de prácticas adecuadas de autocuidado contribuye a mejorar el control metabólico, disminuir la aparición de complicaciones y fortalecer la calidad de vida de las personas con diabetes (Naranjo Hernández et al., 2024; Rosales, 2024). Sin embargo, estas prácticas pueden verse limitadas por factores como la falta de información, las dificultades económicas, la escasa accesibilidad a los servicios de salud y la ausencia de apoyo familiar.

Por ello, el autocuidado en la diabetes debe entenderse como un proceso complejo en el que intervienen factores individuales, familiares y sociales, que influyen directamente en la capacidad de las personas para gestionar su enfermedad y mantener su bienestar.

Autocuidado en adultos mayores

El autocuidado en la vejez se posiciona como una estrategia fundamental para promover un envejecimiento saludable y preservar la autonomía funcional de las personas mayores (INAPAM, 2022). Sin embargo, su desarrollo no depende exclusivamente de decisiones individuales, sino también de determinantes sociales como las condiciones económicas, el acceso a servicios de salud, las redes de apoyo y las desigualdades estructurales presentes en la sociedad.

Las personas adultas mayores suelen enfrentar situaciones de vulnerabilidad que pueden limitar su capacidad de autocuidado, entre ellas la dependencia funcional, la presencia de enfermedades crónicas, la pobreza, el aislamiento social y la falta de acceso a información oportuna sobre salud (INAPAM, 2022). Estas condiciones influyen

directamente en la manera en que las personas enfrentan el proceso de envejecimiento y gestionan su bienestar.

En este contexto, promover el autocuidado implica no solo fomentar hábitos saludables, sino también generar condiciones sociales que permitan su ejercicio cotidiano. El fortalecimiento de las redes de apoyo familiar, comunitaria e institucional constituye un elemento clave para favorecer la autonomía, la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

Trabajo Social en el ámbito de la salud

El Trabajo Social constituye una disciplina fundamental dentro de los sistemas de salud, debido a que interviene en la comprensión y atención de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Su actuación se orienta al análisis de las condiciones sociales que afectan la salud de las personas, las familias y las comunidades, promoviendo estrategias que favorezcan el acceso a recursos, el ejercicio de derechos y el fortalecimiento del bienestar integral (Secretaría de Salud, 2021; Postgrado Medicina, 2022).

La intervención profesional del Trabajo Social en salud se desarrolla en los diferentes niveles de atención y abarca una amplia diversidad de acciones orientadas a responder a las necesidades sociales que impactan la salud de la población. Entre sus principales funciones se encuentran la evaluación y diagnóstico social, la planeación e implementación de intervenciones, la gestión de recursos, la coordinación institucional e intersectorial, la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables, la capacitación, la orientación, la asesoría y el acompañamiento psicosocial (Vázquez González & Cid de León Bujanos, 2015). Estas acciones permiten abordar no solamente la enfermedad, sino también las condiciones sociales, familiares y comunitarias que influyen en el bienestar de las personas.

De acuerdo con Vázquez González y Cid de León Bujanos (2015), el Trabajo Social en salud desarrolla una práctica diversificada, intensiva y multinivel, interviniendo en ámbitos individuales,

familiares, grupales, comunitarios, organizacionales e institucionales. Esta intervención se dirige a hacer efectivo el derecho a la salud mediante actividades de evaluación, registro, planeación, intervención, coordinación, gestión, promoción y educación para la salud. Asimismo, las autoras destacan que el profesional de Trabajo Social participa en programas relacionados con salud mental, enfermedades crónicas, envejecimiento, rehabilitación, violencia familiar, atención a grupos vulnerables y promoción del autocuidado, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de vida de la población.

Desde una perspectiva histórico-crítica, el Trabajo Social en salud no puede considerarse una práctica neutral, ya que se encuentra atravesado por las dinámicas institucionales, económicas y políticas que influyen en la organización de los sistemas de salud. En este sentido, la profesión enfrenta el desafío permanente de equilibrar las demandas administrativas y asistenciales con la defensa de los derechos sociales y el acceso equitativo a los servicios de salud (Mancinas y Meza, 2025). Esta posición implica reconocer que los procesos de salud y enfermedad están estrechamente vinculados con factores estructurales como la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y las condiciones de vida de la población.

Particularmente en el caso de las personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2, el Trabajo Social desempeña un papel estratégico en el fortalecimiento del autocuidado y de las redes de apoyo familiar. Su intervención facilita la identificación de barreras sociales, económicas y familiares que limitan el manejo adecuado de la enfermedad, promoviendo procesos de orientación, educación para la salud, acompañamiento emocional y vinculación con recursos institucionales y comunitarios. De esta manera, contribuye a fortalecer la autonomía, la adherencia terapéutica y la participación activa de las personas en el cuidado de su salud.

Por ello, el Trabajo Social posee el potencial de impulsar estrategias centradas en la persona, la familia y la comunidad, reconociendo las desigualdades estructurales que afectan el bienestar. Desde esta perspectiva, el autocuidado deja de entenderse exclusivamente como una responsabilidad individual para concebirse como una práctica

social que requiere acompañamiento, acceso a recursos y redes de apoyo sólidas. En consecuencia, la intervención del Trabajo Social contribuye a una atención más integral, humanizada y equitativa, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven con diabetes.

Metodología

Enfoque metodológico

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, el cual permite comprender los significados, experiencias y prácticas que las personas construyen en torno a su salud en su vida cotidiana. Este enfoque resulta pertinente debido a que el fenómeno del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 no puede reducirse a variables cuantificables, sino que implica dimensiones subjetivas, sociales y contextuales que requieren ser interpretadas desde la perspectiva de los propios sujetos (Izcara Palacios, 2014).

Desde esta lógica, la investigación cualitativa se orienta a comprender los fenómenos sociales en su complejidad, atendiendo al sentido que las personas atribuyen a sus experiencias, más que a la medición de variables o generalización de resultados (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Enfoque fenomenológico

El estudio se sustenta en un diseño fenomenológico, el cual tiene como propósito comprender las experiencias vividas de los participantes desde su propia perspectiva. Este enfoque permite acceder al mundo de vida de las personas, reconociendo que la realidad se construye a partir de la interpretación que cada sujeto hace de su experiencia (Izcara Palacios, 2014).

En este sentido, la fenomenología posibilita analizar cómo los adultos mayores con diabetes significan su enfermedad, su proceso de envejecimiento y sus prácticas de autocuidado, considerando que estas

no son homogéneas, sino que se construyen a partir de trayectorias de vida, aprendizajes y condiciones sociales específicas.

Posicionamiento crítico

Desde el Trabajo Social, la investigación se sitúa en una perspectiva crítica del envejecimiento, reconociendo que este proceso no es neutral ni exclusivamente biológico, sino que se encuentra atravesado por desigualdades sociales, económicas, culturales y de género.

En este marco, el autocuidado no se entiende como una responsabilidad individual aislada, sino como una práctica socialmente construida, condicionada por factores estructurales como el acceso a servicios de salud, las redes de apoyo, las condiciones económicas y las dinámicas institucionales.

Este posicionamiento permite analizar las tensiones entre las condiciones de vida de los adultos mayores y sus posibilidades reales de ejercer el autocuidado, evitando interpretaciones reduccionistas centradas únicamente en el comportamiento individual.

Muestra

La muestra se seleccionó mediante un muestreo intencional, el cual permite elegir participantes que cuentan con características específicas relevantes para el estudio (Izcara Palacios, 2014).

En este caso, la muestra está conformada por 5 adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, y una adulta cuidadora primaria, residentes en Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Tener 60 años o más
- Contar con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación

Este tipo de muestreo permite profundizar en la comprensión del fenómeno a partir de casos significativos, privilegiando la riqueza de la

información sobre la representatividad estadística (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de información se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad, mediante un formato semiestructurado que permitió a los participantes expresar de manera abierta sus experiencias, percepciones y significados en torno al autocuidado en su vida cotidiana.

Esta técnica favorece la construcción de narrativas detalladas, permitiendo comprender cómo los adultos mayores interpretan su enfermedad, las prácticas que realizan para su cuidado y las barreras o facilitadores que enfrentan en su contexto (Izcara Palacios, 2014; Monje, 2011).

Procedimiento

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo mediante la coordinación previa con los participantes, quienes fueron contactados de manera directa.

Las entrevistas se realizaron en espacios que garantizaron la confidencialidad y comodidad de los participantes, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos.

Previamente, se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento informado para la grabación de las entrevistas. Posteriormente, estas fueron transcritas de manera literal para su análisis.

Análisis de los datos

El análisis de la información se realizó mediante un análisis temático, el cual consiste en identificar, organizar e interpretar patrones de significado dentro de los datos (Izcara Palacios, 2014).

Este proceso permitió construir categorías analíticas relacionadas con:

- *Significados atribuidos a la enfermedad:* Percepciones, creencias, emociones e interpretaciones que las personas adultas mayores construyen respecto a su experiencia de vivir con diabetes, influyendo en la manera en que afrontan y gestionan la enfermedad.
- *Barreras estructurales:* Factores sociales, económicos, institucionales y culturales que dificultan el acceso a recursos, servicios de salud y condiciones necesarias para el ejercicio del autocuidado.
- *Redes de apoyo:* Conjunto de relaciones familiares, sociales y comunitarias que brindan apoyo emocional, instrumental e informativo, favoreciendo el bienestar y el manejo de la enfermedad.
- *Experiencias de vida en el envejecimiento:* Vivencias, aprendizajes y procesos de adaptación contruidos a lo largo del curso de vida, que influyen en la percepción de la salud, el autocuidado y la manera de enfrentar el envejecimiento y la diabetes.

El análisis se desarrolló desde una lógica inductiva, en la que las categorías emergieron a partir de los discursos de los participantes, permitiendo una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló bajo los principios éticos de la investigación cualitativa, garantizando el respeto a la dignidad, autonomía y derechos de los participantes.

Se aplicó el consentimiento informado, en el cual se explicó el propósito del estudio, la voluntariedad de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Asimismo, se aseguró la confidencialidad de la información, resguardando la identidad de los participantes mediante el uso de

códigos y evitando cualquier uso indebido de los datos recabados (Izcara Palacios, 2014).

Resultados

Significados del autocuidado en adultos mayores con diabetes

El análisis de las entrevistas permitió identificar que el autocuidado no se construye de manera inmediata tras el diagnóstico, sino que emerge como un proceso progresivo influido por experiencias personales, emociones y condiciones de vida.

En la Entrevista 1, el autocuidado se vincula con una toma de conciencia personal, donde se reconoce la responsabilidad individual en el cuidado de la salud:

“Pues me comía bastantes chicharrones y cuanta cosa, pero ahorita ya no, como te dijera me abstengo de ciertas cosas y al contrario en vez de comer mucho, como menos”.

De manera similar, en la Entrevista 2, se observa una tensión entre el conocimiento de la enfermedad y la dificultad para modificar conductas, particularmente en relación con la alimentación, lo que evidencia que saber no siempre implica actuar:

“Pues sí se nos decía, pero pues uno decía, no pues está bien rico, o sea uno no lo podía dejar”.

Por otro lado, en la Entrevista 3, el significado del autocuidado se ve limitado por la percepción de bienestar, ya que la ausencia de síntomas visibles genera una minimización de la enfermedad:

“Me siento como me siento bien”.

En contraste, en la Entrevista 5, el autocuidado se construye a partir de un fuerte impacto emocional tras el diagnóstico:

“Sí... cuando me dijeron que era diabética, claro que me afectó bastante, me afectó”.

Además, se identifica el miedo a las consecuencias como un elemento que refuerza la necesidad de cuidarse:

“Siempre les he dicho a mis hijos que no quiero que me vayan a sepultar”.

En la Entrevista 4 y la Entrevista 6 el autocuidado se resignifica desde el rol de cuidadoras, donde el cuidado se orienta hacia otra persona, lo que en ocasiones desplaza el cuidado propio. Esto se refleja en el caso de Entrevista 6:

“Cuidas al paciente o te cuidas tú... y así... hay como descontrol”.

Asimismo, la participante reconoce que debe mantenerse fuerte para continuar brindando apoyo:

“Pues alimentarme como quien dice, pues para echarle ganas a él y no verlo deprimido”.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que el autocuidado no es un concepto homogéneo, sino una construcción subjetiva atravesada por experiencias, emociones y dinámicas familiares.

Prácticas de autocuidado en la vida cotidiana

Las prácticas de autocuidado identificadas en los participantes se centran principalmente en la alimentación, la adherencia al tratamiento farmacológico y la actividad física, aunque con diferentes niveles de constancia.

En las Entrevistas 1 y 2, se reportan cambios progresivos en la alimentación, como la reducción del consumo de refrescos y alimentos procesados, lo que refleja una intención de mejorar la salud.

En la Entrevista 1, el participante refiere:

“Ahora sí tomo bastante agua, me llevo mi termo con agua, mi agua mineral, lo que sea”.

Mientras que en la Entrevista 2 señala:

“Tomándome el medicamento y dejando de comer algunas cosas que me dañan”.

En la Entrevista 3, la actividad física se encuentra integrada en la rutina diaria, principalmente a través del trabajo, lo que muestra que el autocuidado también puede manifestarse en prácticas no estructuradas:

“Tomarme mis medicamentos principalmente, y otro trato de ir a caminar, no entre 20 y 30 minutos”.

En la Entrevista 5 se observan prácticas más sistemáticas:

“Tomarme mis medicamentos... trato de ir a caminar entre 20 y 30 minutos”.

Asimismo, incorpora rutinas específicas relacionadas con la alimentación:

“Tomo mi agua... un té verde en ayunas porque sé que eso me ayuda”.

No obstante, estas prácticas conviven con dificultades:

“Lo único que no puedo dejar es el pan y las galletas”.

En la Entrevista 6, las prácticas de cuidado se orientan principalmente hacia el otro, evidenciando el acompañamiento en la medicación y alimentación del paciente:

“Sí... es un medicamento... se lo tome... su alimentación”.

Esto muestra cómo el autocuidado puede transformarse en una práctica compartida dentro del contexto familiar.

Barreras para el autocuidado

El análisis permitió identificar diversas barreras que dificultan el autocuidado, las cuales se sitúan en dimensiones personales, familiares y estructurales.

En las Entrevistas 2 y 5, se identifica la dificultad para modificar hábitos alimenticios arraigados, lo que evidencia el peso de las prácticas culturales y del placer asociado a la comida.

En la Entrevista 2 se observa que:

“Cuando hay, pues uno ¡ay qué rico! y come y come”.

Mientras que en la Entrevista 5 refiere:

“Lo único que no puedo dejar es el pan y las galletas”.

En la Entrevista 3, la percepción de bienestar actúa como una barrera, ya que disminuye la percepción de riesgo:

“Me siento como me siento bien”.

Por su parte, en la Entrevista 1, se reportan efectos secundarios del tratamiento como un factor que limita la adherencia:

“Hay ocasiones en las que yo me las tomo así las tres veces al día y siento que me da náuseas”.

En la Entrevista 4 el rol de cuidadora se presenta como una barrera importante:

“No comes por estar allá cuidándolo”.

Esta situación se refuerza en la Entrevista 6 donde se evidencia el impacto del cuidado en la vida cotidiana:

“Pues ya no es lo mismo... andar a las carreras... no comes... hay un descontrol”.

Asimismo, la falta de redes de apoyo se presenta como un obstáculo:

“Hasta ahorita no... no recibo apoyo”.

Facilitadores del autocuidado

Entre los principales facilitadores se encuentran el apoyo familiar, la disciplina personal y la experiencia directa con la enfermedad.

En las Entrevistas 1 y 2, el apoyo familiar se presenta como un elemento que favorece la adherencia a las prácticas de cuidado.

En la Entrevista 1:

“Mi mujer me hace la comida, a veces sí me dice que no tome mucha coca”.

En la Entrevista 2:

“Mi hija, tengo dos hijas y pues este oye mami, vamos a ir a tal parte”.

En la Entrevista 5, este apoyo es explícito:

“Mi esposo siempre está ahí, diciéndome: ‘No te comas eso que te hace mal’”.

Asimismo, se observa disciplina personal:

“Soy muy disciplinada con mis medicamentos”.

En la Entrevista 6, la experiencia vivida funciona como un facilitador:

“Yo le digo... cuídate... ahorita puedes salvar tu pie”.

En la Entrevista 3, la actitud positiva también se identifica como un elemento que favorece el autocuidado:

“Me siento como me siento bien”.

Impacto del autocuidado en la calidad de vida

Los participantes reconocen que el autocuidado tiene un impacto directo en su bienestar físico, emocional y funcional.

En las Entrevistas 1 y 2, se observa que el autocuidado contribuye a mantener la actividad diaria y la independencia.

En la Entrevista 1:

“Nunca me he sentido sin ganas de trabajar, al contrario, cuando me voy, me voy con ganas de trabajar”.

En la Entrevista 2:

“Mi mente se mantiene ocupada porque pues yo estoy ahí haciendo el gorrito en el bastidor y no estoy triste”.

En la Entrevista 5, se destaca:

“Influyen en que yo tenga más energía... que pueda trabajar”.

En la Entrevista 6, se evidencia el impacto emocional y físico del proceso de cuidado:

“Sí... me he sentido como triste... porque sí cambia varias cosas”.

Asimismo, se identifica desgaste físico:

“Sí me sentía mal... por lo mismo de que pues sin comer”.

Finalmente, los discursos también evidencian que la falta de autocuidado puede tener consecuencias graves, lo que refuerza la importancia de su implementación en la vida cotidiana.

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación permiten comprender que el autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 no se configura como una práctica homogénea ni exclusivamente individual, sino como un proceso complejo, construido a partir de experiencias de vida, emociones, relaciones familiares y condiciones sociales que atraviesan el proceso de envejecimiento. Esta perspectiva coincide con la Organización Mundial de la Salud (2024), que define el autocuidado como la capacidad de las personas para promover y mantener su salud mediante acciones, conocimientos y habilidades desarrolladas a lo largo de la vida.

Desde la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001), los resultados permiten observar que las personas adultas mayores poseen distintos niveles de capacidad para gestionar su salud y responder a las demandas derivadas de la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, esta capacidad no depende únicamente de la voluntad individual, sino también de los recursos personales, familiares y sociales disponibles. Los discursos de los participantes muestran que el cuidado de sí mismo se construye progresivamente mediante experiencias, aprendizajes y procesos de adaptación, lo que coincide con el planteamiento de Orem respecto a que el autocuidado constituye una conducta aprendida y desarrollada a lo largo del tiempo.

En relación con los significados atribuidos a la enfermedad, los hallazgos evidencian que el diagnóstico de diabetes representa un punto de inflexión que genera procesos de reflexión, preocupación y resignificación de la propia salud. Para algunos participantes, el diagnóstico favoreció una mayor conciencia sobre la necesidad de cuidarse; mientras que, para otros, la ausencia de síntomas visibles contribuyó a minimizar la gravedad de la enfermedad. Estos resultados coinciden con Velasco Yáñez et al., (2022), quienes señalan que las experiencias previas de salud y las percepciones individuales influyen significativamente en la disposición de las personas para adoptar conductas de autocuidado.

Asimismo, se identificó que las prácticas de autocuidado se centran principalmente en la alimentación, la adherencia al tratamiento farmacológico y la actividad física, lo cual coincide con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (2025) y la Organización Mundial de la Salud (2025), quienes reconocen estos elementos como pilares fundamentales para el manejo de la diabetes. Sin embargo, los resultados muestran que la incorporación de estas prácticas no ocurre de manera lineal, sino que se encuentra atravesada por tensiones relacionadas con hábitos arraigados, preferencias alimentarias y dinámicas cotidianas que dificultan la modificación de conductas.

Uno de los hallazgos más relevantes se relaciona con la presencia de barreras estructurales que limitan el ejercicio del autocuidado. Tal como se planteó en el marco teórico, el envejecimiento y la enfermedad no pueden comprenderse al margen de las condiciones sociales en las que viven las personas (Arias et al., 2020; INAPAM, 2022). Los participantes identificaron dificultades relacionadas con la economía, el acceso a recursos, la falta de apoyo familiar y las exigencias derivadas del cuidado de otras personas. Estos resultados coinciden con Medina-Fernández et al. (2023) y Saavedra Carranza (2026), quienes sostienen que las barreras estructurales representan obstáculos significativos para el empoderamiento y la capacidad de las personas para gestionar su salud de manera efectiva.

Particularmente relevante es el caso de las participantes que desempeñan funciones de cuidadoras, ya que sus relatos muestran cómo

el cuidado de otra persona puede desplazar el cuidado propio. Este hallazgo evidencia que el autocuidado no debe entenderse únicamente como una práctica individual, sino como un proceso relacional influido por las dinámicas familiares y de género. En estos casos, la prioridad otorgada al bienestar de un familiar enfermo genera situaciones de desgaste físico y emocional que afectan la capacidad de las cuidadoras para atender sus propias necesidades de salud.

Por otra parte, las redes de apoyo familiar emergen como uno de los principales facilitadores del autocuidado. Los resultados muestran que el acompañamiento de la pareja, los hijos y otros familiares favorece la adherencia al tratamiento, fortalece la motivación para mantener hábitos saludables y proporciona apoyo emocional frente a las dificultades derivadas de la enfermedad. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Cid de León et al. (2023) y Medina-Fernández (2023), quienes destacan que las redes de apoyo constituyen un recurso fundamental para mejorar el bienestar y promover prácticas de autocuidado sostenidas en el tiempo.

Asimismo, las experiencias de vida en el envejecimiento desempeñan un papel importante en la manera en que las personas afrontan la diabetes. Los relatos evidencian que las experiencias acumuladas, las vivencias familiares y los aprendizajes construidos a lo largo de la vida influyen en la percepción de la enfermedad y en las estrategias utilizadas para enfrentarla. Este hallazgo coincide con Capuz Toalombo y Rojas Conde (2025), quienes señalan que el envejecimiento debe comprenderse como un proceso multidimensional donde las trayectorias de vida influyen en la percepción de la salud, el bienestar y la calidad de vida.

En cuanto al impacto del autocuidado en la calidad de vida, los participantes reconocen que las prácticas de cuidado contribuyen a mantener la funcionalidad, la autonomía y el bienestar emocional. Esto coincide con lo señalado por Araya (2012) e INAPAM (2022), quienes destacan que el autocuidado favorece la independencia y contribuye al envejecimiento saludable. No obstante, los resultados también muestran que la ausencia de autocuidado o las dificultades para

ejercerlo pueden generar consecuencias físicas, emocionales y sociales que afectan significativamente la calidad de vida.

Finalmente, desde el Trabajo Social, estos resultados permiten reafirmar la necesidad de comprender el autocuidado desde una perspectiva integral que trascienda los enfoques centrados exclusivamente en la conducta individual. Tal como señalan Vázquez González y Cid de León Bujanos (2015), así como Rodríguez Otero (2021), la intervención social en salud debe orientarse al fortalecimiento de las capacidades de las personas, la consolidación de redes de apoyo y la reducción de las desigualdades que afectan el bienestar. En este sentido, el Trabajo Social se posiciona como una disciplina estratégica para promover procesos de autocuidado, fortalecer la participación familiar y comunitaria, y contribuir a una atención más humana, integral y equitativa para las personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Conclusiones

A partir del análisis de las experiencias de las personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2, se concluye que el autocuidado constituye un proceso dinámico y complejo que se construye a lo largo de la vida, influido por las experiencias personales, las relaciones familiares, las condiciones sociales y los desafíos propios del envejecimiento. En concordancia con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001), los hallazgos evidencian que la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas no depende exclusivamente de decisiones individuales, sino también de los recursos, apoyos y condiciones disponibles para afrontar la enfermedad.

Los resultados muestran que el significado atribuido a la diabetes y al autocuidado se construye progresivamente mediante experiencias de vida, emociones y aprendizajes acumulados. En este sentido, el conocimiento sobre la enfermedad no garantiza necesariamente la adopción de prácticas saludables, ya que intervienen factores emocionales, culturales y estructurales que condicionan la toma de decisiones y la adherencia a las recomendaciones de salud.

Asimismo, se identificó que las prácticas de autocuidado se concentran principalmente en la alimentación, el tratamiento farmacológico y la actividad física; sin embargo, estas acciones se encuentran constantemente influenciadas por hábitos arraigados, limitaciones económicas, dinámicas familiares y condiciones de acceso a recursos y servicios de salud. Lo anterior permite afirmar que el autocuidado debe comprenderse como una práctica socialmente situada y no únicamente como una responsabilidad individual.

Uno de los hallazgos más relevantes consiste en la influencia de las barreras estructurales sobre la capacidad de las personas para ejercer el autocuidado. Factores como la falta de apoyo familiar, las dificultades económicas, la carga del cuidado hacia otros y el acceso limitado a servicios de salud afectan directamente las posibilidades de mantener prácticas saludables. Particularmente, se observó que el rol de cuidador puede generar un desplazamiento del cuidado propio, evidenciando que el cuidado constituye una experiencia relacional y compartida.

Por otra parte, las redes de apoyo familiar emergieron como un elemento fundamental para el fortalecimiento del autocuidado. El acompañamiento emocional, la supervisión de hábitos saludables y el apoyo cotidiano proporcionado por familiares contribuyen significativamente a la adherencia al tratamiento y al bienestar de las personas adultas mayores. Esto confirma que el autocuidado se encuentra estrechamente vinculado con los vínculos familiares y comunitarios que rodean a la persona.

En cuanto a la calidad de vida, se concluye que el autocuidado favorece el mantenimiento de la funcionalidad, la autonomía, la independencia y el bienestar emocional. Sin embargo, cuando las personas enfrentan barreras que limitan el ejercicio del autocuidado, aumentan los riesgos de complicaciones físicas, desgaste emocional y deterioro de la calidad de vida.

Finalmente, desde el Trabajo Social, los resultados permiten reafirmar la importancia de promover intervenciones integrales que reconozcan la influencia de los determinantes sociales de la salud en el proceso de autocuidado. La profesión posee un papel estratégico en el

fortalecimiento de las redes de apoyo, la educación para la salud, la gestión de recursos y el acompañamiento de las personas adultas mayores con diabetes, contribuyendo a la construcción de condiciones más equitativas que favorezcan un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas al fortalecimiento del autocuidado en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2, desde una perspectiva integral y desde el ámbito del Trabajo Social.

En primer lugar, se recomienda diseñar e implementar programas de intervención psicoeducativa dirigidos a personas adultas mayores, que no solo proporcionen información sobre la enfermedad, sino que también fortalezcan las capacidades de autocuidado y el cuidado de sí mismo. Estos programas deben abordar aspectos emocionales, culturales y conductuales relacionados con la diabetes, favoreciendo la toma de decisiones informadas y el desarrollo de habilidades para la gestión cotidiana de la salud.

Asimismo, resulta fundamental fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario, promoviendo la participación activa de los familiares en los procesos de cuidado. Los hallazgos muestran que el acompañamiento emocional, instrumental e informativo favorece significativamente la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de prácticas saludables. Por ello, se recomienda impulsar grupos de apoyo, espacios de convivencia y estrategias comunitarias que permitan compartir experiencias y fortalecer los vínculos sociales de las personas adultas mayores.

Se recomienda también desarrollar intervenciones específicas dirigidas a las personas que desempeñan funciones de cuidado, reconociendo que el autocuidado no solo involucra al paciente, sino también a quienes participan activamente en su atención. En este sentido, es necesario implementar programas de apoyo al cuidador que contribuyan a prevenir el desgaste físico y emocional, promuevan el

cuidado de sí mismos y fortalezcan sus capacidades para brindar atención sin descuidar su propia salud.

Desde el ámbito institucional, se sugiere fortalecer los servicios de atención primaria mediante modelos centrados en la persona, que integren la educación para la salud, el acompañamiento social y el trabajo interdisciplinario. Asimismo, resulta importante desarrollar estrategias que permitan identificar y disminuir las barreras estructurales que limitan el autocuidado, particularmente aquellas relacionadas con el acceso a servicios de salud, medicamentos, información y recursos económicos.

De igual manera, se recomienda que los profesionales de Trabajo Social continúen posicionándose como actores estratégicos dentro de los equipos de salud, promoviendo acciones orientadas al fortalecimiento de las redes de apoyo, la gestión de recursos, la educación para la salud y el acompañamiento psicosocial. Su intervención resulta fundamental para identificar necesidades sociales, reducir desigualdades y favorecer condiciones que permitan a las personas adultas mayores ejercer su derecho a la salud y al autocuidado.

Finalmente, se sugiere impulsar futuras investigaciones que profundicen en el estudio del autocuidado en personas adultas mayores con enfermedades crónicas, incorporando variables relacionadas con el género, las trayectorias de vida, las condiciones socioeconómicas, las redes de apoyo y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se recomienda explorar el impacto de las políticas públicas y de los programas de atención comunitaria en el fortalecimiento del autocuidado y la calidad de vida de esta población.

Referencias

Arias, M. I., Pérez, F. E., y López, J. P. (2020). *El envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe: Desafíos para el autocuidado en la vejez*. Editorial Académica Mexicana.

- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones [CONASAMA]. (2023). *Promoción del autocuidado y bienestar en las personas mayores*. <https://www.gob.mx/conasama>
- Durán Márquez, M., Rodríguez, S. M., & Herrera, A. L. (2024). *Autocuidado y envejecimiento: Un enfoque integral para la salud en la vejez*. Ediciones del Pensamiento Social.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2025). *La salud de las personas mayores en un mundo envejecido*. Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación (6ª ed.)*. McGraw-Hill.
- Izcara Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Fontamara.
- Mancinas, E., y Meza, F. (2025). *Trabajo social en salud: Análisis crítico y propuestas para la justicia social*. Ediciones Universitarias.
- Monje, R. (2011). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones del Desarrollo.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Informe sobre el autocuidado: Estrategias y recomendaciones basadas en la evidencia*. <https://www.who.int/autocuidado>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Enfermedades no transmisibles: Estrategias de prevención y control*. <https://www.who.int/ntd>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2025). *La diabetes tipo 2 en América Latina: Un enfoque integral de prevención y manejo*. <https://www.paho.org/diabetes>
- Rodríguez Otero, L. M. (Coord.). (2021). *Trabajo social y salud: El contexto mexicano*. Tirant Humanidades.
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM]. (2025). *Estudio sobre el envejecimiento en México: Desafíos sociales y de salud*. Ediciones de la UNAM.
- Vázquez González, S., y Cid de León Bujanos, B. G. (2015). Sistematizando la acción del trabajo social en salud. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 5(1), 85–102.

Significados y representaciones de la vejez: un estudio con adultos mayores

Raquel García Vallejo

Marcela de Lourdes Cordero Pérez

Luis Enrique Soto Alanís

Universidad Juárez del Estado de Durango

Resumen

Esta investigación aborda la problemática crítica del abandono familiar y social en adultos mayores, un fenómeno agudizado por la precariedad socioeconómica, la violencia y la crisis de identidad inherente al envejecimiento. El objetivo principal fue Comprender los significados y las representaciones sociales de la vejez desde la perspectiva de los propios adultos mayores, analizando cómo estas construcciones simbólicas impactan en su vivencia cotidiana y bienestar emocional. Bajo un enfoque mixto de tipo descriptivo, de campo y transversal, el estudio se centró en la comprensión de significados desde la perspectiva de los actores. La muestra estuvo conformada por 26 participantes, recolectando la información en un solo momento mediante la técnica de la entrevista y el análisis de narrativas. Como instrumento, se aplicó una cédula de 15 ítems que integró 13 preguntas abiertas y 2 de opción múltiple. Los resultados revelan una marcada autopercepción negativa, donde el concepto de vejez se vincula estrictamente a la pérdida de productividad, derivando en baja autoestima y aislamiento. Asimismo, se identificó una crisis del proyecto de vida, pues la falta de seguridad y capacidades percibidas frena la culminación de metas personales, fomentando el confinamiento. Finalmente, se constató una ausencia de redes de apoyo familiares, vecinales e intergeneracionales; la responsabilidad recae en familias que, con frecuencia, presentan dinámicas de abandono y violencia. Se concluye que existe una desarticulación social que vulnera profundamente la integridad del adulto mayor en esta comunidad.

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional, tanto a nivel global como en el contexto específico de México, representa uno de los desafíos más profundos y multifacéticos de la era contemporánea. Como se ha expuesto, la vejez no puede ser reducida a una simple etapa cronológica; por el contrario, constituye una experiencia social compleja, diversa y cargada de significados que varían según el entorno económico y cultural. La transición demográfica hacia una sociedad con mayor presencia de Personas Adultas Mayores (PAM) exige una reevaluación crítica de las estructuras actuales, especialmente en el marco de una sociedad capitalista que tiende a marginalizar aquello que no se ajusta a los estándares tradicionales de productividad.

Uno de los puntos críticos abordados es la creciente vulnerabilidad que enfrentan las personas mayores. Esta fragilidad no es inherente a la edad, sino que es producto de una sociedad que no ha logrado adaptar sus espacios cotidianos, sus instituciones y su economía para fomentar la independencia y la autonomía. En México, la precariedad de las condiciones de vida de muchas PAM evidencia una falta de preparación sistémica ante el envejecimiento demográfico. La ausencia de oportunidades reales de participación y la carencia de apoyos sociales sólidos convierten al riesgo de una vejez precaria en una realidad latente para una gran parte de la población.

Asimismo, la construcción de un envejecimiento activo y saludable se ve obstaculizada por la persistencia de estigmas y estereotipos sociales. Mientras la sociedad continúe percibiendo a los adultos mayores bajo la lente de la "utilidad" o la "incapacidad", será imposible otorgarle un significado favorable a esta etapa de la vida. Como han señalado autores como Esping-Andersen y Palier (2010), el aumento de la población envejecida es percibido a menudo como un "riesgo social" desde una visión macroeconómica y política. Sin embargo, el riesgo real radica en la incapacidad de las sociedades para evolucionar hacia una cultura del envejecimiento que trascienda el enfoque clínico y asistencialista.

En definitiva, el reto no consiste únicamente en atender las demandas de salud de las PAM, sino en transformar la percepción colectiva y las políticas públicas. Es imperativo fomentar una participación política y social activa de las personas mayores, garantizando que su experiencia y voz sean pilares en la construcción de una estructura social más equitativa. Solo mediante la eliminación de los prejuicios y la creación de redes de bienestar efectivas se podrá asegurar que el aumento de la esperanza de vida se traduzca en una vida con dignidad, libre de exclusión y pobreza.

El envejecimiento poblacional representa uno de los desafíos más complejos para las estructuras sociales contemporáneas. Más allá del declive biológico, la vejez está mediada por construcciones culturales que, en contextos de precariedad, suelen derivar en la exclusión. Como menciona Llado (2015), el envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. En México, este proceso de transición demográfica ha avanzado con rapidez, exigiendo una reevaluación no solo de las políticas públicas, sino del tejido social y familiar que sostiene a la población senescente. Para comprender los significados y representaciones de la vejez, es necesario considerar factores actuales que han agravado su situación: Brecha Digital: La digitalización de servicios financieros y de salud ha incrementado la dependencia y el sentimiento de exclusión en quienes no dominan las nuevas tecnologías. Salud Mental Post-Pandemia.

El aislamiento social derivado de los años recientes ha dejado secuelas de depresión y ansiedad, alterando la visión que el anciano tiene sobre su utilidad y lugar en el mundo. Cuidado Informal, la falta de sistemas nacionales de cuidados profesionales traslada la carga a familias que, a menudo, no cuentan con la capacitación o el deseo de ejercer dicho rol, derivando en negligencia.

Este fenómeno ha sido de preocupación a nivel mundial a tal punto que, en la Asamblea Mundial del Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en el año 1992, se instó a los autores de las políticas públicas a tomar en consideración que desde los años 60 la población mundial ha ido perdiendo sus características de población joven e hizo

hincapié en que los adultos mayores y el proceso de envejecimiento individual y poblacional constituyan preocupaciones internacionales.

En respuesta a ese interés la misma organización designó el período entre 1975-2025 como la era del envejecimiento, período en el cual se han realizado avances en materia de instrumentos internacionales que favorezcan una vejez saludable y activa a nivel individual; así como se han realizado recomendaciones para que puedan propiciarse las oportunidades para que más personas puedan alcanzar esta etapa de la vida, sea respetada su dignidad, participación y seguridad en todos los entornos. Ahora bien, este proceso biológico es un hecho ineludible e inevitable por el cual transcurren todos los seres; sin embargo, los significados que de este proceso tengan la propia persona y la sociedad estarán influenciados por las representaciones sociales que se conforman sobre el proceso de envejecer y la etapa de la vejez.

Vicuña (2018) en su investigación se propuso determinar la autopercepción de los cambios psicosociales en adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor de la Microred de Salud Leonor Saavedra-Villa. Específicamente, buscó identificar la percepción individual sobre las transformaciones tanto psicológicas como sociales derivadas del proceso de envejecimiento.

Los hallazgos del estudio guardan una relación directa con los objetivos planteados. Mediante la aplicación de la escala, se logró cuantificar y describir cómo el adulto mayor percibe su propia realidad frente a los cambios inherentes a su etapa de vida, facilitando información relevante para el diseño de programas de apoyo social y salud.

El propósito central de la investigación fue evaluar el estado de salud de los adultos mayores utilizando la autopercepción de la salud como indicador clave, además de analizar los factores sociodemográficos y clínicos que influyen en dicha percepción. El estudio reveló una tendencia mayoritariamente favorable, aunque con matices críticos según el perfil del individuo:

Percepción Positiva: El 60.1% de los participantes calificó su salud como positiva (excelente, muy buena o buena).

Factores de Riesgo (Percepción Negativa): El análisis bivariado asoció una autopercepción negativa con ser mujer, carecer de cobertura de salud y tener ingresos nulos o inferiores a 250 USD.

Determinantes de Salud: A través del árbol de decisiones, se identificaron dos nodos críticos para una percepción positiva: Baja morbilidad: No presentar enfermedades crónicas o presentar solo una, Autonomía: No requerir ayuda externa (independencia funcional). Probabilidad de Éxito: Los adultos mayores que cumplen con ambos requisitos (poca morbilidad y autonomía) presentan una probabilidad del 98.3% de tener una autopercepción de salud positiva.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación de Flores et al. (2017), se concluye que existe una prevalencia significativa de una percepción deficiente de la calidad de vida entre los adultos mayores de Matamoros, Tamaulipas, afectando a casi la mitad de la población estudiada (45.5%). Solo una mínima proporción (10.1%) logra percibir su calidad de vida como alta, lo que evidencia una vulnerabilidad importante en este grupo etario, incluso cuando mantienen su independencia funcional.

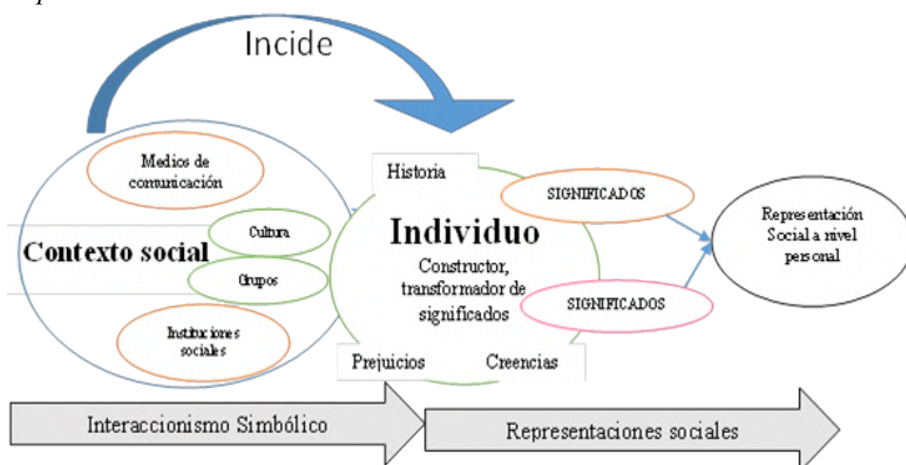
El análisis por dimensiones revela que el bienestar físico y las relaciones sociales son las áreas con los puntajes promedio más bajos (39.32 y 39.30 respectivamente), lo que sugiere que el contexto familiar, si bien es el entorno de residencia, no necesariamente garantiza una red de apoyo social lo suficientemente sólida o satisfactoria para el adulto mayor. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de intervención que fortalezcan no solo el cuidado de la salud física, sino también la integración emocional y social del adulto mayor dentro de su núcleo familiar para mejorar su percepción de bienestar integral.

En tal sentido, según Moscovici (2003) y su teoría de las representaciones sociales, la inclusión de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a distintos grupos, constituyen

fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social y esto es, precisamente, lo que genera sus visiones compartidas e interpretaciones similares de los acontecimientos y dentro de ello el fenómeno de envejecer y la propia etapa de la vejez.

Es decir que, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario, influyen en su forma de ser, de actuar, en su identidad social y la forma en que perciben la realidad social. Claro está, todo esto mediado por interacción social, a través de la cual los seres humanos comparten símbolos que le permiten interpretar y actuar frente a la realidad, posibilitando con ello la acumulación social del conocimiento que se transmite de generación en generación. Estas aseveraciones relacionan la teoría de las representaciones sociales con el interaccionismo simbólico de Blumer (1969) al considerar este último, refiere que los símbolos y su empleo en la comunicación humana, es el resultado de un proceso de aprendizaje mediado por los aspectos socioculturales, pero que es tamizado por la capacidad de pensamiento y la elección de cada ser humano (figura 1).

Figura 1. *Teoría del Interaccionismo Simbólico de Blumer y las Representaciones Sociales de Moscovici*



Nota. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Blumer, H. (1982)

Según el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020), en Durango había 75,853 adultos mayores (personas de 60 años o más). Esta población se compone por 41,667 mujeres (54.9%) y 34,186 hombres (45.1%). Sin embargo, la magnitud numérica no se traduce necesariamente en una infraestructura de soporte adecuada. Existe una carencia sistemática de "trato especial" en establecimientos públicos y privados, donde las limitaciones de movilidad y salud de este sector son frecuentemente ignoradas, perpetuando barreras arquitectónicas y sociales.

Un aspecto alarmante señalado por las instituciones es la dicotomía entre la protección legal y la realidad doméstica. Mientras que el Estado vigila que no se vulneren los derechos humanos en el ámbito público, es en el seno familiar donde se gestan las formas más profundas de discriminación y maltrato. El abandono se ha convertido en una problemática silenciosa pero devastadora; la migración de los hijos y la desintegración de las redes de apoyo dejan a muchos adultos mayores en una situación de vulnerabilidad extrema. Contrario a la creencia común de que el hogar es el refugio más seguro, la evidencia señala que es en el núcleo familiar donde se gesta la discriminación más severa.

El abandono en Durango presenta una faceta particular: el aislamiento en presencia. Se reportan casos donde, a pesar de que el adulto mayor cuenta con una pensión económica, se encuentra en un estado de desnutrición o falta de higiene porque su red de apoyo primaria (hijos y familiares) ha desertado de sus responsabilidades de cuidado, ya sea por migración, falta de recursos o desinterés afectivo. El problema no es solo la falta de alimentos o movilidad; es la crisis de identidad que surge al llegar a la vejez en un entorno que rinde culto a la productividad.

El adulto mayor en Durango percibe su propia vejez como un proceso de "desmantelamiento" de su ser: pérdida de autonomía: Al no poder retirar su propio dinero o preparar su comida, el individuo deja de verse como un agente independiente. fragilidad socioeconómica: La pensión se convierte en un objeto de disputa o en un recurso inútil si no existe quien facilite el acceso a los bienes básicos. Abandono simbólico:

La sociedad y la familia dejan de consultar su opinión, restándole autoridad y sentido de pertenencia.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los significados y representaciones sociales que los adultos mayores construyen en torno a la vejez y cómo estas influyen en la percepción de su propia identidad y calidad de vida?

Objetivo General

Comprender los significados y las representaciones sociales de la vejez desde la perspectiva de los propios adultos mayores, analizando cómo estas construcciones simbólicas impactan en su vivencia cotidiana y bienestar emocional.

Enfoque Metodológico

Para abordar la complejidad de los significados atribuidos a la vejez, se empleó un enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo) es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema de manera integral. Este enfoque no se limita a realizar un análisis cuantitativo y otro cualitativo por separado, sino que utiliza las fortalezas de ambos para obtener una visión más completa de la realidad. Hernández et al., (2020), lo refiere como un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo.

Diseño y Alcance de la Investigación:

- Tipo de estudio: alcance descriptivo, diseñado para especificar la distribución de variables y situaciones en condiciones naturales (Ñaupas Paitán et al., 2018).
- Temporalidad y Contexto: transversal o transeccional, porque se recolectan datos en un momento único (Hernández et al., 2016). Es, además, una investigación de campo, realizada directamente en el lugar de los hechos (Sierra, 2012).

Participantes y muestreo:

- Sujetos de estudio: Adultos mayores (rango inicial de 60 años en adelante; participantes efectivos entre 68 y 75 años) que comparten condiciones de vulnerabilidad como soledad y precariedad económica.
- La muestra del estudio se conformó por 26 *adultos mayores* (tabla 1).
- Ética: Se rigió bajo los principios de voluntariedad y confidencialidad, garantizando el anonimato al no solicitar nombres en los instrumentos.

Tabla 1. *Sexo de los participantes*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	18	69%
Hombres	8	31%
Total	26	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Técnicas e Instrumentos de Recolección

La investigación empleó una triangulación de técnicas cualitativas y la aplicación de un instrumento de 15 preguntas, 2 de opción múltiples y 13 con preguntas abiertas para profundizar en la realidad del adulto mayor:

- *Visita Domiciliaria:* entendida como una forma de acción social sistemática (Ander-Egg, 1995), permitió a las profesionales de Trabajo Social observar directamente el contexto habitacional y las necesidades reales de los usuarios.
- *Observación:* se aplicó la observación directa para captar reacciones y emociones durante las entrevistas, y la no participante (externa) para registrar situaciones del entorno sin interferir en el fenómeno (Álvarez-Gayou 2003; Hernández, 2016). Como instrumento de apoyo, se utilizó la guía de observación para el registro cronológico y sistemático de los hechos (Ortiz, 2004).
- *Entrevista Cualitativa validada mediante expertos:* se seleccionó por su flexibilidad y apertura, permitiendo una

construcción conjunta de significados entre entrevistador y entrevistado (Savin-Baden y Major, 2013).

Resultados

El análisis de las respuestas cuantitativas revela una tendencia marcada hacia la carga emocional negativa y la resignación ante el proceso de envejecimiento. A continuación, se detallan los resultados. Al cuestionar a los participantes sobre cómo experimentan las transformaciones propias de la edad, la gran mayoría manifiesta sentimientos de malestar. El 70% de los adultos mayores refiere sentirse *angustiado*, siendo esta la respuesta predominante. En menor medida, el 15% lo asume con *resignación*, el 10% con *enojo* y solo un 5% manifiesta *inquietud*.

Respecto a la postura que prefieren adoptar ante dichas transformaciones, se observa una inclinación hacia la pasividad. El 80% de los encuestados opta por *resignarse*, mientras que un porcentaje reducido (15%) busca *adaptarse* a las nuevas circunstancias. Finalmente, el 5% prefiere *ignorar* los cambios.

Análisis de la Información

El tratamiento de los datos se realizó mediante narrativas descriptivas, fundamentadas en las respuestas abiertas de los participantes.

La mayor parte de los adultos mayores no imaginaba como sería su vida en la etapa de la vejez como lo menciona la señora Paulina

“Cuando uno es joven no piensas en llegar a viejo, se te va la vida pensando en el momento o sea en el presente y no en la vejez”. Por otro lado, el señor Juan comenta “Imagínese si uno pensara en la vejez viviría su vida muy rápido pensando en que pronto se llegara a viejo, pero no hay chanza para ello”

Así mismo el señor Rafael refiere que

“La vida tiene ciclos y todo se acaba, se casan los hijos, nos quedamos solos, se acaban las fuerzas, se acaba el dinero, en una palabra, todo cambia”

En esta categoría se pudo percibir que la mayoría de los adultos mayores en su juventud no tenían pensado que algún día llegarían a ser adultos mayores, ya que no le tomaron la debida importancia en su momento.

Los cambios físicos también generan miedo a los adultos mayores, pues verse en el espejo y no tener la misma fuerza que antes los hace sentir ineficaces.

Señor Magdaleno comenta lo siguiente

“Cuando uno esta joven no le entra la inquietud de que algún día envejeceremos y vivimos la vida sin precauciones, ¿quién piensa en envejecer cuando se está joven? ¿Quién?” Por su parte la señora Irene refiere *“No se piensa en eso hasta que le llega y luego empiezo a preguntarme ¿porque no cuide mi salud? ¿Porque no disfrute lo suficiente? ¿Por qué no me di tiempo para mí y en fin tantas cosas que pudiera decir;*

Por otra parte, el señor David comenta lo siguiente:

“Si me inquietaba y me preocupaba como sería mi vejez, en ocasiones me ponía a pensar que pasaría si no me hubiera casado, sino hubiera tenido hijos, como iba hacer yo físicamente, o como me vería con canas y arrugas”

Así afirmaron la mayor parte de los adultos mayores, aunque también algunos de ellos mencionaban que era un proceso natural de vida el crecer el reproducir el llegar a hacer viejo y luego morir.

La forma en que los adultos mayores comienzan a sentirse viejos es variada, la señora Filomena manifiesta

“Comencé a sentirme vieja a partir de mis enfermedades, ya que no me he recuperado de los dolores que tengo en mi cadera y mi pierna derecha y aparte vea mi pelo tupido de canas es una clara muestra de que llego la vejez, ya no tengo ni la más mínima agilidad para hacer las cosas ya me siento más torpe”

La señora Toña comenta lo siguiente

“Me sentí vieja cuando vi que ya no le hacía falta a mi familia, cuando vi que mis hijos se iban a formar su familia en otro lado, cuando me quedé sola con mi viejito, aquí los dos nos hacemos compañía, nos ponemos a escuchar el radio en la estación de siempre, con las canciones de nuestros tiempos y siempre decimos canciones de nuestros tiempos”.

Por otro lado, el señor Mario menciona

“Me di cuenta que ya me estaba haciendo viejo cuando ya no tenía fuerzas en mi trabajo, cuando ya hacía las cosas muy lentas, yo fui albañil y fue un trabajo muy bonito pero muy pesado y ya no pude y súmele que tuve una operación en mi corazón, pensé esto ya valió y me di cuenta que ya no era un jovencito”

Así mismo la señora Lidia comenta

“Como le explico? Siempre fui una persona que apoyaba a mi esposo en los gastos del hogar desafortunadamente por mi enfermedad de la diabetes me amputan una pierna y desde ese momento me sentí vieja y acabada, ya sin fuerzas, esta enfermedad la enfrente casi sola para no dar molestia a mis hijos, tenía mucho coraje con la vida y me preguntaba ¿porque a mí? No crea que me he resignado a esto, es muy triste”

Se recuperaban de la misma manera que cuando eran jóvenes, y el dejar de trabajar también fue un factor importante para empezarse a sentir viejos, así mismo en aspectos familiares al momento de afrontar el síndrome del nido vacío.

Gran parte de los adultos mayores sienten que lo mejor de sus vidas ya paso, por motivo de que su vida se ha convertido poco a poco en una monotonía, la señora Celia menciona

” Fíjese en mis ratos libres me la paso sentada en una silla aquí afuera de la casa, cuando mis hijos estaban conmigo no me alcanzaba el tiempo y ahora me sobra mucho, mis hijos y mi familia me dice que me ponga hacer algo de actividades para que no me aburra, pero de solo pensar en caminar me desanimo”

Por su parte la señora Socorro menciona que

“Yo busco pasatiempos para no aburrirme como ver la tele, salir a platicar con las vecinas y preparar mis altares para mis santitos y aparte visito a mis hijas y les ayudo a cuidar a mis nietos hay que hacer algo, porque cuando una no tiene quien la mantenga hay que buscar para ganarse la gorda”.

Así mismo el señor Macario dice

“se debe de realizar actividades para no entumirse, mire oiga pos yo salgo a caminar y me gusta llenar esos libritos de letras, me gusta mucho hacerlo y así no me aburro, ande oiga y veo el futbol se pone bueno, le voy a las chivas, aunque pierdan, también me gusta una que otra novela y los domingos veo películas de las viejitas oiga, de Pedro infante y de Antonio Aguilar como ve”

Por su parte la señora Toña menciona que

“una de las actividades que realiza diariamente pero que ya le aburre es estar limpiando todos los días frijoles, pero que sin embargo de ahí se sostienen económicamente ella y su esposo Juan, a parte ya me acostumbré al estar al cuidado de ellos, yo no tengo necesidad de salir porque mis hijos vienen de visita con mis nietos y aparte me ayudan con los quehaceres de la casa, podría decir que no tengo momentos libres para mí, ni siquiera ir al parque, porque lo que yo hago es todos los días, aunque ya este aburrida”

En lo que refiere a cómo viven los cambios que se presentan en la vejez la señora Graciela comenta lo siguiente

“No crea que acepto sentirme vieja, las cosas cambian y ya no es lo mismo, me da coraje ya no tener las mismas fuerzas de antes, a veces me siento inútil, todo se me cae de la mano y donde quiera me ando tropezando”.

Así mismo la señora María menciona lo siguiente

“Yo era una persona muy activa, andaba de arriba para abajo, no paraba y ahora soy muy lenta y eso me enoja porque hasta para ir al centro a comprar mis hilazas para bordar, la pienso porque el camión no espera a que me siente y luego tengo que

correr cuando el semáforo cambia y lo hace pronto, porque ya no tengo tanta agilidad y me cuesta reconocer que ya estoy vieja”

El proyecto de vida implica las relaciones entre todas las actividades sociales de los individuos.

La señora Mayela refiere lo siguiente

“Yo no realizó ninguna actividad diferente a los quehaceres del hogar, no hay tiempo para hacerlo, mire yo cuido a mi nieto que, aunque ya están grandecitos necesitan quien los cuide mientras mis hijas trabajan”.

De los adultos mayores encuestados solo dos personas si tienen un proyecto de vida, que fueron construyendo a lo largo de su vida como lo menciona el señor Fernando

“Mire yo si tengo una preparación académica y mi trabajo me trajo como final una pensión cómoda que me ayuda en lo económico, ¿cómo le explico? Pero no dejo de sentirme solo, ya mis hijos hicieron su vida y algunas veces vienen a visitarme, pero las cosas cambian y llega un momento en el que siento ser un estorbo para ellos.”

Por otro lado, el señor Filiberto refiere

“Yo fui maestro durante muchos años gracias a Dios y también director por algunos años me pensione y eso me permitió hacer mi guardadito y me decidí poner una papelería, porque sabrá usted que a mis tantos años todavía tengo hijos pequeños de mi segundo matrimonio y necesito dejarles algo si llego a fallar, o sea si me llego a morir, Me prepare para mi vejez teniendo un trabajo seguro, para cotizar y pensionarme”

Conclusiones

La investigación concluye que el adulto mayor en la comunidad estudiada enfrenta una vulnerabilidad sistémica. La investigación concluye que el adulto mayor participante en este estudio enfrenta una vulnerabilidad sistémica.

La desarticulación social no solo ocurre a nivel macro (Estado y políticas públicas), sino que se manifiesta en el núcleo familiar, donde la violencia y el abandono son moneda corriente.

Es imperativo transitar hacia un modelo de envejecimiento activo que reconstruya el tejido social y devuelva al adulto mayor su identidad como sujeto de derechos, combatiendo la idea de que la falta de productividad laboral equivale a la pérdida de valor humano.

Los participantes vinculan de forma casi exclusiva el concepto de vejez con la pérdida de productividad económica. Al no ser considerados "útiles" bajo la lógica del mercado, los adultos mayores desarrollan una baja autoestima, lo que facilita su autoaislamiento y la aceptación de su marginación como un proceso natural.

Se identificó una ruptura en la continuidad de las metas personales. La inseguridad (física y financiera) y la disminución de las capacidades percibidas actúan como barreras que frenan la culminación de proyectos. Esto genera un estado de confinamiento emocional y físico, donde el futuro se percibe como una espera pasiva en lugar de una etapa de realización. Redes de Apoyo y Dinámicas de Abandono.

Por todo lo anterior, este trabajo surge de la necesidad de ir más allá de las estadísticas institucionales para explorar la subjetividad del envejecimiento. No basta con saber cuántos adultos mayores existen o cuánto reciben de pensión; es imperativo comprender cómo viven y sienten su vejez. Entender su percepción permite identificar los puntos de quiebre donde la dignidad se ve comprometida, buscando que la vejez deje de ser vista como una etapa de declive inevitable y comience a ser entendida como un proceso que requiere de un entorno empático, accesible y, sobre todo, humano.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Paidós.
https://memsupn.weebly.com/uploads/6/0/0/7/60077005/c%C3%93mo_hacer_investigaci%C3%93n_cualitativa.pdf
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (24ª ed.). Lumen.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism Perspective and method*, Englewood Cliffs, N.J Prentice-Hall.
https://archive.org/details/symbolicinteract0000unse_t4t1/mode/2up
- Hernández Sampieri, R. (2016). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Principales resultados. Censo de Población y Vivienda 2020*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825198169.pdf
- Moscovici, S. (2003). *La conciencia social y su historia*. En José Antonio Castorina. *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, Gedisa
- Ñaupas Paitán, H., Valdivia Dueñas, M. R., Palacios Vilela, J. P. y Romero Delgado, H. E. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y Redacción de la Tesis*. Ediciones de la U.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/metodologiainvestigacionnaupas.pdf
- Ortiz Ocaña, A. L. (2004). *Metodología de la investigación cualitativa*. Antillas.
- Savin-Baden, M., y Major, C. H. (2013). *Qualitative research: The essential guide to theory and practice*. Routledge.
- Sierra Bravo, R. (2012). *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios* (21ª ed.). Paraninfo.

El edadismo en la era digital y la salud del adulto mayor

Martha Leticia Cabello Garza

Instituto de Investigación en Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Nuevo León

Janet García González

Facultad de Ciencias de la Comunicación

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

La necesidad de valorar al adulto mayor desde el marco de la digitalización y la salud ha cobrado mayor importancia a nivel internacional especialmente durante y después de la pandemia por COVID-19. El edadismo, entendido como problema multidimensional que se manifiesta a través de estereotipos, prejuicios y discriminación, más que la edad cronológica, puede influir en que muchos productos, servicios y plataformas digitales no estén diseñados considerando las necesidades, capacidades y heterogeneidad de las personas mayores. En este contexto, la facilidad de acceso y uso de las tecnologías de la información y la comunicación resulta determinante para favorecer su inclusión social, autonomía y acceso a información relacionada con la salud.

El *objetivo* de este trabajo es conocer si las personas adultas mayores utilizan las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) en su vida diaria para temas relacionados con la salud, particularmente para la prevención y el control de enfermedades. Se realizó una investigación exploratoria, con un *enfoque mixto*, mediante la aplicación de una encuesta a aplicada a 230 personas a través de Google Forms, así como un grupo focal integrado por nueve participantes. Los criterios de inclusión consideraron a personas mayores de 60 años, de ambos sexos, residentes en Xalapa, Veracruz. *Los resultados* mostraron que el medio

más utilizado durante la pandemia del COVID 19 fue la televisión; sin embargo, el teléfono móvil, especialmente WhatsApp, adquirió relevancia como herramienta de comunicación. Se identificó que el aprendizaje del uso de dispositivos digitales, como celular, tableta o computadora, ocurrió principalmente con el apoyo de familiares. Los hallazgos evidencian que la exclusión digital de las personas mayores se relaciona con servicios y productos digitales que suelen pasar por alto sus necesidades, habilidades y diversidad, lo que limita su participación plena en entornos digitales vinculados con la salud.

Introducción

La necesidad de valorar al adulto mayor desde el marco de la digitalización y la salud ha cobrado mayor importancia sobre todo durante y posteriormente a la Pandemia del COVID-19. En los últimos años y de manera pronunciada a raíz de la pandemia, el desarrollo de habilidades digitales y mediáticas se ha vuelto un objetivo apremiante en todos los sectores de la sociedad, al constituirse como un medio para favorecer la inclusión social, la comunicación, el acceso a la información y la continuidad de ciertos servicios relacionados con la salud.

Aunado a lo anterior, la discriminación por edad ha afectado la manera de pensar, actuar y relacionarse con las personas mayores, representando un obstáculo para alcanzar los objetivos de las políticas sociales dirigidas a este grupo poblacional. Esta forma de discriminación puede generar consecuencias negativas en su bienestar, autonomía, participación social y salud. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud emitió en 2021 un *Informe mundial sobre el edadismo*, con el propósito de impulsar acciones orientadas a cambiar la forma en que se piensa, siente y actúa respecto a la edad y el envejecimiento (OMS, 2021).

El edadismo de acuerdo con la OMS (2021), se define como los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas en función de su edad. Aunque no es una problemática exclusiva de las personas mayores, en este grupo puede conducir al aislamiento social, afectar la salud física y mental e incluso asociarse con una mayor mortalidad. Por

ello, se vuelve urgente implementar estrategias eficaces que permitan prevenir, reconocer y reducir sus efectos en los distintos ámbitos de la vida social.

Expresiones como: “los viejos ya no pueden aprender”, “Los abuelos son tristes”, “todos los viejos son iguales” o la idea de que las personas mayores representan una carga económica para la sociedad reflejan estereotipos que, salvo en situaciones específicas relacionadas con enfermedades graves o deterioros significativos, no corresponden con la realidad de este grupo poblacional. Por el contrario, las personas mayores constituyen un segmento social con experiencias, conocimientos, capacidades, intereses y deseos de continuar participando activamente en la sociedad (Vega y González, 2021).

Orosa (2018) presenta aportes relevantes respecto al edadismo, donde los prejuicios relacionados con envejecimiento parten de 3 aspectos fundamentales como son: ver la vejez como final o enfermedad; o verla de manera más positiva como la edad dorada; y la de prejuicios que confunden la vejez como un retorno a la niñez o eterna juventud. Sin embargo, cualquiera de estas miradas resulta limitada, porque reduce la experiencia de envejecer a estereotipos que no reconocen la diversidad, autonomía, capacidades, trayectorias y necesidades reales de las personas mayores. Cada día hay más personas mayores activas, más sanas, más preparadas, más empoderadas e informadas.

No obstante, ante la emergencia de la pandemia por COVID-19, estas representaciones “edadistas” pudieron profundizar formas de exclusión social y digital, al asumir que las personas mayores no podían aprender, adaptarse o utilizar tecnologías para comunicarse, informarse o atender aspectos relacionados con su salud. Por ello, el edadismo en la era digital no solo se expresa en discursos o actitudes discriminatorias, sino también en el diseño de servicios, plataformas y productos digitales que no consideran la heterogeneidad de este grupo poblacional, generando barreras de acceso, uso y apropiación de las TIC en contextos tan sensibles como la prevención, el autocuidado y el control de enfermedades.

En este contexto, la pandemia evidenció que las habilidades digitales no son un elemento accesorio, sino una condición necesaria para la inclusión social, la comunicación familiar, el acceso a información confiable y la continuidad de ciertos servicios de salud. De ahí la importancia de analizar la relación entre edadismo, alfabetización digital y eSalud, pues las tecnologías pueden convertirse en herramientas de autonomía y bienestar siempre que sean diseñadas, comunicadas e implementadas desde una perspectiva inclusiva y libre de prejuicios hacia la vejez. De acuerdo a Vega y González (2021), las habilidades digitales se han posicionado de tal manera para responder a los tiempos cambiantes y a una economía basada principalmente en la información y el conocimiento, que ha llegado a afectar en el ámbito de la salud, sobre todo en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, ya que es cada vez más importante ante los retos epidemiológicos que plantea la transición y el crecimiento demográfico, así como la compleja dinámica en la que operan la mayoría de los sistemas de salud.

La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 obligó a los gobiernos a mantener medidas de distanciamiento social, recurriendo al uso de las TIC para que las personas, colectividades y todo tipo de organizaciones de la sociedad civil pudieran continuar con sus actividades cotidianas. En el contexto de las personas adultas mayores, la facilidad de acceso y de uso de las TIC es determinante, ya que la utilización de internet les permite integrarse más ampliamente a diversos grupos familiares y sociales (Choi y DiNitto, 2013). Si bien existe mucha información disponible en línea para este segmento de la población, el acceso debe ser viable, comprensible y pertinente, ya que, de lo contrario, la experiencia puede resultar frustrante, confusa y excluyente.

Siguiendo a Martínez Pérez y colaboradores (2022), la discriminación por la edad tiene más presencia que el racismo, aunque afecta de manera significativa el bienestar y la salud de las personas. Esta forma de discriminación ha estado presente históricamente en la sociedad y, en la actualidad, continúa estigmatizando a las personas mayores al homogeneizar sus capacidades, limitar su reconocimiento social y asociar la vejez con dependencia, marginación o discapacidad.

Desde esta perspectiva, resulta necesario cuestionar las representaciones sociales que invisibilizan la diversidad del envejecimiento y que obstaculizan el acceso equitativo a los beneficios de la digitalización.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud destaca el papel crucial de las tecnologías digitales en el envejecimiento y la salud, al señalar que estas pueden favorecer la autonomía, el acceso a información, la continuidad del cuidado y la participación social de las personas mayores (OPS, 2023). Estas prácticas se relacionan con el conocimiento y comprensión de la dinámica de los medios, así como con la calidad de la información que circula en los entornos digitales. En este sentido, los medios y las tecnologías cumplen una función clave en el bienestar de las personas y en la construcción de sociedades más democráticas, inclusivas y participativas.

Considerando los desafíos globales del envejecimiento, es necesario partir de datos de la Naciones Unidas. En noviembre del 2022, la población mundial alcanzó los 8000 millones de personas, lo que evidencia una transformación demográfica acelerada. Asimismo, se estima que la población mundial continúe envejeciendo durante las próximas décadas, con un aumento progresivo de la esperanza de vida. Este escenario plantea importantes desafíos sociales, sanitarios, tecnológicos y políticos para garantizar condiciones de bienestar a lo largo del curso de vida.

De acuerdo con la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), una de las acciones globales prioritarias es el compromiso de todos los gobiernos a no dejar a ningún sector de la sociedad atrás. Esto incluye a la población adulta mayor, cuyas vulnerabilidades y problemáticas específicas deben ser atendidas desde políticas públicas inclusivas. En este marco, la OMS lidera la implementación del Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable 2021-2030, el cual plantea la necesidad de transformar no solo las acciones dirigidas a este grupo poblacional, sino también las formas de pensar sobre la edad y el envejecimiento.

El Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable constituye una estrategia clave para orientar acciones políticas, sociales y sanitarias hacia el desarrollo pleno de las personas a lo largo de todo el curso de vida. En este marco, se enfatiza la necesidad de impulsar programas innovadores y enfoques inclusivos, considerando la tecnología como una herramienta que puede contribuir al envejecimiento activo y saludable, siempre que las soluciones tecnológicas sean diseñadas de acuerdo con las necesidades, capacidades y contextos de las personas mayores (OPS-PAHO, 2023).

En este sentido, el uso de las nuevas tecnologías digitales resulta relevante para el mantenimiento de una vida social activa y saludable. La alfabetización digital, entendida como la capacidad de las personas para realizar diferentes tareas en un ambiente tecnológico, incluye habilidades para localizar, analizar, interpretar y utilizar información mediante las TIC. En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ha señalado que acercar la tecnología digital a estos permite mantener la comunicación con familiares, amistades y la sociedad en general, además de constituirse en una vía para solicitar ayuda en situaciones de emergencia, acceder a entretenimiento, aprender en distintos contextos y fortalecer su autonomía (INAPAM, 2023).

Avanzar en la inclusión digital implica disminuir la brecha digital y fomentar un envejecimiento activo mediante herramientas prácticas como el uso de códigos QR, pagos electrónicos, solicitudes de medicamentos o alimentos a domicilio, trámites digitales, consultas remotas o transporte mediante plataformas. Estas posibilidades muestran que las TIC pueden contribuir a la autonomía de las personas mayores; sin embargo, para ello se requiere capacitación, acompañamiento y diseños accesibles que respondan a sus necesidades reales.

En México, la implementación de programas de capacitación en el uso de las tecnologías de la información y comunicación digitales por parte de las personas adultas mayores en situaciones emergentes como la pandemia de COVID-19, ha favorecido su independencia, autonomía, las relaciones intergeneracionales, la salud mental y la

oportunidad de tener opciones educativas y recreativas sin salir de casa (INAPAM, 2023). No obstante, estas oportunidades dependen de que existan condiciones de acceso, acompañamiento y pertinencia cultural, social y tecnológica.

En el ámbito de la salud electrónica, los países desarrollados han avanzado con marcos integrales para el abordaje de ciertas enfermedades, sin embargo, en los países de ingresos bajos y medianos, existe una necesidad apremiante de marcos de políticas de “eHealth” adaptados para abordar desafíos específicos como la educación de la fuerza laboral, la vigilancia de enfermedades y la gestión eficiente de la salud (Mengiste, et al 2023). Interesante en este trabajo rescatar los problemas de acceso a los servicios de salud digital, falta de oportunidades de formación adecuadas para los proveedores de atención médica, mayor propagación de enfermedades, que representan desafíos que deben enfrentarse con soluciones innovadoras, infraestructura tecnológica y estrategias nacionales apropiadas a la reforma de la salud electrónica que buscan mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud.

En el caso de México, las políticas públicas orientadas a la eSalud surgen con el cometido de proporcionar acceso a la salud de manera equitativa y disminuir el rezago en el nivel de atención de la población marginada, así como de la inequidad en la calidad de la atención y el acceso a servicios especializados, teniendo como herramientas: acortar o evitar por completo la estancia de los pacientes en hospitales, mejorar la promoción de la salud y la protección de la salud, así como la calidad, accesibilidad y eficiencia en todos los aspectos de la prestación de servicios de salud, así como mejorar la eficiencia y aportar valor añadido a la asistencia sanitaria evitando intervenciones diagnósticas o terapéuticas duplicadas o innecesarias, entre otras (Cruz-Meléndez y López, 2020).

La pandemia del COVID-19, aceleró la adopción de telesalud destacando la necesidad de políticas adaptables que puedan soportar cambios rápidos en la prestación de servicios de salud (Key, 2022). Además, las iniciativas de salud electrónica como las soluciones de prescripción electrónica y las plataformas orientadas al paciente están

transformando la atención médica al ir mejorando la seguridad del paciente, la comunicación y promoviendo el autocuidado.

Envejecer en un mundo digital, es estar preparado para atender las necesidades y los requerimientos de una población que envejece. Las TIC pueden transformarse en facilitadores de inclusión, por lo que hay que aprovechar las oportunidades digitales y las nuevas oportunidades de crecimiento social económico y político. Aunque habría que reconocer que el envejecimiento saludable está condicionado a entornos como el hogar, la comunidad y en general toda la sociedad ya que en este contexto se entrelazan valores, actitudes, políticas de salud y la forma como se implementan los servicios que ofrecen las instituciones que apoyan la capacidad de una persona para un envejecimiento saludable (Unión Internacional de Telecomunicaciones [UIT], 2021).

En el contexto de las personas adultas mayores, la facilidad de acceso y de uso de las TIC es determinante, ya que la utilización de internet les permite integrarse más ampliamente a diversos grupos familiares y sociales (Choi y DiNitto, 2013). Si bien, existe mucha información disponible en línea para este segmento de la población, la capacidad en el acceso debe ser prioritaria y viable, de lo contrario, la experiencia puede resultar frustrante y confusa. La utilidad de la eSalud en la tercera edad además de promover la inclusión social acercando al adulto mayor con los temas de actualidad social mediante la interactividad, la retroalimentación y el uso audiovisual de contenido, también impacta de manera positiva en las dinámicas y procesos psicológicos que se presentan en esta etapa de la vida (Llorente-Barroso et al., 2015) ayudándoles con sus aflicciones más recurrentes y mejorando su calidad de vida.

De acuerdo con los resultados obtenidos en una investigación realizada por Padial, y colaboradores (2020), las TIC contribuyen al empoderamiento de las personas para el autocuidado, mejoran su eficiencia y autoeficacia ayudando a mantener su autonomía; sin embargo, su utilización está condicionada por el compromiso y la implicación de las personas mayores en su diseño, la adaptación a los entornos y preferencias de la persona mayor; además de su comprensibilidad, utilidad percibida y facilidad de uso.

Durante la pandemia del COVID-19, las TIC, fungieron como un puente con el mundo exterior, reduciendo los efectos del aislamiento. Sin embargo, hay puntos importantes que hay que resaltar como las normas en materia de accesibilidad y facilidad de su uso, garantizar la inclusión de la población adulta mayor, es fundamental, por lo que crear nuevos servicios, nuevos productos, nuevas aplicaciones, como por ejemplo las de gestión financiera desde el hogar, deben tomar en cuenta las necesidades para los clientes de edad avanzada para mejorar sus conocimientos financieros y digitales (UTI, 2021)

A medida que el mundo depende cada vez más de las plataformas digitales para obtener información y servicios de salud, las personas adultas mayores se enfrentan a desafíos únicos debido a los diferentes niveles de alfabetización digital, que pueden conducir a la exclusión digital y afectar sus derechos digitales. Estas cuestiones están interconectadas y tienen un impacto significativo en los resultados de salud y calidad de vida. La brecha digital, caracterizada por las disparidades en el acceso y el uso de las tecnologías digitales, puede agravar las desigualdades en salud existentes entre las personas adultas mayores. Sin embargo, la alfabetización digital y los ecosistemas de salud digital inclusivos pueden empoderarlas y mejorar su capacidad para gestionar la información e interactuar con los servicios de salud (Göbl et al., 2024).

Los estudios muestran que la alfabetización digital, incluida la alfabetización en materia de salud electrónica y la autoeficacia en Internet, es un buen indicador del uso exitoso de las herramientas de salud digital, así como las intervenciones sociales centradas que en mejorar la alfabetización digital entre las personas adultas mayores. Los programas que son personalizados y basados en valores han demostrado ser prometedores para mejorar las habilidades digitales y los resultados en materia de salud (Hladek et al., 2024).

La brecha digital sigue siendo una barrera importante, ya que las personas adultas mayores, en particular los de entornos socioeconómicos más bajos, tienen un acceso limitado a las tecnologías digitales (Afroj et al., 2024). Según Yang y colaboradores (2024), esta

exclusión puede conducir a peores resultados de salud y a un aumento de las disparidades en salud.

Garantizar los derechos digitales, incluido el acceso equitativo a las tecnologías de salud digital, es esencial para reducir las disparidades en salud (Lee et al., 2008). El acceso a la información sanitaria digital puede mejorarse abordando barreras como las brechas de alfabetización digital y proporcionando un apoyo personalizado a las personas adultas mayores, especialmente a los que viven en zonas socialmente desfavorecidas (Chadwick et al., 2024).

A partir de lo anterior, se fortalece la idea de fomentar el autocuidado como una función inherente al ser humano, responsabilizando al individuo de mantener su vida y su estado de salud en condiciones de bienestar mediante el soporte de las herramientas de la eSalud, las cuales tienen la facilidad de difundir información contribuyendo al desarrollo de las habilidades necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso (Álvarez-Corona et al., 2021). Por ello, resulta relevante analizar, desde el abordaje de la Salud y las innovaciones en tecnologías de la información y la comunicación, los aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas mayores, sus intereses, sus necesidades de información y las implicaciones de la prevención y el control de enfermedades en el contexto posterior a la pandemia por COVID-19.

En este marco, el objetivo general de la presente investigación fue conocer el uso de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de las personas adultas mayores en temas relacionados con la salud, particularmente en la prevención y el control de enfermedades.

De manera específica, se buscó: identificar los medios de comunicación y recursos digitales que utilizan las personas adultas mayores para informarse sobre temas de salud; describir sus experiencias, necesidades y dificultades en el uso de las TIC; reconocer las formas en que estas tecnologías fueron empleadas durante y después de la pandemia por COVID-19 para comunicarse, solicitar apoyo o atender cuestiones de salud; y analizar cómo la brecha digital y las

prácticas “edadistas” pueden incidir en el acceso, uso y apropiación de herramientas digitales vinculadas con la Salud.

A partir de estos objetivos, la investigación se orientó por las siguientes preguntas: ¿utilizan las personas adultas mayores las TIC en su vida diaria para temas relacionados con la salud? ¿Qué medios o plataformas emplean con mayor frecuencia para informarse, comunicarse o atender necesidades vinculadas con la prevención y el control de enfermedades? ¿Qué barreras, necesidades o expectativas manifiestan respecto al uso de tecnologías digitales? ¿De qué manera la brecha digital y el edadismo pueden limitar su inclusión en los entornos de Salud?

Metodología

La investigación que aquí se expone es de tipo exploratoria, con enfoque mixto y diseño no experimental transversal. Se considera exploratoria debido a que busca aproximarse al uso de las tecnologías de la información y la comunicación en personas adultas mayores para temas relacionados con la salud, particularmente en el contexto de la pandemia y la etapa posterior a esta. El diseño es no experimental porque no se manipularon variables, sino que se observaron las experiencias, percepciones y prácticas de los participantes en su contexto cotidiano; asimismo, es transversal porque la información fue recolectada en un momento específico.

El enfoque mixto permitió integrar información cuantitativa y cualitativa para obtener una comprensión más amplia del fenómeno de estudio. La investigación con metodologías mixtas utiliza la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos dentro de un mismo estudio, con el propósito de complementar, contrastar y enriquecer los hallazgos (Pole, 2009). Desde esta perspectiva, los datos cuantitativos permitieron identificar tendencias generales sobre el uso de medios de comunicación y TIC, mientras que los datos cualitativos permitieron profundizar en las experiencias, necesidades, expectativas y dificultades de las personas adultas mayores frente al uso de tecnologías digitales relacionadas con la salud.

Para la recolección de información se utilizaron dos técnicas: una encuesta estructurada y un grupo focal. La fase cuantitativa se desarrolló en el año 2020 mediante un cuestionario de elaboración propia aplicado a una muestra de 230 personas adultas mayores. Aunque el instrumento fue gestionado mediante Google Forms, su aplicación se realizó de manera presencial y asistida, considerando que algunas personas participantes podían requerir apoyo para responderlo debido a sus distintos niveles de alfabetización digital.

La fase cualitativa se llevó a cabo mediante un grupo focal integrado por nueve participantes. Esta técnica permitió recuperar discursos, percepciones y experiencias sobre el uso de las TIC en la vida diaria, particularmente en temas de comunicación, acceso a información, prevención y atención de la salud. El grupo focal también permitió identificar necesidades de capacitación, acompañamiento y adaptación tecnológica desde la perspectiva de las propias personas adultas mayores.

Los criterios de inclusión fueron: personas de 60 años o más, de ambos sexos, residentes en Xalapa, Veracruz, y con disposición para participar en el estudio. No se estableció como requisito contar con capacitación previa en el uso de las TIC, ya que uno de los propósitos de la investigación fue reconocer precisamente los distintos niveles de acceso, conocimiento, apropiación y dificultad en el uso de estas tecnologías. Las personas participantes pudieron solicitar apoyo para responder el cuestionario cuando así lo requirieron.

Ambas fases de la investigación se realizaron en Xalapa, Veracruz, México, procurando la participación de personas adultas mayores con características sociodemográficas diversas. Las categorías de análisis consideradas fueron: perfil sociodemográfico, contexto familiar, apoyo social, actividades cotidianas, relaciones sociales, medios de comunicación, competencias digitales, calidad de vida, intereses en salud, prevención de enfermedades y control de padecimientos. En el área de salud se incluyeron aspectos relacionados con emociones, autoestima, depresión, ansiedad, soledad, aislamiento, temas de interés, medios de información, estado de salud, acceso a información y necesidades de orientación.

La información cuantitativa fue sistematizada mediante estadística descriptiva, a partir de frecuencias y porcentajes, con el propósito de identificar tendencias generales en el uso de medios de comunicación, TIC y recursos digitales vinculados con la salud. Por su parte, la información cualitativa derivada del grupo focal fue revisada mediante categorías temáticas relacionadas con las experiencias de uso, barreras percibidas, necesidades de capacitación, búsqueda de información en salud y expectativas frente a las tecnologías digitales.

Finalmente, la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permitió realizar una triangulación de la información. Esta estrategia favoreció la comparación y complementariedad de los hallazgos, al contrastar los datos obtenidos mediante la encuesta con los discursos recuperados en el grupo focal. De esta manera, fue posible reconocer coincidencias entre las tendencias estadísticas y las experiencias narradas por las personas participantes, especialmente en torno al uso predominante de la televisión, el papel del teléfono móvil y WhatsApp, las dificultades de comprensión tecnológica y la necesidad de acompañamiento para el uso de herramientas digitales de salud.

En cuanto a los aspectos éticos, la participación fue voluntaria y se explicó previamente a las personas participantes el propósito del estudio, el uso académico de la información y la confidencialidad de sus respuestas. En el caso del grupo focal, se solicitó consentimiento informado de manera verbal antes de iniciar la videograbación, aclarando que la información sería utilizada únicamente con fines de investigación y que los datos personales serían resguardados. Asimismo, se omitieron nombres y cualquier dato que permitiera identificar a las personas participantes. La encuesta fue aplicada, en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Resultados

Los resultados cuantitativos dieron muestra del perfil sociodemográfico de los participantes del estudio: el 69% fueron masculinos, de las personas adultas mayores encuestados el 69% no trabajan, el 24% son jubilados y solo el 7% trabajan. En cuanto al estado civil el 43% son

casados, el 21% solteros, el 19% viudos y el 17% en unión libre. El nivel educativo el 62% cuentan con nivel primaria, 24% secundaria y el mínimo están los que tienen bachillerato o licenciatura.

Sobre los hábitos de consumo de medios de comunicación y TIC se observó que, en general, el medio de comunicación que más utilizaron fue con un 75% la televisión y un 17% el teléfono móvil; en el mismo tenor se encontró que para informarse sobre su salud y bienestar fue la televisión con el 67%, y con 14% el teléfono celular.

Estos datos muestran que la población participante presenta características sociodemográficas que pueden incidir en sus formas de acceso, uso y apropiación de las tecnologías digitales. El nivel educativo, la condición laboral y las redes de apoyo familiar son elementos relevantes para comprender la manera en que las personas adultas mayores se relacionan con las TIC, especialmente cuando estas se utilizan para obtener información sobre salud, comunicarse con familiares o acceder a servicios durante situaciones de emergencia.

En cuanto a los hábitos de consumo de medios de comunicación y TIC, se observó que el medio más utilizado fue la televisión, con un 75%, seguido del teléfono móvil, con un 17%. De manera similar, para informarse sobre temas de salud y bienestar, la televisión fue el medio predominante, con un 67%, mientras que el teléfono celular representó el 14%. Estos hallazgos evidencian que, durante la pandemia por COVID-19, la televisión continuó siendo una fuente central de información para las personas adultas mayores, aunque el teléfono móvil comenzó a adquirir mayor relevancia como medio de comunicación y acceso a información.

Los resultados cualitativos permitieron profundizar en esta tendencia. En el grupo focal, las personas participantes hicieron referencia a sus programas de televisión favoritos y a la utilidad que estos tenían para informarse sobre bienestar y salud. Uno de los participantes señaló: *“Me gustaba ver un programa de Diálogos en confianza, del Canal Once, con puros especialistas; los lunes hablan de medicina y los otros días de diferentes temas”* (participante 6). Otro participante comentó: *“Yo veo el programa del Canal Once que se*

llama Aprendiendo a envejecer; entre semana te enseñan sobre los derechos, tecnología y otros temas, no le entiendo mucho porque es muy rápido lo que habla” (participante 4).

Estos testimonios muestran que la televisión no solo funcionó como medio de entretenimiento, sino también como recurso informativo para el cuidado de la salud y el conocimiento de derechos. No obstante, también se identifica una barrera comunicativa relacionada con la velocidad, claridad y accesibilidad de los contenidos, lo que sugiere la necesidad de diseñar mensajes de salud dirigidos a personas mayores con lenguaje claro, ritmo adecuado y formatos comprensibles.

Respecto a las motivaciones personales para el uso de las TIC en la vida diaria, se observó que el 98% de las personas adultas mayores utilizó WhatsApp para comunicarse durante la pandemia. Este dato muestra la relevancia del teléfono móvil como herramienta de contacto familiar y apoyo social. En el grupo focal, una participante expresó: *“Yo nomás para cuando necesito a mis hijas o mis hijas me necesitan a mí, yo les llamo”* (participante 3). Este testimonio permite reconocer que el uso de las TIC se vincula principalmente con la comunicación familiar, la solicitud de apoyo y el mantenimiento de redes afectivas.

En relación con el uso de las TIC para temas relacionados con la salud, algunos participantes reconocieron el potencial de estas herramientas para aprender y mantenerse informados. Uno de ellos afirmó: *“Los adultos mayores queremos un teléfono pa’ envejecer; hay mucha buena información pa’ aprender uno”* (participante 1). Esta expresión evidencia una disposición positiva hacia el aprendizaje digital, así como el reconocimiento de que las tecnologías pueden contribuir al envejecimiento activo, siempre que existan condiciones de acceso, acompañamiento y capacitación.

Sin embargo, también se identificaron dificultades asociadas con la comprensión, el exceso de información y la falta de confianza en el uso de dispositivos digitales. Al analizar la percepción sobre el uso de las TIC en actividades relacionadas con la salud, un participante comentó: *“Que me den una consulta en el seguro, pero directito al seguro, porque si no me voy a confundir con tanta información que tiene el teléfono”*

(participante 6). De igual manera, otro participante señaló: *“Yo le pico y le pico al teléfono y lo bloquea uno; le pongo mi nombre y mi número para la pensión y no me sale nada, no le sé”* (participante 1).

Estos testimonios reflejan que la exclusión digital no se reduce únicamente al acceso a dispositivos o internet, sino que también involucra la comprensión de los procesos digitales, la confianza para navegar en plataformas y la existencia de apoyos adecuados para realizar trámites, consultas o búsquedas de información. En este sentido, las barreras digitales pueden afectar la autonomía de las personas mayores y limitar su acceso oportuno a servicios e información de salud.

Al identificar las necesidades, deseos y expectativas de las personas adultas mayores respecto a las características y funcionalidades de las TIC, se encontró que el aprendizaje del uso de dispositivos digitales ocurrió de distintas maneras. El 25% señaló que aprendió con apoyo de familiares o amistades, mientras que el 21% indicó haber aprendido por cuenta propia. En el grupo focal, los participantes expresaron necesidades concretas de capacitación: *“Yo quiero aprender a manejar el Zoom”* (participante 1); *“Yo no sé manejar la computadora y necesito buscar para mis trámites de pensión”* (participante 2); y *“Necesitamos una capacitación para que nos enseñen lo básico de una computadora, porque luego me enredo con tanta información”* (participante 3).

Estos resultados muestran que las personas adultas mayores no rechazan necesariamente las tecnologías digitales; por el contrario, manifiestan interés en aprender y utilizarlas cuando las perciben como útiles para resolver necesidades concretas. No obstante, requieren procesos de alfabetización digital acompañados, pacientes, accesibles y orientados a situaciones prácticas de su vida cotidiana, como trámites, comunicación, salud, pensión, consulta médica y contacto con familiares.

Por otra parte, durante la pandemia, cuando las personas participantes se sintieron mal de salud, el 86% se comunicó con su médico. De quienes requirieron consulta, el 64% lo hizo por teléfono y el 31% acudió a una farmacia con servicio médico. En cuanto a la

adquisición de medicamentos durante la pandemia, el 74% la realizó vía telefónica y el 17% mediante servicios de mensajería. Estos datos muestran que, aunque el acceso a plataformas digitales de salud todavía era limitado, el teléfono funcionó como una herramienta clave para mantener cierto contacto con servicios médicos, solicitar orientación y gestionar medicamentos.

Los discursos del grupo focal complementan estos hallazgos. Un participante expresó: “” (participante 5). Otro señaló: “*Necesitamos tener dónde y alguien que nos enseñe las funciones del teléfono*” (participante 6). Estas expresiones evidencian una demanda concreta de servicios digitales de salud más accesibles, así como de acompañamiento para el uso de dispositivos y aplicaciones.

De manera general, los resultados muestran que las TIC adquirieron relevancia durante la pandemia por COVID-19 como medios de comunicación, información y apoyo para la atención de necesidades de salud. Sin embargo, también se identificaron barreras relacionadas con la alfabetización digital, el diseño poco accesible de plataformas, la falta de acompañamiento y la persistencia de prácticas edadistas que asumen que las personas mayores no pueden o no desean aprender a utilizar tecnologías. La triangulación entre los datos cuantitativos y cualitativos permitió confirmar que la televisión se mantuvo como el principal medio de información, mientras que el teléfono móvil y WhatsApp se consolidaron como recursos importantes para la comunicación familiar y la gestión de necesidades cotidianas.

En conjunto, los hallazgos permiten afirmar que el uso de las tecnologías digitales por parte de las personas adultas mayores está condicionado por factores como el acceso, la utilidad percibida, el acompañamiento familiar, la capacitación y la confianza en el manejo de dispositivos. Asimismo, muestran la necesidad de fortalecer estrategias de alfabetización digital y eSalud dirigidas a este grupo poblacional, con enfoque inclusivo, accesible y libre de edadismo.

Conclusiones

Si bien las tecnologías digitales ofrecen un potencial significativo para mejorar los resultados de salud de las personas adultas mayores, es necesario abordar desafíos como la exclusión digital y las brechas de alfabetización para garantizar un acceso y unos beneficios equitativos. Los esfuerzos para cerrar la brecha digital deben centrarse en mejorar la alfabetización digital, brindar un apoyo personalizado y garantizar los derechos digitales de todas las personas adultas mayores. Estas iniciativas pueden ayudar a mitigar las disparidades en materia de salud y empoderar a las personas adultas mayores para que participen activamente en las tecnologías de salud digital.

Algunas estrategias encaminadas a reducir el edadismo son cambios en los sistemas de salud, reforzando las actitudes desde nuevos paradigmas que produzcan en la población nuevas creencias sobre el envejecimiento, que sensibilicen a la comunidad desde las primeras edades pensando en los privilegios de población que envejece. Instamos a crear normativas acerca de espacios y medios de comunicación que permitan la toma de conciencia con una visión positiva al complejo contexto histórico que ha tocado vivir después de la pandemia.

El tema del edadismo relacionado con temas de promoción y prevención de la salud en medios digitales debe incorporarse en todos los sistemas educativos. Hoy por hoy se debe impulsar un entorno que propicie el desarrollo de habilidades digitales, para el aprendizaje en línea, elaborar materiales sencillos para su comprensión que tenga en cuenta los intereses de este grupo poblacional.

Así mismo consideramos necesario realizar investigaciones acerca del tema que permitan indagar a 6 años de la pandemia el COVID 19, ¿qué ha pasado? Qué tanto se ha evolucionado acerca de nuevos prejuicios y estereotipos y a partir de sus resultados implementar programas de intervención social que favorezcan la inclusión de las personas mayores, a través de campañas nacionales y listados de buenas prácticas.

La implementación de programas innovadores y enfoques inclusivos se vuelve prioritario a fin de proporcionar soluciones tecnológicas ideadas para personas mayores. Se aventura un futuro interesante para la gestión de la eSalud dirigida a las personas adultas mayores por parte de instituciones tanto públicas como privadas, que deben replantear sus estrategias de difusión online para este grupo poblacional. ya que se observa una tendencia progresiva de ir incorporando a sus estrategias offline otras nuevas online que no sólo contribuyan al bienestar del adulto mayor, sino también a consolidar una sociedad más justa y equitativa para todos sus ciudadanos.

Para el profesional del Trabajo Social se destaca la relevancia de valorar desde el abordaje social de la eSalud y las innovaciones de las tecnologías de la información y comunicación, aquellos aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor, sus intereses, las implicaciones de la prevención y el control de las enfermedades que los aquejan desde en el contexto de COVID-19. Permitiendo a los tomadores de decisiones una adecuación pertinente de las políticas orientadas a los mayores, que son necesarias para la atención y ocupación de este grupo poblacional.

Referencias

- Afroj, S., Bashir, T., Vishnu, P., & Khan, K. (2024). Digital Inclusion and Economic Participation of the Elderly. *Advances in Finance, Accounting, and Economics Book Series*, 49–78. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7753-6.ch003>
- Álvarez-Corona, M., Bravo-Hernández, E. V., Hernández-Hernández, M., Maya-Sánchez, A., & López-Nolasco, B. (2021). Calidad de vida del adulto mayor del Valle del Mezquital post apoyo educativo mediante las TIC. *Revista de Enfermería Neurológica*, 101–107.
- Chadwick, H., Laverty, L., Finnigan, R., Elias, R., Farrington, K., Caskey, F., & van der Veer, S. N. (2024). Engagement With Digital Health Technologies Among Older People Living in Socially Deprived Areas: Qualitative Study of Influencing Factors. *JMIR Formative Research*, 8, e60483. <https://doi.org/10.2196/60483>

- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2013). Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e97. <https://doi.org/10.2196/jmir.2333>
- Cruz-Meléndez, C., & López, O. D. V. (2020). Políticas públicas orientadas a la e-salud en México durante la crisis de Covid-19. *Revista de Salud Pública*, 51-64.
- Göbl, L., Jokisch, M. R., Wahl, H., Leopold, D., & Doh, M. (2024). Ehealth literacy among older adults: the role of digital literacy and self-efficacy. *Innovation in Aging*, 8(Supplement_1), 1060. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.3408>
- Hladek, M. D., Rubio, O., Curriero, S., Crews, D. C., McAdams-DeMarco, M., Brennan, D. C., Xue, Q., & Szanton, S. L. (2024). Empowering frail older adults through digital literacy: a theory and values-based intervention. *Innovation in Aging*, 8 (Supplement_1), 392–393. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.1276>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2023). *Alfabetización digital y envejecimiento activo*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/alfabetizacion-digital-y-envejecimiento-activo>
- Key, A. (2022). Telehealth and Public Health Practice in the United States—Before, During, and After the COVID-19 Pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(6):650-656. doi: 10.1097/phh.0000000000001563
- Lee, N., & Lings I. (2008). Doing business research. A guide to theory and practice. Londres: *SAGE Publications*
- Llorente-Barroso, C., Viñarás-Abad, M., & Sánchez-Valle, M. (2015). Internet and the elderly: Enhancing active ageing. [Mayores e Internet: La Red como fuente de oportunidades para un envejecimiento activo]. *Comunicar*, 45, 29-36.
- Martínez Pérez, T. J., Fuentes Suárez, I., Torres Zerquera, L. C., González Aragón, M. C., & Martínez Sosa, J. B. (2022). El Edadismo. Una mira desde la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de Cienfuegos. *Revista Conrado*, 8(86), 48-55.
- Mengiste, S. A., Antypas, K., Johannessen, M. R., Klein, J., & Kazemi, G. (2023). eHealth policy framework in low and lower middle-income countries: A PRISMA systematic review and analysis. *BMC*

- Health Services Research*, 23, 328. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09325-7>
- Naciones Unidas (2022). *Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Población* <https://www.un.org/es/global-issues/population#:~:text=La%20Divisi%C3%B3n%20de%20Poblaci%C3%B3n%20hace,programadas%20por%20la%20ONU%20a>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe Global sobre la discriminación por edad Global report on ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- Organización Panamericana de la Salud (2023) *El papel de las tecnologías digitales en el envejecimiento y la salud*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57354>
- Orosa, T. (2018). Aprender a envejecer: Modelo Cubano. Gerontología Educativa. *Revista Asociación Médica del Caribe (AMECA)*, 8(8), 10-13.
- Padial Espinosa, M., Pinzón Pulido, S., Espinosa Almendro, J. M., Kalache, A. & Garrido Peña, F. (2020). Longevidad y revolución digital. Contribución de las tecnologías de la información y de la comunicación al envejecimiento saludable. *Gerokomos*, 31(1), 6-14.
- Pole, K. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. Renglones, *Revista Arbitrada en Ciencias Sociales y Humanidades*, (60).
- Unión Internacional de Telecomunicaciones. UIT (2021). Envejecer en un mundo digital-de vulnerables a valiosos. ITU Publicaciones. https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/phcb/D-PHCB-DIG_AGE-2021-PDF-S.pdf
- Vega, M. N., & González, R. M. R. (2021). Estrategia didáctica para fortalecer las competencias de producción mediática desde la comunicación para el desarrollo. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 12, e1208-e1208.
- Yang, R., Gao, S., & Jiang, Y. (2024). Digital divide as a determinant of health in the U.S. older adults: prevalence, trends, and risk factors. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05612-y>.

Cuerpo, Identidad y cuidado en la vejez. Una mirada desde las representaciones sociales

Reyna Alicia Arriaga Bueno
José Luis Nuncio Domínguez
Naomi Miroslava González García
Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen

Tradicionalmente, la vejez ha sido asociada a imágenes de deterioro físico, pérdida de autonomía y dependencia, lo que ha contribuido a la reproducción de estigmas y prácticas de exclusión hacia las personas mayores. Sin embargo, el envejecimiento no es una experiencia homogénea; esté atraviesa por condiciones económicas, de género, culturales y sociales que influyen en la forma en que cada persona vive y significa esta etapa de su vida. En este sentido, el cuerpo se convierte en un eje central para comprender la experiencia del envejecimiento. El cuerpo es un espacio simbólico en el que se inscriben significados, valores y representaciones colectivas.

La presente investigación analiza cómo las personas mayores de 60 años construyen y experimentan las representaciones sociales del cuerpo, y de qué manera estas influyen en su identidad y en sus prácticas de autocuidado. El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, con un diseño descriptivo-interpretativo y base fenomenológica, utilizando como técnica principal el grupo focal realizado con personas mayores inscritos en actividades de la Dirección de Promoción para el Desarrollo de Habilidades Artísticas y Deportivas de la SEP. La información se procesó mediante análisis de contenido temático apoyado en el software ATLAS. Ti.

Los resultados muestran que las representaciones sociales que las personas mayores construyen sobre su cuerpo reflejan no solo cambios físicos, sino también experiencias de lucha, sabiduría y fortaleza. En este sentido, la vejez adquiere un significado más amplio que el deterioro: se convierte en una etapa de resignificación, aprendizaje continuo y revaloración personal.

Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los principales retos sociales del siglo XXI y en México adquiere especial relevancia ante el crecimiento sostenido de la población mayor de 60 años. Tradicionalmente, la vejez ha sido asociada con deterioro y dependencia, lo que ha favorecido estigmas y prácticas de exclusión; sin embargo, el envejecimiento es una experiencia diversa, determinada por factores económicos, sociales, culturales y de género.

En este contexto, el cuerpo juega un papel central, no solo como realidad biológica, sino como espacio simbólico en el que se construyen representaciones sociales que influyen en la identidad, la autoestima y las prácticas de autocuidado de las personas mayores. Estas representaciones pueden ser negativas o positivas y repercuten directamente en su bienestar, autonomía y participación social. El problema principal consiste en que las políticas y programas dirigidos a esta población suelen enfocarse en aspectos asistenciales o médicos, dejando de lado las dimensiones subjetivas y simbólicas del envejecimiento. Desde el Trabajo Social, resulta fundamental analizar las representaciones sociales del cuerpo en la vejez para comprender mejor la experiencia de las personas mayores y promover un envejecimiento digno, activo y libre de discriminación.

El objetivo del presente trabajo consistió en analizar cómo las personas mayores de 60 años construyen y experimentan las representaciones sociales del cuerpo, y cómo estas se relacionan con su identidad y prácticas de cuidado.

Marco teórico

Se aborda el envejecimiento desde una perspectiva integral, articulando dimensiones estructurales, simbólicas y corporales para analizar cómo la sociedad construye y resignifica la vejez y el cuerpo envejecido. Al hacerlo, busca aportar una comprensión más profunda y crítica de las formas en que las personas mayores experimentan esta etapa de la vida, así como de los desafíos que enfrentan para ejercer plenamente sus derechos, participar activamente en su comunidad y construir identidades positivas en torno a su corporalidad y su lugar en la sociedad.

El envejecimiento como construcción biológica, social y cultural

El envejecimiento constituye uno de los fenómenos más complejos y multifacéticos de las sociedades contemporáneas. No se trata únicamente de un proceso biológico caracterizado por cambios en la funcionalidad del organismo, sino de una construcción social y cultural que afecta la manera en que las personas mayores son percibidas, tratadas y reconocidas en distintos contextos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) enfatiza que el envejecimiento es altamente heterogéneo: dos personas de la misma edad, de diferente contexto sociales, diferente oficio laboral, etc. No van a presentar el mismo avance de envejecimiento en su cuerpo.

Envejecer no es solo un asunto de biología o de cómo cambia el cuerpo, sino que también es algo que depende de la sociedad y la cultura. Es decir, no todas las personas viven la vejez de la misma forma ni son vistas igual; influye mucho el contexto. La OMS (2015), aclara que no hay una sola forma de envejecer, porque incluso dos personas con la misma edad pueden tener experiencias y condiciones muy diferentes. Podemos plantear, por lo tanto, que la vejez no es una sola, sino que estamos ante diferentes vejezes.

Dimensiones estructurales del envejecimiento: salud, familia y seguridad social

Montes de Oca Zavala (2014), plantea que el envejecimiento en México debe analizarse desde tres dimensiones principales: la salud, la familia y la seguridad social. Estas áreas permiten comprender los retos que enfrentan las personas mayores en su vida cotidiana y las condiciones estructurales que determinan su calidad de vida.

Castrejón Caballero (2014), destaca que las desigualdades de género, etnicidad y condición socioeconómica inciden de manera directa en las trayectorias de salud y bienestar de las personas mayores. Estas diferencias generan experiencias desiguales de envejecimiento y, en muchos casos, profundizan la vulnerabilidad social de este sector.

Lardiés Bosque y Montes de Oca Zavala (2014), señalan que fenómenos como la jubilación parcial, la falta de cobertura en seguridad social y las migraciones internacionales de jubilados evidencian la heterogeneidad de la vejez. De esta forma, se reconoce que el envejecimiento no es un proceso homogéneo, sino que se configura a partir de múltiples factores sociales y económicos.

Desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida

El envejecimiento también refleja desigualdades sociales acumuladas a lo largo del curso de vida. Por ejemplo, las trayectorias laborales informales, la precariedad económica o la discriminación de género impactan directamente en la vejez. Las mujeres mayores enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad, no solo por vivir más años, sino por contar con menos acceso a pensiones y mayor carga en tareas de cuidado (Huenchuan, 2018).

Llegar a la vejez no es igual para todos, porque depende de cómo fue la vida anterior de cada persona. Las dificultades económicas, la falta de trabajos formales o la discriminación, se acumulan y afectan en esta etapa. Las mujeres mayores suelen ser las más vulnerables, porque suelen vivir más años, tienen menos acceso a pensiones y muchas veces cargan con las responsabilidades del cuidado de otros.

La vejez como construcción simbólica y cultural

A nivel cultural, la vejez puede ser valorada como sinónimo de sabiduría y respeto en algunos contextos comunitarios, o como deterioro e inutilidad en sociedades dominadas por valores productivistas y estéticos. Estas narrativas condicionan el trato hacia las personas mayores y moldean su autoestima y sentido de pertenencia.

Según la cultura, la vejez puede verse de formas muy distintas: en algunos lugares se respeta y se asocia con sabiduría, pero en otros se desprecia porque se piensa que los mayores ya no producen ni cumplen con los ideales de belleza. Estas ideas influyen mucho en cómo los adultos mayores se sienten consigo mismos y en cómo los demás los tratan.

Simone de Beauvoir (1970), señala que la vejez transforma la relación del sujeto con el tiempo y con su propia historia, mientras que la sociedad le impone significados que determinan cómo vivirá esta etapa.

Las palabras que designan la vejez, como “viejo”, “anciano” o “adulto mayor”, no son neutrales, sino que expresan concepciones históricas y sociales que asignan roles, deberes y expectativas a quienes transitan por esta etapa (Iacub & Sabatini, 2015).

De este modo, comprender la vejez como construcción social permite analizar cómo se generan estigmas y estereotipos, pero también abre la posibilidad de resignificarla como una etapa de derechos, participación activa y aportes valiosos a la comunidad.

El cuerpo más allá de lo biológico: una construcción social e histórica

El cuerpo humano no puede comprenderse únicamente desde lo biológico. Las ciencias sociales han demostrado que es un espacio de significados, representaciones y prácticas que se construyen social e históricamente. Bourdieu, plantea que el cuerpo es la materialización del *habitus*, donde “se inscriben disposiciones, gestos y formas de interacción que reproducen estructuras de poder y desigualdad”

(Bourdieu, 2000, p. 132). En este sentido, el cuerpo habla del contexto social en el que está inmerso.

El cuerpo no es solo algo físico o biológico, también tiene un sentido social y cultural. Las ciencias sociales muestran que el cuerpo refleja costumbres, símbolos y formas de vida que se transmiten con el tiempo. Según Bourdieu (2000, p. 132), “el cuerpo representa el *habitus*”, es decir, lo que aprendemos y repetimos en nuestra vida, lo que incluso mantiene ciertas desigualdades de poder. En pocas palabras, el cuerpo refleja la sociedad en la que vive la persona.

Representaciones del cuerpo, identidad y autoestima en la vejez

Las representaciones del cuerpo influyen en la identidad y en la autoestima de los adultos mayores. Serrano y Martínez (2017), muestran que la forma en que los mayores perciben su cuerpo depende de la interacción entre experiencias personales y discursos sociales. Un cuerpo asumido como deteriorado puede generar aislamiento y baja autoestima; mientras que un cuerpo resignificado positivamente puede ser fuente de orgullo, resiliencia y sentido de utilidad.

La manera en que los adultos mayores ven su propio cuerpo afecta directamente cómo se sienten consigo mismos. Si creen que su cuerpo está deteriorado, pueden sentirse tristes, apartados o con baja autoestima. En cambio, si le dan un significado positivo, pueden sentir orgullo, fortaleza y utilidad en su comunidad.

En la vejez, los cambios fisiológicos adquieren significados simbólicos: las arrugas o la pérdida de fuerza suelen interpretarse como decadencia, lo que alimenta estereotipos negativos (Torres, 2014). Sin embargo, en ciertas culturas el cuerpo envejecido se resignifica como símbolo de sabiduría y experiencia (Iacub & Sabatini, 2015).

Fundamentos de la teoría de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales, desarrollada por Moscovici (1979) y ampliada por Jodelet (1986), constituye un marco esencial para comprender cómo los individuos interpretan la realidad a partir de significados compartidos. Estas representaciones permiten hacer

familiar lo desconocido y dotar de sentido a fenómenos complejos. A diferencia del conocimiento científico, las representaciones sociales son dinámicas, se transmiten en la vida cotidiana y se expresan en imágenes, estereotipos y discursos.

En el caso del cuerpo, las representaciones sociales determinan cómo se percibe, se valora y se cuida. En la vejez, estas representaciones suelen estar asociadas a narrativas de deterioro y dependencia, pero también pueden abrir espacios de resignificación. Serrano y Martínez (2017) muestran que en comunidades latinoamericanas algunas personas mayores resignifican el dolor corporal no como limitación, sino como parte natural de la vida, lo que les permite mantener su autoestima y sentido de utilidad.

Así, las representaciones sociales no son solo descripciones de la realidad, sino marcos que orientan prácticas. Una persona mayor que percibe su cuerpo como débil puede limitar sus interacciones sociales, mientras que otra que lo resignifica como experiencia acumulada puede seguir participando activamente en su comunidad.

Cuerpo, representaciones sociales y construcción de identidad

Analizar la relación entre cuerpo e identidad en la vejez permite comprender cómo los sujetos elaboran narrativas de sí mismos y cómo resisten o reproducen los estigmas sociales asociados al envejecimiento.

En la vejez, los cambios fisiológicos —como la pérdida de fuerza, la aparición de arrugas o los problemas de movilidad— adquieren significados simbólicos que pueden reforzar estereotipos negativos. Las representaciones sociales del cuerpo determinan cómo se percibe, se valora y se cuida, influyendo directamente en la identidad personal y social de los individuos mayores.

El cuerpo envejecido puede convertirse en un espacio de tensiones identitarias cuando los discursos sociales asocian la vejez con decadencia o inutilidad. Sin embargo, también puede resignificarse

como símbolo de experiencia, resiliencia y sabiduría, especialmente en contextos donde la figura del adulto mayor es valorada socialmente.

Metodología

El enfoque cualitativo posibilita acceder a las narrativas personales, a las experiencias corporales y a los procesos de construcción identitaria que atraviesan la vejez, entendiendo que el cuerpo no es solo una entidad biológica, sino también un espacio cargado de historia, memoria, percepciones y valoraciones socioculturales. A través de este tipo de aproximación es posible captar matices, emociones, significados y configuraciones simbólicas que las personas mayores asignan a su propio cuerpo y a los cuerpos de otros, lo cual sería difícil de aprender mediante metodologías cuantitativas.

Asimismo, esta elección metodológica se justifica a partir del marco teórico, donde se plantea que las representaciones sociales y la identidad corporal en la vejez se configuran mediante procesos interpretativos y relacionales. El enfoque cualitativo, al centrarse en la comprensión del sentido que los sujetos otorgan a sus vivencias, permite analizar cómo estos significados son construidos, compartidos, negociados y transformados en el contexto sociocultural. Desde esta perspectiva, la vejez y el cuerpo se entienden como realidades complejas que requieren ser estudiadas desde la experiencia subjetiva y desde el diálogo con los discursos sociales que les otorgan significado.

Población y muestra

El universo de estudio está conformado por personas mayores de 60 años o más que participan en actividades ofrecidas por la Dirección de Promoción para el Desarrollo de Habilidades Artísticas y Deportivas de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Este contexto institucional permite acercarse a una población diversa, integrada por adultos mayores que se encuentran involucrados en procesos formativos, recreativos y comunitarios.

Muestra

Para definir la estrategia de rastreo más pertinente, se consideraron los siguientes criterios:

- Capacidad operativa de recolección y análisis
- El número de casos que nos permiten responder a las preguntas
- La accesibilidad de las unidades para recolectar la información.

Lo principal de la muestra radica en que proporcionen un sentido de comprensión sobre el objetivo de la investigación. Ya que las muestras cualitativas no se utilizan para representar a una población. Por lo que la muestra se conformará por participantes voluntarios, los cuales deben compartir características similares:

- Ser persona mayor de 60 años o más
- Ser alumno inscrito de la Dirección de promoción para el desarrollo de habilidades artísticas y deportivas, SEP.

Para lo cual se consideró a un grupo de 10 personas mayores, con las que se trabajó una entrevista grupal mediante un grupo focal.

Instrumentos

Para seleccionar los instrumentos de recolección de datos más adecuados para alcanzar el objetivo de la investigación, se consideraron diversos criterios. La elección de las herramientas metodológicas dependió tanto del planteamiento del estudio, como del nivel de cercanía entre el investigador y los participantes, así como de los recursos disponibles y del tiempo destinado al trabajo de campo. Estos elementos permitieron identificar las técnicas más pertinentes y factibles para obtener información profunda, contextualizada y acorde con el enfoque cualitativo adoptado. Se elaboró una guía de entrevista, para trabajar con la técnica de grupo focal, bajo las principales categorías de análisis:

Tabla No. 1. Matriz de categorías y variables

Categorías	Variables
Representaciones sociales	Salud - Enfermedad
	Calidad de vida
	Roles sociales
	Percepción de capacidades
	Participación comunitaria
	Autonomía/dependencia
Identidad	Redes de apoyo social/primarias y secundarias
	Familia
	Amistades
	Percepción de capacidades/ control /Autoridad
Práctica de cuidado	Interpretación corporal /Reconocimiento
	Discursos sociales
	Salud
	Emocional
	Social
	Redes de apoyo social

Fuente: Elaboración propia

Validez y confidencialidad

Para la validación y confiabilidad de la guía, se solicitó el apoyo de expertos, los cuales bajo su mirada crítica y objetiva. Se revisó la guía, quienes a través del consenso validaron la guía, esto en virtud de que uno de los propósitos primarios es conocer la realidad de las representaciones sociales desde la perspectiva de los actores sociales.

Recolección de la Información:

- *Planeación:* Elaboración de la guía de entrevista y definición de criterios de inclusión.
- *Gestión institucional:* Solicitud de autorización a la escuela de adultos mayores para realizar el estudio.
- *Selección de participantes:* Convocatoria de adultos mayores que cumplan con los criterios establecidos.
- *Carta de Confidencialidad:* Se les da a conocer la confidencialidad del estudio y se les informa que en cualquier momento pueden abandonar el grupo focal. Lo cual permite que firmen el consentimiento de participar de forma voluntaria.

- *Aplicación de técnicas:* Realización de los grupos focales y observación participante en el espacio institucional.
- *Registro de datos:* Grabación de las sesiones, toma de notas de campo y transcripción de las entrevistas.
- *Análisis:* Codificación y categorización de los datos recolectados.

Las herramientas utilizadas, fueron las siguientes:

Observación mediante equipos

La observación mediante equipos consiste en el uso de herramientas tecnológicas —como cámaras, grabadoras de audio, teléfonos móviles o tablets— para registrar de manera sistemática comportamientos, interacciones y dinámicas presentes en el contexto de estudio. Este tipo de observación permite obtener datos más precisos y detallados, ya que captura elementos que podrían pasar desapercibidos durante la observación directa. Además, facilita la revisión posterior del material para profundizar en el análisis, corroborar hallazgos y garantizar la fidelidad de la información recolectada.

Registro

El registro es un instrumento que implica la anotación sistemática de acciones, expresiones, comportamientos, situaciones o comentarios relevantes que se observan durante el trabajo de campo. Estos apuntes pueden realizarse en un diario de campo, bitácora o cuaderno de notas. El registro permite documentar impresiones del investigador, describir eventos significativos y conservar información contextual que contribuye a interpretar con mayor profundidad los fenómenos estudiados.

Guía de entrevista

La guía de entrevista es un instrumento estructurado o semiestructurado que contiene los temas o preguntas clave que se abordarán con los participantes. Su función es orientar la conversación para asegurar que se cubran los aspectos esenciales del estudio, sin limitar la espontaneidad o el discurso libre de las personas entrevistadas. Este recurso permite profundizar en experiencias, significados y

percepciones, facilitando la obtención de información rica y detallada propia del enfoque cualitativo.

Grupo focal

El grupo focal es una técnica que consiste en reunir a un pequeño grupo de participantes para discutir un tema específico bajo la conducción de un moderador. Su propósito es explorar percepciones, experiencias, significados compartidos y dinámicas grupales. La interacción entre los participantes genera información valiosa, ya que permite observar acuerdos, desacuerdos, argumentos y narrativas colectivas que no siempre emergen en entrevistas individuales. Es especialmente útil para identificar representaciones sociales y procesos de construcción de sentido dentro de un colectivo.

Procesamiento de la información

La información fue analizada mediante el método de análisis de contenido temático, el cual permite identificar patrones, categorías y significados en los discursos de los participantes (Braun & Clarke, 2006). El proceso incluye:

- Lectura comprensiva de las transcripciones.
- Codificación abierta de los discursos.
- Identificación de categorías emergentes.
- Interpretación de los significados atribuidos al cuerpo en la vejez.
- Triangulación de datos entre los grupos focales y la observación participante para fortalecer la validez interna.

Para el trabajo operativo se trabajó con el software ATLAS.Ti v. 9, una herramienta especializada en el análisis cualitativo de datos. Este programa facilita la organización, codificación, interpretación y visualización de información obtenida mediante entrevistas, registros, observaciones y otros documentos.

En síntesis, el proceso metodológico permitió establecer las bases que orientan la presente investigación, articulando de manera coherente el enfoque cualitativo, el diseño descriptivo-interpretativo y las técnicas empleadas para la recolección y el análisis de la información. La

elección de este enfoque respondió a la necesidad de comprender los significados profundos que las personas mayores atribuyen a su cuerpo, a su identidad y a sus prácticas de cuidado, integrando tanto sus voces como el contexto social en el que se construyen estas representaciones.

Asimismo, la cuidadosa selección de la muestra, la elaboración rigurosa de los instrumentos, la aplicación ética del trabajo de campo y el uso de herramientas especializadas como ATLAS.Ti permitieron consolidar un proceso investigativo sistemático, transparente y respetuoso de la experiencia de los participantes. Con ello, se sientan las bases necesarias para avanzar hacia el análisis e interpretación de los hallazgos, que serán desarrollados en el capítulo siguiente.

Análisis de resultados

Contexto institucional

La Dirección de Promoción para el Desarrollo de Habilidades Artísticas y Deportivas de la Secretaría de Educación Pública (SEP), ubicada en Saltillo, Coahuila. Es una institución educativa diseñada específicamente para la atención de personas mayores de 60 años. Su propósito principal es promover el bienestar integral de las personas adultas mayores mediante la oferta de actividades que fomentan el desarrollo físico, cognitivo, emocional, social y cultural.

Este espacio forma parte de una política de inclusión y envejecimiento activo, en la cual se reconoce que las personas mayores requieren oportunidades formativas que fortalezcan su autonomía, favorezcan su participación social y contribuyan a mejorar su calidad de vida. La institución ofrece una amplia variedad de cursos y talleres, entre los que destacan: actividad física, manualidades, artes plásticas, danza, música, teatro, desarrollo humano, inglés, así como diversas disciplinas recreativas y culturales. Cada una de estas opciones se diseña considerando las capacidades, intereses y ritmos de aprendizaje propios de la población mayor.

En este contexto se aplicó la guía de entrevista del grupo focal de la presente investigación. La institución representó un escenario idóneo

para la recolección de información debido a que reúne a personas adultas mayores con experiencias diversas, provenientes de distintos contextos familiares, culturales y socioeconómicos, pero que comparten un interés común por mantenerse activas y continuar aprendiendo. De esta forma, el espacio facilitó la obtención de testimonios ricos en significado respecto a la identidad, las representaciones del cuerpo y las prácticas de autocuidado en la vejez.

Análisis por categoría

A partir del objetivo general, que busca analizar las representaciones del cuerpo en la vejez y su vinculación con la identidad y el cuidado, y de los cinco objetivos específicos, este capítulo organiza y desarrolla los resultados mediante categorías que emergen directamente del discurso de los participantes.

Se presentan y discuten los hallazgos con base en las siguientes dimensiones:

Representaciones sociales del cuerpo en la vejez

Las personas mayores describen la manera en que comprenden y significan su propio cuerpo. En el grupo focal, los participantes expresaron ideas que remiten al cuerpo como resultado de la vida, del esfuerzo y de la historia familiar. Hablan de un cuerpo que ha trabajado, que en algunos casos se percibe deteriorado, pero también como un cuerpo valioso y digno que merece respeto. Asimismo, aparecen representaciones relacionadas con la fe, la moral y la educación, mostrando cómo estos elementos socioculturales siguen influyendo en la manera en que viven su corporeidad.

E.5. “Y ahora pues la sociedad ha cambiado mucho...”, “Nos han enseñado a no esperar nada de los hijos, porque los hijos crecen.”

E.4. “El que quiera seguir después de los 18 años, continúa en la familia.”

E.6. “Los jóvenes no respetan...a los viejos”

Se reconocen cambios sociales en la forma de vivir la familia, el cuidado y la independencia. Los discursos sociales evidencian un tránsito entre modelos tradicionales y contemporáneos, donde el deber filial se relativiza y aparece la idea de “no esperar nada de los hijos”.

Los participantes reconocieron que existen discursos sociales que los posicionan como “carga”, “inútiles”, “frágiles” o sujetos sin productividad. Estos discursos edadistas impactan directamente la forma en que interpretan su cuerpo y su valor social. Muchos describieron sentirse invisibilizados o subestimados, lo que afecta su autoestima y limita su participación comunitaria.

Experiencias subjetivas que dan sentido al cuerpo en la vejez

Se profundiza en las vivencias personales, emocionales y simbólicas que las personas mayores comparten sobre su cuerpo. La transcripción muestra testimonios cargados de afectividad: orgullo por la autonomía conservada, miedo a la dependencia, agradecimiento por la salud y conciencia sobre la fragilidad física. Los relatos evidencian cómo el cuerpo se vuelve un punto central para pensar el paso del tiempo, las pérdidas, la resiliencia y la capacidad de seguir siendo útiles o significativos dentro de la familia.

E.1. “Porque me dicen que no puedo ya hacer nada, yo estoy bien...claro no soy el joven de antes, pero... aun me valgo solo”

E.2. Puedo valer por mí misma. Aunque este vieja, me siento fuerte”

E.4. “Yo me valgo sola, limpio mi casa, voy a la iglesia, vengo aquí al instituto.”

E.5. “Yo vivo más con mi esposa, nada más tengo un hijo... pero mi hijo ya tiene su casa. Y primero Dios seguiremos bien”

E.8. “yo me mantengo ocupada, ahora escribo un libro y participo en toda actividad cultural que se me atraviesa”

E.9. “Yo tengo 84 años y me ejército, y mantengo limpia mi casa, aunque ya estoy más mayor que todas las que están ahorita aquí”

Los entrevistados perciben sus capacidades de manera positiva, lo que refuerza el sentido de autonomía. Se evidencia un autoconcepto fuerte, donde se enfatiza la autosuficiencia como capacidad activa, no solo simbólica.

Los cambios corporales fueron interpretados de diversas maneras, lo que evidencia la riqueza simbólica que el cuerpo adquiere en la vejez. Entre las interpretaciones más frecuentes destacan:

- Como señales de envejecimiento, donde el cuerpo se convierte en un marcador visible del paso del tiempo.
- Como marcas de historia, asociando arrugas, cicatrices y manchas a momentos significativos de la vida.
- Como símbolos de lucha y aprendizaje, donde el cuerpo refleja resiliencia, experiencias y procesos superados.

La mayoría de los participantes no percibió estos cambios únicamente como pérdida o deterioro, sino que los resignificó como parte constitutiva de su identidad. Esta visión se relaciona con Butler (2017), quien sostiene que el cuerpo es un espacio simbólico donde se inscriben experiencias sociales, políticas y emocionales. El cuerpo, entonces, no solo expresa envejecimiento biológico, sino trayectorias de vida y significados culturales.

De este modo, las representaciones sociales del cuerpo en la vejez adquieren una dimensión narrativa: cada marca corporal cuenta una historia y configura una identidad que se reafirma a través del recuerdo y la continuidad de sí mismo.

Identidad personal y cuerpo en la adultez mayor

Las representaciones del cuerpo se conectan directamente con la identidad. La identidad, según los participantes, se construye desde la familia, los valores, el trabajo, la espiritualidad y el rol que han

cumplido durante la vida. Aparece la dicotomía entre “seguir siendo uno mismo” y “reconocerse en un cuerpo que cambia”. Los relatos muestran que la identidad en la vejez se reafirma mediante el orgullo por lo logrado, la importancia del respeto de los demás y la búsqueda de continuar siendo autónomos.

E.2. “Yo puedo valer por mí misma y tengo un techo donde vivir.”

E.3. “Mientras pueda, pues voy a ir a des incomodarlos a ustedes y ustedes a mí también...”

E.4. “Todavía soy autosuficiente.”

La autonomía se presenta como un valor moral y una aspiración vital en la vejez. La entrevistada busca preservar la independencia física y emocional frente a la posibilidad de requerir cuidado. Existe tensión entre el deseo de apoyo familiar y el rechazo a ser vista como carga.

La autonomía emergió como uno de los ejes más significativos en las narrativas de los adultos mayores. Para los participantes, la capacidad de realizar actividades por sí mismos representa un indicador fundamental de valía personal y de continuidad identitaria. Expresiones como “yo todavía puedo solo” o “mientras yo me mueva, sigo siendo yo” revelan que la independencia no solo es funcional, sino profundamente emocional. Perder independencia se vivió como sinónimo de perder dignidad y ceder control sobre la propia vida.

La familia aparece como un eje central en la construcción del sentido de vida, en la identidad personal y en la experiencia del envejecimiento. Las personas entrevistadas la describen como sustento emocional, moral, espiritual y práctico, además de un espacio de reciprocidad intergeneracional. La familia no se presenta solo como un grupo de pertenencia, sino como un motor vital, un principio organizador de la vida cotidiana, un lugar de refugio y un mecanismo de transmisión de valores y aprendizajes.

E.1. “Para mí representa la subsistencia de vida, ¿Verdad? Eso es lo que representa. Es una necesidad de todos los animales. Es el centro de nuestra vida.”

Este diálogo representa una concepción esencialista y naturalizada de la familia, entendida como una necesidad universal.

Influencia de estas representaciones en las prácticas de autocuidado

El análisis revela cómo las personas mayores entienden y ejercen el autocuidado a partir de sus representaciones del cuerpo. Para ellos, cuidarse implica mantener la salud, procurar la independencia, asistir a actividades recreativas y comunitarias, mantenerse activos física y mentalmente, y buscar ayuda cuando es necesario. La fe también aparece como un componente fundamental del autocuidado emocional y espiritual.

Además, expresan la importancia de “no ser carga” para la familia, lo cual muestra que la autonomía no solo es física, sino un valor identitario.

E.1. “Yo hago ejercicio desde los 84 años...”

E.2. “Gracias a Dios todavía estoy bien físicamente...”

E.3. “Para mí no espero nada, yo quiero... que ellos no se sientan comprometidos conmigo.”

E.4. “Procuro cuidarme, tomarme mi medicamento y seguir en movimiento”

La experiencia de salud se narra desde la pérdida y la anticipación del deterioro. La entrevista reflexiona sobre la eventual dependencia y su deseo de no ser una carga. El cuerpo aparece como un territorio de vulnerabilidad que contrasta con su deseo de autonomía.

Los participantes expresaron de manera reiterada que su cuerpo “ya no es el mismo”, resaltando que los cambios físicos propios de la edad

se manifiestan a través del cansancio, dolor, disminución de fuerza, movilidad reducida y limitaciones para realizar actividades cotidianas. Para ellos, la salud fue concebida como la capacidad de “poder hacer”, de mantenerse funcionales y autónomos en su vida diaria. Por el contrario, la enfermedad fue asociada con la pérdida de independencia, la necesidad de apoyo constante y la sensación de vulnerabilidad.

Este hallazgo coincide con Menéndez (2009), quien plantea que la vivencia de la salud y la enfermedad está atravesada por significados culturales, emociones y contextos sociales. El cuerpo envejecido no se vive únicamente desde sus dimensiones biológicas, sino también desde interpretaciones simbólicas vinculadas a lo que se espera de él en una etapa avanzada de la vida. En ese sentido, la enfermedad no aparece únicamente como un malestar físico, sino como un proceso que impacta la autoestima, el sentido de utilidad, la percepción de dignidad y el lugar social que ocupan las personas mayores.

Implicaciones sociales y culturales para el bienestar y la autonomía

Se interpretan las implicaciones más profundas: cómo las representaciones sociales del cuerpo influyen en la manera en que las personas mayores se posicionan frente a la sociedad y cómo se sienten tratadas por las generaciones más jóvenes. Surgen temas como:

- La falta de respeto hacia los adultos mayores.
- La importancia de la familia como sostén emocional.
- El temor a la dependencia.
- El deseo de seguir siendo reconocidos y valorados.

También se muestra cómo la cultura, la religión, la educación y los cambios sociales influyen en su percepción del cuerpo, su rol y su identidad.

E.5. “A mí mi hijo... me dijo yo voy a poner cámaras... y yo dije no, ¿qué te pasa?”, “Yo hago mis quehaceres... yo puedo sola...”

E.3. “Yo puedo valer por mí misma y tengo un techo donde vivir.”

E.4. “Todavía soy autosuficiente.”, “Que el día que me toque, que me lleven trancas... si Dios lo quiere.”

La dependencia no fue entendida únicamente como una necesidad física, sino como un conflicto emocional que impacta la identidad, la autoestima y la percepción de dignidad. La dependencia genera miedo, frustración y sensación de ser una carga, lo que confirma planteamientos de Tornstam (2005), quien sugiere que la autonomía en la vejez no se limita al cuerpo, sino que involucra procesos psicológicos y sociales que influyen en la autopercepción y el bienestar subjetivo.

En conclusión, la tensión entre autonomía y dependencia configura una de las dimensiones más profundas en las representaciones del cuerpo, al ser un punto donde convergen lo físico, lo simbólico y lo emocional, que se traduce en bienestar.

Los hallazgos obtenidos evidencian que las experiencias expresadas por las y los participantes no solo dan cuenta de vivencias individuales, sino que también se encuentran atravesadas por dimensiones sociales, culturales y estructurales que influyen directamente en sus prácticas, decisiones y formas de relacionarse con su entorno.

Asimismo, el análisis permitió contrastar la información recabada con el marco teórico previamente revisado, generando puntos de convergencia y divergencia que enriquecen la comprensión del fenómeno y aportan elementos para su interpretación crítica. De igual manera, se identificaron aspectos que abren nuevas líneas de reflexión para investigaciones futuras.

Conclusiones

El análisis cualitativo permitió identificar diversas categorías que estructuran la forma en que las personas adultas mayores interpretan, significan y resignifican su cuerpo a lo largo del proceso de envejecimiento. La discusión integra las voces de los participantes con los aportes conceptuales revisados, permitiendo comprender cómo se configuran las representaciones sociales del cuerpo y cómo estas influyen en la identidad personal, el autocuidado, la valoración subjetiva de la vejez y las dinámicas relacionales. Cada categoría interpretativa se discute a partir del diálogo entre el discurso de los

participantes y la literatura especializada en envejecimiento, cuerpo y subjetividad.

Como conclusión central; las representaciones sociales del cuerpo en la vejez se configuran a partir de la interacción entre experiencias personales, discursos culturales y transformaciones físicas. Los adultos mayores interpretan su cuerpo desde vivencias acumuladas, aprendizajes sociales y cambios derivados del envejecimiento. Su percepción no es estática, sino que se resignifica continuamente en función de su historia y contexto.

El cuerpo se vive simultáneamente como un espacio de limitación y un símbolo de historia, resiliencia y sabiduría. Aunque existen malestares, dolores y restricciones, los participantes también reconocen su cuerpo como un testimonio de vida, como un territorio donde se inscriben luchas, pérdidas, logros y momentos significativos.

La percepción del cuerpo influye directamente en la autoestima, la identidad y las prácticas de autocuidado. Una imagen corporal positiva fortalece la confianza y la motivación para cuidarse, mientras que una percepción negativa puede generar desánimo, retraimiento social y menor valoración personal.

Los discursos edadistas tienen un impacto significativo en la autopercepción corporal. Las narrativas que asocian la vejez con inutilidad, dependencia o fragilidad afectan la autoestima, la participación social y la valoración del propio cuerpo. Estas ideas pueden ser interiorizadas por los adultos mayores, generando tensiones entre su identidad y la mirada social.

La participación comunitaria es un recurso transformador que resignifica la vejez y mejora la calidad de vida. Al interactuar, aprender y compartir con otros, los adultos mayores reconstruyen su sentido de utilidad, refuerzan sus capacidades y recuperan una vivencia del cuerpo asociada al movimiento, la actividad y el reconocimiento social.

Aportes desde la disciplina del trabajo social

Particularmente en el ámbito del Trabajo Social, este estudio permite: Diseñar programas centrados en promover una imagen corporal positiva y un envejecimiento digno. Fortalecer redes familiares, comunitarias y de apoyo emocional para reducir el aislamiento. Implementar talleres de autocuidado, autoestima, promoción de salud y bienestar emocional orientados a personas mayores. Sensibilizar a instituciones, profesionales y familias sobre los efectos del edadismo y la importancia de un trato digno. Fomentar espacios comunitarios que reconozcan las capacidades, saberes y contribuciones de las personas mayores.

Referencias

- Beauvoir, S. de. (1970). *La vejez*. Editorial Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Routledge.
- Castrejón Caballero, A. (2014). *Desigualdades sociales en la vejez en México*. En Montes de Oca Zavala (Ed.), *Envejecimiento en América Latina*. UNAM.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. CEPAL
- Iacub, R., & Sabatini, M. (2015). *Envejecer: una mirada desde la psicogerontología*. Paidós
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469–494). Paidós.
- Lardiés Bosque, R., & Montes de Oca Zavala, R. (2014). Movilidad internacional y envejecimiento. En Montes de Oca Zavala (Ed.), *Dinámicas del envejecimiento en América Latina* (pp. xx–xx). UNAM.
- Menéndez, E. (2009), *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva*, Buenos Aires.

- Montes de Oca Zavala, R. (2014). *La situación de las personas adultas mayores en México*. UNAM.
- Moscovici, S. (1979). *Psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.
- Serrano, M., & Martínez, C. (2017). Cuerpo, identidad y representaciones sociales en la vejez latinoamericana. *Revista de Estudios Gerontológicos*, 5(2), 45–61.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotrascendencia: Una teoría del desarrollo del envejecimiento positivo*. Springer Publishing Company, Nueva York
- Torres, M. (2014). *Cuerpo e identidad en la vejez: tensiones y resignificaciones*. Editorial Universidad de Buenos Aires.

Diagnóstico Participativo en Adultos Mayores en Mapachapa, Minatitlán, Veracruz

Priscila Anahí Hernández Martínez
Daniel de Jesús Orozco García
Héctor Abel Santos Ortiz
Universidad Veracruzana

Resumen

El presente trabajo describe las acciones realizadas en el marco de la experiencia educativa de Trabajo Social Comunitario en Investigación y Planeación, en la comunidad de Mapachapa, municipio de Minatitlán, Veracruz. La metodología se sustentó en el Modelo de Intervención en la Realidad de Boris Lima y mediante un proceso de aproximación progresiva a la comunidad se realizaron recorridos comunitarios, observación directa, vinculación con el centro de salud, aplicación de una cédula sociosanitaria y espacios de diálogo con la población. El objetivo de estas primeras aproximaciones fue el acercamiento que permitiera desarrollar una investigación más cercana y dialógica, que, desde un enfoque participativo, pudieran visibilizar las necesidades y problemáticas de la población adulta mayor, reconociendo su papel como actores clave en la construcción de propuestas de mejora orientadas a su bienestar. Se identificó que este grupo enfrenta dificultades relacionadas con el control de enfermedades crónico-degenerativas, particularmente diabetes, así como limitaciones en el acceso a servicios de salud, escaso conocimiento sobre el padecimiento, insuficiente apego al tratamiento, poca participación en acciones preventivas y limitadas redes de apoyo familiar y comunitario.

Asimismo, se empleó la técnica del árbol de problemas para identificar, jerarquizar y analizar las principales necesidades

detectadas. Los resultados evidenciaron que la diabetes constituye la principal problemática percibida por la comunidad adulta mayor. Se identificaron carencias en la atención preventiva y en el acompañamiento familiar e institucional; sin embargo, también se reconoció el potencial de la participación social como base para la construcción colectiva de estrategias de intervención desde el Trabajo Social.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 se ha consolidado en las últimas décadas como una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial, especialmente en la población adulta mayor. Este fenómeno no solo responde a su alta prevalencia, sino también a las múltiples complicaciones crónicas que genera y al impacto significativo que tiene en la calidad de vida de quienes la padecen. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), esta enfermedad forma parte de los padecimientos no transmisibles que han incrementado de manera considerable, estrechamente relacionados con el envejecimiento poblacional, los cambios en los estilos de vida y diversas condiciones sociales.

En este sentido, la diabetes no puede entenderse únicamente como una enfermedad metabólica, sino como un fenómeno complejo en el que intervienen factores biológicos, sociales, económicos y culturales. A nivel global, se estima que más de 422 millones de personas viven con diabetes, siendo la mayoría casos de tipo 2. Dentro de esta cifra, una proporción importante corresponde a personas mayores de 60 años, quienes presentan mayor vulnerabilidad ante complicaciones como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, insuficiencia renal y discapacidad funcional (OMS, 2023).

El incremento de esta enfermedad también está vinculado al envejecimiento de la población. La Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2021) señala que las personas adultas mayores enfrentan no solo el diagnóstico, sino también diversas dificultades relacionadas con el autocuidado, el acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento. En muchos casos, la descompensación de los niveles de

glucosa se asocia con la falta de seguimiento médico continuo, la automedicación, hábitos alimenticios inadecuados y la limitada actividad física.

En el contexto nacional, México la diabetes mellitus tipo 2 representa una de las principales problemáticas de salud pública, particularmente en la población adulta mayor, debido a su alta prevalencia, su impacto en la mortalidad y las complicaciones asociadas. De acuerdo con la (Secretaría de Salud, 2023), esta enfermedad se ha posicionado entre las primeras causas de muerte en el país durante las últimas décadas, evidenciando un crecimiento sostenido vinculado a cambios en los estilos de vida, el envejecimiento poblacional y las condiciones sociales de desigualdad.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022), la diabetes mellitus se ubica de manera constante dentro de las primeras causas de defunción a nivel nacional, afectando en mayor proporción a personas adultas mayores de 60 años. Este grupo poblacional presenta una mayor vulnerabilidad debido a la presencia de comorbilidades, limitaciones funcionales y dificultades para el autocuidado, lo que incrementa el riesgo de descompensación glucémica y complicaciones crónicas.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ha documentado que la prevalencia de diabetes en adultos en México ha aumentado de manera significativa, alcanzando aproximadamente el 10% de la población adulta diagnosticada, con una mayor incidencia en edades avanzadas. Además, un porcentaje considerable de personas con diabetes no logra mantener un adecuado control glucémico, lo que evidencia deficiencias en el seguimiento del tratamiento, educación en salud y acceso a servicios médicos (ENSANUT, 2021).

Uno de los factores determinantes en el contexto nacional es el estilo de vida, México presenta altos niveles de sedentarismo y una baja adherencia a la actividad física, especialmente en la población adulta mayor. La falta de programas comunitarios accesibles, así como las limitaciones físicas propias de la edad, contribuyen a que este grupo reduzca su movilidad, afectando directamente el control de la

enfermedad. La Secretaría de Salud señala que la inactividad física es un factor de riesgo clave en el desarrollo y descontrol de enfermedades crónicas como la diabetes (Secretaría de Salud, 2022). Partiendo del contexto nacional, la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas mayores constituye una problemática compleja que se ve influenciada por múltiples factores, entre ellos el sedentarismo, la alimentación inadecuada, las condiciones socioeconómicas, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de apoyo social.

En el contexto local, el estado de Veracruz presenta un panorama significativo en relación con la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, la cual constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la entidad. De acuerdo con la Secretaría de Salud de Veracruz, esta enfermedad ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años, afectando de manera importante a la población adulta mayor, especialmente en zonas con condiciones socioeconómicas medias y bajas (SSV, 2023).

A nivel municipal, en el municipio de Minatitlán, se identifican características que favorecen la presencia y el descontrol de la diabetes, tales como el acceso limitado a servicios de salud especializados y la prevalencia de estilos de vida poco saludables. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, este municipio presenta condiciones sociodemográficas propias de una zona semiurbana, donde coexisten actividades económicas informales, ingresos variables y limitaciones en infraestructura básica, factores que inciden directamente en la calidad de vida y en el acceso a servicios de salud adecuados (INEGI, 2020).

En particular, en la localidad de Mapachapa, el diagnóstico comunitario realizado evidencia que las condiciones sociales, económicas y ambientales influyen significativamente en el manejo de la diabetes en personas adultas mayores (Diagnostico Comunitario, 2025). A partir de la información obtenida mediante técnicas de investigación participativa, aplicación de instrumentos y trabajo de campo, se identificó que uno de los principales problemas que enfrenta

este grupo poblacional es la descompensación en los niveles de glucosa, situación que impacta directamente en su salud y bienestar integral.

Entre los factores asociados a esta problemática, se destaca en primer lugar la dificultad para mantener una alimentación adecuada. En la comunidad, los hábitos alimenticios se ven condicionados por factores económicos, lo que favorece el consumo de alimentos con bajo valor nutricional y altos niveles de azúcares y grasas. Esta situación se relaciona con los ingresos limitados de una parte de la población, así como con la falta de educación nutricional accesible y contextualizada.

En segundo lugar, se identificó la falta de actividad física como un elemento clave en el descontrol de la enfermedad. De acuerdo con el Diagnóstico comunitario (2025), la comunidad presenta una escasez de espacios recreativos adecuados y programas dirigidos a personas adultas mayores, lo que limita su participación en actividades que favorezcan su salud. Asimismo, factores como la edad, las enfermedades asociadas y la falta de motivación influyen en la adopción de estilos de vida sedentarios.

Otro aspecto relevante es el aislamiento social y la limitada participación comunitaria de las personas adultas mayores. Durante el proceso de investigación, se observó que una parte significativa de esta población enfrenta situaciones de soledad, escaso acompañamiento familiar y reducidas oportunidades de convivencia. Esta condición repercute negativamente en su estado emocional, en la adherencia al tratamiento y en la motivación para el autocuidado. De igual manera, se identificaron limitaciones en el acceso y uso de los servicios de salud. Si bien la comunidad cuenta con la unidad de IMSS-Bienestar, la demanda de atención, los recursos disponibles y las condiciones de movilidad de la población pueden dificultar el seguimiento continuo de los tratamientos médicos. Esto se traduce en controles irregulares de la glucosa y en un mayor riesgo de complicaciones.

En este sentido, la información recabada a nivel local coincide con los planteamientos internacionales y nacionales, al evidenciar que la diabetes en adultos mayores es una problemática multifactorial. No obstante, adquiere particularidades específicas en el contexto de

Mapachapa, donde las condiciones comunitarias, la infraestructura disponible y las dinámicas sociales influyen directamente en la forma en que se vive y se enfrenta la enfermedad.

Ante este panorama, resulta fundamental reconocer la importancia de las políticas públicas y programas gubernamentales orientados a la prevención, atención y control de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus. Estas estrategias buscan fortalecer el acceso a los servicios de salud, promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de la población, especialmente de los grupos en situación de vulnerabilidad, como los adultos mayores. En el contexto mexicano, diversas instituciones gubernamentales han implementado acciones dirigidas a la atención integral de la diabetes, mediante programas de prevención, detección oportuna, seguimiento médico y promoción de hábitos saludables.

Tal como se menciona estas se enfocan en la prevención, detección temprana y manejo integral (tipo 2), destacando programas como MIDE y AMARTE VA, programas implementados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) que buscan fomentar el control responsable de la diabetes y la reducción de las complicaciones originadas por esta misma.

Otra de las políticas implementadas por el gobierno es la NOM-015-SSA2-2010, “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, Norma Oficial Mexicana emitida por la Secretaría de Salud que tiene como finalidad establecer los lineamientos para la prevención, detección, tratamiento y control de la diabetes, así como evitar o disminuir las complicaciones derivadas de esta enfermedad. La norma es obligatoria para todas las instituciones y profesionales de salud que formen parte del Sistema Nacional de Salud en México.

Dentro de esta norma, se reconoce que la diabetes mellitus representa una problemática de salud pública a nivel mundial y nacional, debido al incremento de casos y a las complicaciones que genera en la población. Asimismo, se señala la importancia de implementar acciones preventivas enfocadas en la promoción de estilos

de vida saludables, la detección oportuna y el seguimiento médico continuo de las personas diagnosticadas. De igual manera, la NOM establece que la prevención y el control de la diabetes no deben centrarse únicamente en la atención médica, sino también en estrategias de promoción de la salud y participación social. En este sentido, destaca la necesidad de realizar actividades de educación para la salud dirigidas a la población, fomentando hábitos alimenticios saludables, actividad física y la disminución de factores de riesgo asociados con la enfermedad.

En relación con los adultos mayores, la NOM-015-SSA2-2010 reconoce que este sector presenta necesidades específicas derivadas del envejecimiento y de otras enfermedades crónicas asociadas. Por ello, establece que la atención nutricional debe considerar factores como las limitaciones físicas, problemas dentales y condiciones propias de la edad que afectan la alimentación y el estado de salud de las personas mayores.

Si bien las políticas públicas y marcos normativos representan un eje fundamental para la atención de la diabetes mellitus, resulta igualmente importante analizar las dimensiones sociales que influyen en el desarrollo, tratamiento y control de esta enfermedad. En este sentido, factores como las condiciones económicas, el acceso a los servicios de salud, los hábitos alimenticios y el entorno familiar y comunitario desempeñan un papel determinante en la calidad de vida de las personas que viven con diabetes.

Como se menciona, uno de los elementos clave para comprender esta problemática es el papel de los determinantes sociales de la salud. Diversos estudios han evidenciado que factores como el nivel socioeconómico, el aislamiento social, la falta de redes de apoyo y el acceso desigual a servicios sanitarios influyen directamente en el control de la diabetes. Por ejemplo, investigaciones como la de (Marmot, 2010) sobre desigualdades en salud señalan que las condiciones sociales en las que viven las personas determinan en gran medida la aparición y el manejo de enfermedades crónicas. En este sentido, la diabetes mellitus tipo 2 no puede analizarse de manera aislada del contexto social en el que se desarrolla, ya que las

condiciones de vida de las personas influyen tanto en la adopción de hábitos saludables como en el acceso oportuno a servicios de atención y tratamiento. Por eso dentro de las acciones de promoción de la salud impulsadas desde el sistema de salud en México, es crucial el considerar acciones que impulsen la construcción de ambientes saludables y seguras, como áreas verdes y espacios recreativos, (Nogueda, 2021:126).

Nogueda (2021), destacó que la Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad multifactorial cuyo desarrollo se encuentra asociado a diversos factores de riesgo, los cuales pueden clasificarse en modificables y no modificables. Entre los factores no modificables destaca la predisposición genética, relacionada con los antecedentes heredofamiliares de diabetes. Esto significa que las personas que tienen familiares directos con esta enfermedad presentan una mayor probabilidad de desarrollarla, debido a la influencia de componentes hereditarios que afectan el metabolismo de la glucosa y la función de la insulina.

Por otra parte, Nogueda (2021) también menciona que los factores modificables son aquellos que pueden prevenirse o controlarse mediante cambios en el estilo de vida. Dentro de este grupo, el sobrepeso y la obesidad representan algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2. El exceso de grasa corporal, especialmente a nivel abdominal, favorece la resistencia a la insulina, dificultando que el organismo utilice adecuadamente la glucosa en la sangre. Además, hábitos como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y la falta de actividad física contribuyen significativamente al incremento de estos padecimientos y, por ende, al aumento del riesgo de desarrollar diabetes.

De igual manera, en los últimos años ha aumentado la evidencia sobre la influencia que tiene el entorno y el medio ambiente en el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. La disponibilidad de recursos recreativos, espacios verdes y áreas públicas en condiciones adecuadas puede favorecer la realización de actividad física y promover estilos de vida saludables dentro de la población. En contraste, la falta de estos espacios y las limitadas oportunidades para la recreación y el ejercicio

pueden incrementar el sedentarismo y otros factores asociados al desarrollo de esta enfermedad. Por ello, resulta importante analizar las características del contexto comunitario y social en el que se desenvuelve la población, ya que estas influyen directamente en los hábitos y condiciones de salud de las personas.

En este sentido la investigación se realizó en el marco de la experiencia educativa de Trabajo Social Comunitario, como una asignatura de formación disciplinar en la comunidad de Mapachapa, perteneciente al municipio de Minatitlán, Veracruz, la cual se abordó mediante un proceso de aproximación progresiva que permitió obtener la siguiente caracterización:

La comunidad de Mapachapa presenta condiciones sociales, económicas y ambientales propias de una localidad semiurbana del sur de Veracruz. Cuenta con una población aproximada de 3,881 habitantes y un promedio de edad joven, lo que representa tanto oportunidades de desarrollo como retos relacionados con el acceso a educación y empleo. En el ámbito educativo, gran parte de la población posee un nivel de escolaridad básico; sin embargo, la comunidad dispone de instituciones educativas desde preescolar hasta bachillerato, lo que favorece el acceso a la formación académica. Económicamente, la localidad se sostiene principalmente mediante actividades comerciales, oficios y trabajos informales, además de la presencia de algunas empresas y pequeños negocios que generan movimiento económico local.

Respecto al entorno físico, Mapachapa se caracteriza por un relieve plano, clima cálido-húmedo y abundante vegetación. El suelo es fértil y permite el desarrollo de actividades agrícolas como el cultivo de maíz, yuca y papaya. No obstante, también se identificaron áreas verdes y espacios recreativos en condiciones de abandono, así como calles sin pavimentar y deficiencias en la infraestructura urbana. La comunidad enfrenta problemas ambientales relacionados con inundaciones, lluvias intensas y periodos de sequía, situaciones que afectan directamente la calidad de vida de la población y evidencian la necesidad de mejoras en infraestructura y saneamiento.

En cuanto al mobiliario urbano, se observaron diversas carencias en espacios públicos y servicios viales. Existen parques y áreas recreativas con juegos y estructuras deterioradas debido a la falta de mantenimiento. Asimismo, parte del alumbrado público presenta fallas, generando zonas inseguras durante la noche. También se detectó escasa señalización vial dentro de la comunidad y problemas relacionados con el crecimiento de maleza cerca del cableado eléctrico, lo que representa riesgos para los habitantes. Estas condiciones reflejan la necesidad de una mayor intervención por parte de las autoridades y de la organización comunitaria para la rehabilitación de los espacios públicos.

Por otra parte, la comunidad dispone de diversos servicios básicos y comunitarios, aunque con importantes limitaciones. Se cuenta con agua potable, energía eléctrica, alumbrado y recolección de basura; sin embargo, el manejo de residuos resulta insuficiente debido a la poca frecuencia del servicio y a la acumulación de basura en distintos puntos de la localidad. En materia educativa y de salud, la comunidad posee escuelas de distintos niveles, una biblioteca municipal y una unidad médica IMSS-Bienestar, lo que representa un avance significativo en la atención de necesidades básicas. También existen espacios religiosos, organizaciones vecinales y centros de rehabilitación que fortalecen la convivencia y el apoyo social entre los habitantes. Además, la presencia de pequeñas empresas, comercios y negocios familiares contribuye al dinamismo económico y al autoempleo dentro de la comunidad.

El proceso de diagnóstico comunitario en la localidad de Mapachapa, municipio de Minatitlán, Veracruz, inició con una fase de revisión teórica y acercamiento al contexto, la cual constituyó un momento fundamental para la construcción de una comprensión inicial de la realidad social. Esta etapa permitió articular el conocimiento previo disponible sobre la comunidad con las primeras aproximaciones empíricas realizadas en el territorio, evitando así interpretaciones descontextualizadas o fragmentadas.

En primer término, se llevó a cabo una revisión documental orientada a recuperar información relevante sobre las características generales de la comunidad. Para ello, se consultaron fuentes estadísticas

como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), así como un diagnóstico comunitario previo elaborado en el año 2019. A partir de estas fuentes, se identificó que la localidad cuenta con una población aproximada de 3,881 habitantes, con predominio del sexo femenino y una proporción significativa de población adulta. Asimismo, se registró la existencia de 1,540 viviendas, de las cuales el 76.5% dispone de servicios básicos, aunque con limitaciones importantes en infraestructura, particularmente en lo referente a la ausencia de un sistema formal de drenaje (INEGI, 2020; Diagnóstico Comunidad de Mapachapa, 2019).

De igual manera, la revisión permitió reconocer condiciones estructurales que inciden en la dinámica comunitaria, tales como un promedio de escolaridad de ocho años, una economía local basada principalmente en actividades comerciales, oficios y empleo informal, así como la presencia de problemáticas ambientales relacionadas con inundaciones, sequías y deficiencias en el abastecimiento de agua. Estos elementos aportaron un panorama general que permitió situar a la comunidad dentro de un contexto de vulnerabilidad relativa, característico de localidades semiurbanas del sur del estado de Veracruz.

En cuanto a los antecedentes del problema, la información revisada permitió identificar la existencia de diversas condiciones vinculadas al ámbito de la salud, particularmente aquellas asociadas a enfermedades crónico-degenerativas. Dichas condiciones se encuentran relacionadas con factores estructurales y sociales, tales como los hábitos alimenticios, la limitada actividad física, las condiciones económicas de la población y el acceso insuficiente a servicios de salud. Si bien en esta etapa no se delimitó una problemática específica, estos elementos constituyeron indicios relevantes que orientaron el análisis posterior del diagnóstico.

De manera complementaria, se desarrolló un acercamiento inicial al contexto comunitario mediante recorridos de observación directa, los cuales permitieron reconocer la configuración territorial, las condiciones de infraestructura y la dinámica cotidiana de los habitantes. A través de esta aproximación, se identificaron características del

entorno físico, como la presencia de calles con pavimentación limitada, espacios públicos con deterioro y deficiencias en el mobiliario urbano, así como la coexistencia de actividades comerciales, agrícolas y de autoempleo que forman parte de la economía local.

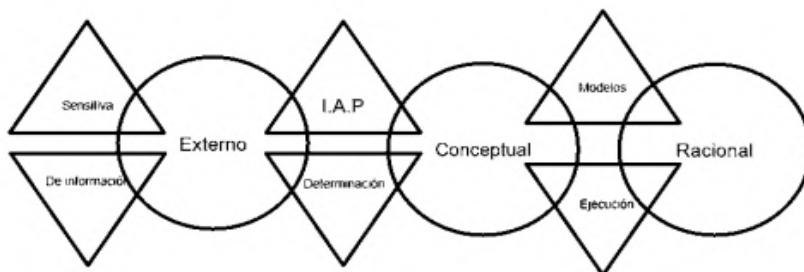
Asimismo, este primer acercamiento facilitó el establecimiento de vínculos iniciales con actores clave de la comunidad, particularmente con el personal del centro de salud, lo cual permitió acceder a información preliminar sobre las principales situaciones que afectan a la población. Este contacto institucional resultó relevante no solo por la información proporcionada, sino también por la posibilidad de colaboración en las etapas posteriores del proceso diagnóstico.

Desde una perspectiva analítica, esta fase permitió transitar de un conocimiento general, basado en fuentes documentales, hacia una comprensión más situada de la realidad comunitaria, en la cual los datos adquirieron sentido a partir del reconocimiento del contexto específico en el que se desarrollan. De este modo, la revisión teórica y el acercamiento inicial no se limitaron a una función descriptiva, sino que contribuyeron a orientar la mirada del equipo hacia aspectos relevantes de la vida comunitaria. En cuanto a la intención del proceso, esta etapa tuvo como propósito aproximarse de manera a la realidad de la comunidad, con el fin de identificar elementos clave que permitieran orientar el desarrollo del diagnóstico. En este sentido, no se buscó establecer conclusiones definitivas, sino generar una comprensión inicial que facilitara la posterior profundización en el análisis de las problemáticas presentes en la comunidad.

El desarrollo y la construcción del diagnóstico comunitario se llevaron a cabo conforme a las fases metodológicas propuestas por Boris Lima en el Modelo de Intervención en la Realidad, tal como se ha señalado previamente. Este modelo orientó de manera sistemática el proceso, permitiendo una aproximación progresiva al conocimiento de la realidad social. En este sentido, el diagnóstico se estructuró a partir de una secuencia de fases interrelacionadas que posibilitaron transitar desde un acercamiento inicial al contexto hasta la formulación de elementos analíticos para la intervención. A continuación, se presenta

la descripción del proceso desarrollado, organizada de manera narrativa y secuencial, con base en dicha propuesta metodológica.

Ilustración 1. *Modelo de Intervención en la Realidad*



Fuente: Boris Lima (1975)

La fase sensitiva representó el primer momento operativo dentro del desarrollo del proceso diagnóstico, constituyéndose como una aproximación inicial al contexto comunitario desde la experiencia directa. En esta etapa, el acercamiento a la realidad se realizó a partir de una postura abierta, observadora y libre de juicios preconcebidos, lo cual permitió captar de manera más auténtica las manifestaciones del entorno social. En concordancia con el Modelo de Intervención en la Realidad, Boris Lima plantea que el agente propulsor debe aproximarse “sensorialmente” a la realidad, utilizando los sentidos como instrumento fundamental para la construcción del conocimiento externo (Lima, 2013).

Bajo esta perspectiva, se implementó la técnica de la *crónica sensorial comunitaria*, la cual permitió registrar no solo elementos visibles del contexto, sino también percepciones, sensaciones y aspectos subjetivos que forman parte de la vida cotidiana de la comunidad. Esta herramienta posibilitó una lectura más amplia de la realidad, al integrar dimensiones que difícilmente son captadas mediante instrumentos tradicionales de recolección de información. A partir de este ejercicio, se identificaron diversas condiciones del entorno a través de los sentidos. En la dimensión visual, se observaron elementos asociados al deterioro de la infraestructura comunitaria, tales como espacios públicos en condiciones deficientes, mobiliario urbano dañado, calles sin pavimentar, drenajes abiertos o inexistentes, así como acumulación de residuos en distintos puntos de la comunidad. Estos

aspectos evidencian no solo carencias materiales, sino también limitaciones en la gestión de servicios básicos y mantenimiento del entorno.

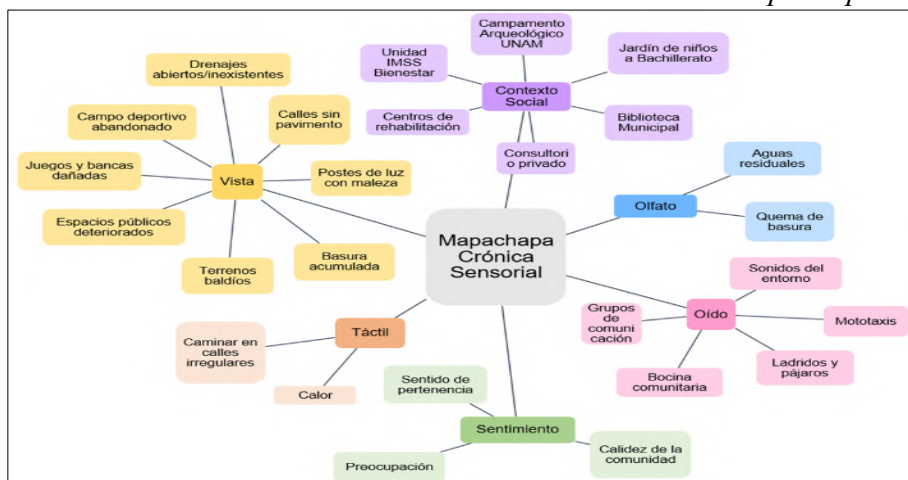
En cuanto a la dimensión auditiva, se registraron sonidos característicos del contexto, entre los que destacan el tránsito de mototaxis, la emisión de mensajes a través de la bocina comunitaria y los sonidos propios de la dinámica cotidiana, como la presencia de animales y actividades domésticas. Estos elementos permiten reconocer formas de organización social y mecanismos de comunicación interna dentro de la comunidad. Desde el plano olfativo, se identificaron olores asociados principalmente a la quema de basura y a la presencia de aguas residuales, lo cual sugiere la existencia de problemáticas relacionadas con el manejo de desechos y condiciones sanitarias. Por su parte, en la dimensión táctil se reconocieron sensaciones vinculadas con el calor ambiental y las condiciones irregulares del suelo, particularmente en calles sin pavimentación, lo que incide en la movilidad y en la experiencia cotidiana de los habitantes. Asimismo, la dimensión emocional permitió identificar elementos relacionados con el sentido de pertenencia, la calidez en las relaciones comunitarias y, de manera simultánea, la presencia de preocupaciones asociadas a las condiciones de vida. Esta combinación de percepciones refleja una comunidad que, pese a enfrentar diversas limitaciones, mantiene vínculos sociales significativos.

De manera complementaria, durante esta fase se incorporó el uso de herramientas de cartografía digital, como Google Maps, con el propósito de analizar el territorio desde una perspectiva espacial. Este ejercicio permitió identificar la distribución de viviendas, espacios públicos, rutas de acceso, zonas de actividad económica e instituciones presentes en la comunidad, contribuyendo a una comprensión inicial de la organización territorial. A partir de esta lectura, también fue posible reconocer la presencia de actores sociales y económicos relevantes, tales como comercios locales, servicios y pequeñas unidades productivas, los cuales fueron considerados como recursos potenciales para el desarrollo de estrategias de intervención en etapas posteriores. De igual forma, se estableció un primer vínculo con el centro de salud de la comunidad, lo que permitió acceder a información preliminar

sobre las condiciones de la población y reconocer, de manera inicial, la relevancia de problemáticas vinculadas al ámbito de la salud. Este acercamiento institucional resultó clave para la continuidad del proceso diagnóstico.

En términos generales, la fase sensitiva permitió construir una primera aproximación a la realidad comunitaria a partir de la articulación entre la percepción sensorial, la observación directa y el reconocimiento del contexto territorial. Si bien en esta etapa no se establecieron conclusiones definitivas, sí se generaron elementos orientadores que facilitaron la profundización del análisis en las fases posteriores del proceso diagnóstico.

Ilustración 2. *Crónicas sensoriales de la comunidad de Mapachapa*



Fuente: Diagnóstico comunitario (2025)

La fase de información técnica, dentro del Modelo de Intervención en la Realidad de Boris Lima, representó un momento clave para profundizar y validar la comprensión inicial construida durante la fase sensitiva. Siguiendo el enfoque de sistematización propuesto por Óscar Jara, esta etapa no solo implicó recopilar información, sino interpretarla críticamente para reconocer los elementos más significativos de la realidad comunitaria.

En este proceso, se priorizó la recuperación y análisis de información documental relevante sobre la comunidad de Mapachapa. Uno de los insumos más importantes fue un diagnóstico comunitario elaborado en 2019 por otros compañeros, el cual permitió identificar aspectos históricos, culturales y territoriales fundamentales. A partir de este documento, se reconocieron procesos de transformación comunitaria, dinámicas económicas y prácticas socioculturales que han configurado la realidad actual. Esta base histórica resultó clave para comprender continuidades y cambios en la comunidad, fortaleciendo una lectura más integral del contexto.

Asimismo, la consulta de datos sociodemográficos provenientes del INEGI (2020) permitió dimensionar de manera más precisa las características poblacionales, aportando elementos cuantitativos que complementaron la información cualitativa previamente obtenida. Este contraste de fuentes favoreció una comprensión más objetiva y verificable de la realidad.

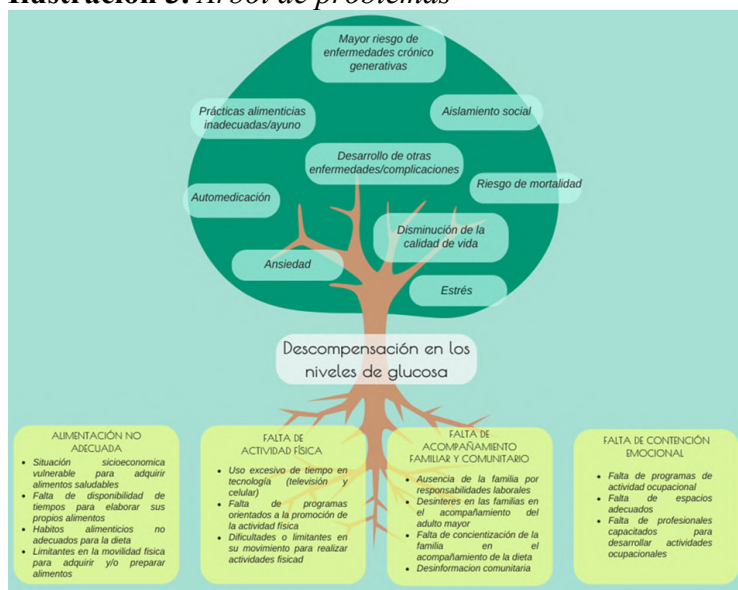
Por otra parte, la información proporcionada por el Centro de Salud de Mapachapa constituyó un aporte significativo, especialmente a través de la experiencia de la trabajadora social. Sus observaciones permitieron identificar problemáticas recurrentes en salud física, emocional y social, así como factores de riesgo que afectan principalmente a la población adulta mayor. Este conocimiento, al provenir de una práctica institucional sistemática, se integró como un insumo técnico relevante para el análisis.

En relación con los instrumentos aplicados, las cédulas diagnósticas del Centro de Salud ofrecieron un panorama general, aunque limitado al ámbito de la salud. Ante esta limitación, se recurrió al Instrumento 3 del modelo de Boris Lima durante los recorridos comunitarios, lo que permitió recuperar necesidades expresadas directamente por la población. Este ejercicio resultó fundamental, ya que incorporó la voz de los actores sociales y aportó elementos clave para la comprensión del ámbito biopsicosocial, así como para la posterior definición de la población objetivo.

Finalmente, el uso de herramientas tecnológicas como Google Maps permitió analizar el territorio desde una perspectiva espacial. A través de estos recursos, se identificaron aspectos como límites comunitarios, accesos, zonas de riesgo, distribución de servicios y organización del espacio. Aunque esta información no proporcionó datos cuantitativos exactos, sí facilitó una visualización estratégica del territorio, la cual fue contrastada con lo observado en campo.

Tras la detección inicial de necesidades, el proceso avanzó hacia una fase de investigación participativa centrada en adultos mayores con diagnóstico de diabetes pertenecientes al centro de salud IMSS Bienestar en Mapachapa. Esta selección poblacional respondió a criterios tácticos, facilitados por la gestión del área de Trabajo Social de la institución. El eje metodológico de esta etapa fue la implementación de la técnica del árbol de problemas, la cual permitió que los propios actores sociales, en conjunto con el personal de salud y los estudiantes, identificaran y jerarquizaron las causas y efectos de su situación de salud, estableciendo como problemática central la descompensación en los niveles de glucosa.

Ilustración 3. *Árbol de problemas*



Fuente: Diagnóstico comunitario (2025)

A través de un diálogo activo y reflexivo, los participantes expusieron cómo su condición médica se ve exacerbada por determinantes sociales y emocionales. Entre los hallazgos más significativos se encuentran las dificultades para mantener una alimentación adecuada debido a limitaciones económicas, el sedentarismo derivado de la falta de programas comunitarios y una red de apoyo familiar insuficiente que se traduce en soledad y baja supervisión del tratamiento. Asimismo, la dimensión emocional emergió como un factor crítico, donde el estrés y la falta de espacios de contención psicológica impactan directamente en el control de la enfermedad.

Finalmente, el análisis integral permitió comprender que la descompensación glucémica no es un fenómeno meramente biológico, sino el resultado de una interrelación de factores socioeconómicos y afectivos que comprometen la calidad de vida de los adultos mayores. Si bien la técnica facilitó una recuperación valiosa de vivencias y la identificación de riesgos severos como la mortalidad o el aislamiento, el ejercicio también reveló la necesidad de optimizar la coordinación institucional y la planeación pedagógica para superar barreras de comunicación. Este diagnóstico participativo, validado mediante la recapitulación académica y el registro inmediato de campo, proporcionó la base necesaria para estructurar estrategias de intervención que atiendan no solo la patología, sino el entorno integral del individuo.

El análisis realizado a partir del árbol de problemas, junto con la información obtenida durante las fases sensitiva, técnica, de investigación y determinación, permitió comprender que la descompensación en los niveles de glucosa en personas adultos mayores no se origina, por un solo factor, sino por una serie de elementos interrelacionados que influyen de manera simultáneamente. Los hallazgos muestran las complicaciones de salud no se derivan únicamente de la enfermedad en sí, sino de condiciones sociales, comunitarias, económicas, familiares y emocionales que dificultan el autocuidado diario.

Entre las causas más destacables fueron: la falta de una alimentación adecuada debido a sus recursos económicos limitados y hábitos poco

saludables; la ausencia de actividad física, motivada por la falta de programas comunitarios, dificultades de movilidad y uso prolongado de dispositivos electrónicos; la falta de acompañamiento familiar y comunitario, que genera soledad, escaso apoyo cotidiano y poca supervisión del tratamiento; y la falta de contención emocional, relacionada con ansiedad, estrés y carencia de espacios adecuados para expresar emociones y recibir apoyo psicológico.

Es importante destacar, que la misma comunidad realizó el árbol de problema, donde ellos mismo identificaron cual era el problema, sus causas y efectos y con base a la información obtenida por la comunidad, fue necesario recapitular en el aula, la construcción del árbol de problemas y clarificar las respuestas de la población, esto fue posible gracias a la recuperación inmediata de registros que se habían realizado de parte de algunos integrantes del equipo de trabajo.

A partir del proceso diagnóstico integral, que articuló la observación sensorial, la cartografía territorial y la investigación-acción participativa, se identificó como problemática central la descompensación en los niveles de glucosa en adultos mayores, un fenómeno multicausal que trasciende lo clínico para situarse en lo social y comunitario. Este problema se manifiesta a través de un marcado deterioro en la infraestructura y el entorno físico, donde la carencia de servicios básicos y la irregularidad del terreno limitan la movilidad y el acceso a condiciones de vida dignas, impactando directamente en la percepción táctil y visual de los habitantes.

En el plano de la dinámica cotidiana, se detectó una profunda insuficiencia de espacios y programas recreativos adaptados, lo cual ha derivado en el aislamiento social, el sedentarismo y la pérdida de hábitos saludables. La falta de una oferta permanente de actividades físicas y educativas, sumada a la desinformación y a la escasez de personal especializado, ha mermado la motivación de la población para integrarse en procesos de autocuidado. Esta ausencia de esparcimiento no solo afecta el estado de ánimo, sino que compromete la adherencia al tratamiento médico y exacerba el estrés emocional relacionado con la enfermedad crónica.

Finalmente, el diagnóstico participativo reveló que las limitaciones económicas y la debilidad en las redes de apoyo familiar y comunitario constituyen barreras críticas para una alimentación adecuada y una supervisión efectiva del tratamiento. A pesar de existir una cohesión social basada en la calidez de los vínculos y el interés de actores voluntarios, la falta de una estructura organizativa que canalice estos recursos impide una contención emocional efectiva. En consecuencia, la necesidad identificada no se limita a la atención de la diabetes como patología, sino a la urgencia de reconstruir un entorno comunitario que promueva la participación activa, la prevención y el bienestar integral del adulto mayor.

Referencias

- Diagnóstico Comunitario de Mapachapa. (2025).
- Federación Internacional de Diabetes (IDF). (2021). *Atlas de la Diabetes*. <https://idf.org/about-diabetes/resources/idf-diabetes-atlas-2021/>
- INEGI, (2020). *Censo de Población y Vivienda*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- IMSS-Bienestar. (2023). *Modelo de atención a la salud*. <https://www.imssbienestar.gob.mx/>
- Marmot, M. (2010). *Sociedad justa, vidas saludables: La revisión de Marmot*
- Noguera Velez, M. D. K. (2021). *Diabetes Mellitus Tipo 2 en México, elementos a considerar para fortalecer el componente de Promoción de la Salud en la Estrategia Nacional para su Prevención y Control*. Revista Contacto, 1(2), 124–148. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/contacto/article/view/2409>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Enfermedades no transmisibles en las Américas*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Secretaría de Salud. (2023). *Panorama epidemiológico de la diabetes en México*.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/745354/PanoEpi_ENT_Cierre2021.pdf
Secretaría de Salud de Veracruz, (2023). *Panorama de enfermedades crónicas en Veracruz*.

Aportes a la reflexión de una Ética en el Trabajo Social Gerontológico

Raquel Cuentas Ramírez
Pontificia Universidad Católica del Perú
Departamento Académico de Humanidades

Resumen

El presente artículo busca generar una reflexión situada de los estudios de la ética desde el Trabajo Social como profesión inminentemente ética, en especial vinculado a especialidades, que en el actual contexto son necesarias, como es el caso de la gerontología.

Se debe señalar que, abordar el tema del quehacer profesional en el ámbito de la ética y deontología del Trabajo Social, implica una mirada principalmente de las actuaciones, percepciones y decisiones que toman las y los trabajadores sociales cuando se enfrentan a diversas situaciones sociales en su intervención social con los grupos poblacionales, con los cuales trabajan en los diferentes espacios donde se encuentran ubicados a lo largo de su trayectoria profesional, para lo cual requieren una formación en ética pero desde la aplicación para que sus decisiones generen bienestar y no malestar.

En ese sentido, los resultados que aportan serán para generar propuesta y espacios de intercambio académico y los temas que una formación en ética debería desarrollarse, para generar una discusión permanente sobre la ética de las y los trabajadores sociales en general, y en particular en el campo gerontológico, así como la intervención de los problemas y necesidades sociales y humanas generan dilemas, los cuales deben ser conocidos, analizados, explicitados y reflexionados.

Introducción

El presente artículo busca generar una reflexión situada de los estudios de la ética desde el Trabajo Social como profesión inminentemente ética, a nuevas especialidades que en el actual contexto son necesarias, como es el caso del Trabajo Social Gerontológico.

Esta reflexión parte también de los estudios e investigación que se vienen realizando en el marco de la tesis doctoral “Los Dilemas Éticos de las y los Trabajadores Sociales en el Perú”, en el Programa de Doctorado en Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra – España.

Se debe señalar que, abordar el tema del quehacer profesional en el ámbito de la ética y deontología del Trabajo Social, implica una mirada principalmente de las actuaciones, percepciones y decisiones que toman las y los trabajadores sociales cuando se enfrentan a diversas situaciones sociales en su intervención social con los grupos poblacionales, con los cuales trabajan en los diferentes espacios donde se encuentran ubicados a lo largo de su trayectoria profesional, para lo cual requieren una formación en ética pero desde la aplicación para que sus decisiones generen bienestar y no malestar.

En este artículo se centra en los aspectos de importancia y relevancia de la ética en los estudios de especialidades como es el Trabajo Social Gerontológico.

Reflexiones y propuestas para una formación ética en Trabajo Social Gerontológico

Se recogen las reflexiones y algunos avances de temas que deberían estar presentes en una formación de ética, en especial en el Trabajo Social Gerontológico, cuya base es importante que esté centrada principalmente en los conceptos, teorías, contenidos y herramientas para aportar a una intervención ética eficaz y que no deje de lado los principios de nuestra profesión y la promoción de los derechos humanos, como baluartes de nuestros orígenes donde se aportó innovadoramente al mundo transformando la caridad en derechos.

Según Teresa Yurén (2013, p. 6), “los profesionales tienen una ética, por ello se constituyen en sujetos práxicos, es decir, como sujetos con agencia, capaces de transformar representaciones, prácticas y estructuras sociales, teniendo como horizonte la dignificación de la vida. La ética profesional es parte de una cultura profesional que incluye un conjunto de saberes, creencias, valores y esquemas de acción que orientan las prácticas en el campo profesional. Como parte de la cultura, se transmite de una generación a otra mediante procesos de socialización y enculturación; sus elementos son más o menos compartidos por quienes se reconocen con derechos y obligaciones para ejercer la profesión; sirve de pauta de lectura a los profesionales para dar sentido a sus actividades en el contexto en el que actúan y está en la base de las prácticas profesionales y de las estructuras que sostienen la profesión. Junto con los demás componentes de la cultura profesional, es un referente de identificación societaria, gracias a la cual se genera y mantiene una cadena equivalencia entre quienes se identifican con la profesión, por más que los modos de apropiación del sistema de significación varíen dependiendo de las biografías y contextos particulares de los profesionales”.

Cada profesional cuenta con una eticidad, moralidad y un comportamiento moral que les rige y les hace elegir lo que consideran bueno desde su profesión para toda la sociedad, a través de la cual desarrollan diversos tipos de juicios y acciones posibles para dar respuesta y así poder intervenir con justicia. Cabe resaltar que el “ethos profesional”, es un conjunto de disposiciones que funciona como un sistema crítico que se activa frente a problemas del ámbito socio-moral que surgen en el ejercicio profesional, así trabajo social, psicología, educación, medicina, antropología, el derecho, ingeniería, entre otras, cuentan con una eticidad que puede ser crítica o no, con lo cual podrán aportar desde su profesión al bienestar y al bien de la sociedad, podrán modificar sus esquemas y prácticas de actuación con otras profesiones para transformar la profesión y la sociedad (Yuren, 2013).

Frente a la realidad cada vez más compleja, se hace necesario reflexionar sobre los paradigmas aún existentes, donde se consideraba que solo una profesión era la llamada a atender y resolver una campo o área de la vida, más aún cuando se trataba de cuestiones sociales, hoy

donde la vida de las personas, sus grupos, territorios y dimensiones son cada vez más complejos y diversos, se debe recurrir a lo que ya Bauman expresaba en su obra “los retos de la educación en la modernidad líquida: que ya no se puede suponer que los estudios profesionales permiten aprender todo lo que se requiere para un determinado empleo o el ejercicio de una profesión, pues el lapso de vida de los saberes se ha acortado (Yuren, 2013, p. 9).

Es decir, se requiere la participación y convergencia de diversas profesiones y disciplinas, para atender las cuestiones humanas, las necesidades, problemas, demandas y desafíos de la actual cuestión social, se requiere que las y los profesionales se especialicen, para una intervención de excelencia académica y ética para seguir proporcionando bien a la sociedad y sus diversos grupos poblacionales, para contribuir no solo desde cada profesión sino desde la interdisciplinariedad al logro progresivo de la humanidad.

Así, la ética y la deontología son esenciales para todas las profesiones y disciplinas, en especial para las que prestan sus servicios y tratan con personas en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso del Trabajo Social, así como sus especialidades como el Trabajo Social Gerontológico, que busca contribuir con la protección de derechos, la autonomía, independencia y calidad de vida de las personas adultas mayores y asegurar un proceso de envejecimiento para vivir bien.

En los últimos años los países de latinoamericanos, y en consecuencia el Perú, han vuelto su mirada y han colocado a la ética otra vez en el centro de sus atenciones, debido principalmente a la crisis de valores que se agudiza no solo por la situación de pobreza pos pandemia del país, sino por el modelo neoliberal que pregona el individualismo y la competitividad desdeñando los valores democráticos y solidarios.

En este contexto, el Trabajo Social no puede estar desvinculado del momento histórico y de exigencia ética que exige a toda la población, pero sobre todo de aquellos profesionales que desde siempre han aportado sus competencias para que las personas con las cuales se relacionan puedan hacer circular sus sentidos, sus deseos de sentirse

importante en una sociedad, de ser reconocidas como ciudadanas, como actoras de su propia vida (Aguayo, 2006). Por lo tanto, la ética del Trabajo Social en Perú se inscribe en este contexto, que exige la puesta en marcha de sus saberes teóricos, metodológicos, pero sobre todo humanos y éticos.

Aspectos a tomar en cuenta para fundamentar una formación ética para un Trabajo Social Gerontológico

En el caso de la gerontología, y en especial la deontología de Trabajo Social Gerontológico, debe fortalecerse las bases de las intervenciones en la que se especializan las y los trabajadores sociales, para atender y aportar interdisciplinariamente a las personas en su proceso de envejecimiento y a las personas adultas mayores en su etapa de vejez.

Para lo cual es imprescindible, contar con un análisis y reflexión sobre las cuestiones éticas, asociadas a problemáticas que viven determinados grupos poblacionales, como es el caso de las personas adultas mayores, no sólo a nivel de la política sino a nivel de la gestión de los servicios de atención directa, donde se desarrollan tanto discursos, prácticas y representaciones que tendrían que estar marcadas por el “hacer el bien”.

No se debe olvidar que, la forma en que están representadas las personas adultas mayores se refleja en su identidad e induce su forma de actuar, lo cual se construye social y culturalmente. Como bien señala Fernanda Daniel y Otros (2018, p.426) en “los tiempos modernos basados en una ideología productivista, donde el trabajo es el foco central, se tiende a construir una visión despectiva de los más viejos, llegando a desvalorizarlos, así las personas mayores son también un recordatorio de nuestra mortalidad inminente. La ansiedad y el miedo asociado con la muerte también contribuyen a que los jóvenes culpabilicen a las personas de edad avanzada por la situación/proceso de envejecimiento. Al hacerlo, se niega la idea de que también envejecerán y, consecuentemente, morirán. Arrastrados por un ideal de belleza basado en la juventud, se teme la pérdida de estos atributos. Por lo tanto, se vuelve fundamental ocultar todo lo que recuerda la inevitabilidad ontológica del envejecimiento. La exaltación de la

juventud, tanto física como comportamental, se promueve a través de un marketing que publicita el repertorio terapéutico asociado a diferentes elixires”.

Toda intervención profesional gerontológica, debe desterrar estereotipos que atenten contra la dignidad y los derechos humanos de las personas mayores, que reflejan el prejuicio negativo hacia las personas mayores del fenómeno del edadismo (discriminación por edad), aspecto que es generado por la tendencia de suprimir los síntomas del envejecimiento, ya sea a través de la estética postmoderna (cirugía plástica, cosméticos) y mediante el énfasis en la producción y en la juventud.

Recordemos que el término edadismo aparece escrito en un artículo de Robert Butler, *Age-Ism: Another Form of Bigotry*, que define la discriminación por edad o edadismo como prejuicios de un grupo de edad en relación con grupos de otras franjas etarias y retrata este tipo de prejuicio como otra forma de fanatismo, similar al racismo y sexismo. Este tipo de discriminación por edad, también utiliza términos como viejismo, gerontismo, gerontofobia y ancianismo; términos que presentan una dimensión negativa (Fernanda Daniel y Otros, 2018, p. 426). Donde los estereotipos negativos y positivos hacia la vejez están presentes en la vida cotidiana y en todas las esferas de la sociedad, lo cual marca las decisiones que se toman frente a los problemas de las personas adultas mayores.

Según varios estudios (Daniel, 2018), que demuestran que el edadismo en relación con las personas mayores -que puede ser inconsciente, sin control o intención de hacer daño- afectan su autoestima y aumentan su exclusión social, siendo un imperativo ético asegurar de que las personas mayores vivan con dignidad, integridad e independencia y sin malos tratos, para lo cual es importante que quienes trabajen con este grupo poblacional sean profesionales que tengan un marco deontológico con tolerancia cero al edadismo, tanto en su discurso como en su práctica.

Este tipo de estereotipos no hacen sino reafirmar las brechas que aún hay tanto en el país como en la Región, sobre la discriminación por

edad, el cual ha sido catalogado como el problema público de mayor afectación a las personas mayores “abordar la discriminación estructural por motivos de edad contra las personas adultas mayores, a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de sus derechos y contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad, sin ningún tipo de discriminación, garantizando su calidad de vida, así como sus posibilidades de ejercer independencia y autonomía en la vejez” (Política Nacional Multisectorial Peruana para las Personas Adultas Mayores al 2030).

Las y los profesionales que se especialicen en gerontología, deben tener como horizonte ético aportar en la promoción del bienestar de las personas adultas mayores, haciendo que sus intervenciones fomenten entornos (sociales, económicos, culturales, ecológicos, políticos) donde se puedan desarrollar procesos de envejecimiento y vejez con calidad, para lo cual deberán aportar en la generación de condiciones para que las personas, sin ningún tipo de discriminación (edad, sexo, nivel educativo, etnia, nivel socioeconómico, etc.), puedan ejercer sus derechos humanos. Siendo necesario, que las y los especialistas en gerontología conozcan, reflexionen, para luego implementar, las políticas y normativa, en especial la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, así como otras, que protejan no solo a las personas mayores sino a todos los grupos poblacionales, con quienes viven y se vinculan los adultos mayores.

Las y los especialistas en gerontología social, formados con estándares de alta calidad, con un enfoque interdisciplinario y con ética, están en las condiciones de aportar en todos los niveles de la sociedad y el Estado, donde se encuentren las personas adultas mayores para lo cual su acercamiento y vínculo con este grupo debe partir de considerar y tratarlas como ciudadanos, con experiencias múltiples y complejas dimensiones holísticas del curso de su vida, en lo individual, familiar y social, reflexionando que no existe solo una forma de vejez sino diversas vejez y formas de envejecimiento.

La gerontología social, busca aportar al proceso de envejecimiento con autonomía, independencia, calidad de vida en un marco de

promoción y protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, lo cual implica una actuación profesional de excelencia no sólo en conocimientos, metodologías y técnicas, sino también una competencia y conciencia ética, para una intervención de calidad y calidez hacia las personas adultas mayores.

Considerando los marcos conceptuales de la gerontología social y los procesos sobre los cuales interviene -envejecimiento y vejez-, para y con las personas adultas mayores en especial, hace suyos principios y valores vinculados a la protección de los derechos humanos, como pilares fundamentales para una ética gerontológica, centrada en el respeto a la dignidad humana y la erradicación de todo tipo de discriminación, en especial el edadismo, tanto en las intervenciones gerontológicas como al momento de atender problemas y resolver dilemas éticos que se puedan presentar a las y los profesionales especialistas en gerontología.

La ética y la protección de los derechos humanos de las personas mayores

Para Cuentas (2021), los derechos humanos desde su dimensión ética, incluye a todos los grupos poblacionales por su carácter universal, en ese sentido incluye a las personas mayores, quienes deben disfrutar de los mismos derechos que todos los seres humanos. Según Huenchuan (2017), en los últimos años, los informes del Secretario General de las Naciones Unidas y de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos han hecho sendas contribuciones para visibilizar los problemas y limitaciones que enfrentan las personas mayores para llevar a la práctica sus derechos. En 2013, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizó una amplia consulta sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad. Se obtuvieron respuestas de Estados Miembros de las Naciones Unidas de todo el mundo, incluidos Gobiernos, instituciones nacionales de derechos humanos y académicas y organizaciones de la sociedad civil.

Antes del inicio de la emergencia sanitaria mundial, según la World Population Ageing (2019), existían cuatro megatendencias que

caracterizan a la población mundial, las cuales continúan vigentes, a pesar de las grandes e irreparables pérdidas generadas como consecuencia de la pandemia, en algunos casos se han agudizado y profundizado las brechas y en otras se han develado las condiciones de los sistemas de protección, principalmente el de salud y de cuidados. Estas megatendencias son:

- Cambio demográfico y envejecimiento de la población
- Urbanización
- Migración y movilidad humana
- Transformación digital y la IA

Es importante no perder de vista estas megatendencias, al trabajar con personas mayores, considerando al proceso de envejecimiento y vejez como uno de los logros de la humanidad, tanto por el significado real de aporte a su economía familiar y personal, sino también, por significa una gran oportunidad para aprovechar el capital social que representan las personas con experiencia, insertas en sociedades maduras y justas (PAMI, 2021, p. 6).

¿Cómo abordar el estudio de los dilemas éticos que se presentan en la intervención del Trabajo Social Gerontológico?

Se debe comprender que la ética en el trabajo gerontológico marca la intervención profesional con las personas adultas mayores con hacer siempre el bien, para lo cual es necesario que todas las acciones estén orientadas y se active con coherencia la ética profesional y la deontología profesional, para aportar a la autonomía, independencia y calidad de vida de los diversos grupos de mayores, para resolver los problemas y dilemas que se puedan presentar en sus vidas, lo cual supone hacerlo reflexionando sobre principios éticos y los valores, como característica de un trabajo gerontológico ético, humano y coherente.

Definición de dilema ético

Siguiendo a Ballesteros (2009, p. 124)¹, un “dilema ético es un conflicto entre valores, principios u obligaciones de peso similar que, aun siendo positivos, no pueden ser aplicados simultáneamente en la misma situación y que hacen dudar al profesional sobre el modo de actuar apropiado. El problema suele ser elegir entre dos conductas válidas siguiendo las normas éticas de la profesión en el momento”.

Los dilemas éticos son propios de profesiones que están al servicio de personas, como varias de las profesiones que están involucradas en la especialización de gerontología social, que además realizan intervenciones dirigidas a personas en condiciones de vulnerabilidad como son las personas adultas mayores.

Los dilemas en el ámbito gerontológico, surgen cuando se presentan problemas vinculados a conflictos tanto a nivel de la atención directa con las personas adultas mayores, como entre profesionales, con principios como la autonomía, la confidencialidad, la autodeterminación, el paternalismo, con las administraciones e instituciones u otros profesionales, por la no coincidencia de normas y leyes profesionales; y conflictos del profesional consigo mismo, con sus propios valores y los de su profesión.

Fuentes para resolver dilemas éticos

Siguiendo a Urien, Ballesteros, Idareta y Viscarret (2016), se debe considerar las siguientes fuentes para resolver dilemas éticos de manera eficaz:

- Intencionalidad de la decisión
- Número de variables involucradas
- Relaciones entre las mismas
- Resultado de la decisión
- Aplicación de la misma (conductas éticas)

¹ Ballesteros, A. (2009). Dilemas éticos en trabajo social: el modelo de la ley social. Universidad Pública de Navarra. En revista Portularia Vol. IX, Nº 2, (23-13). <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161013165008.pdf>

A continuación, se presentan algunos ejemplos de dilemas éticos, que también se pueden presentar en el trabajo social gerontológico, ver Tabla 1 “Dilemas éticos que se presentan en Trabajo Social Gerontológico”:

Principios éticos en una intervención gerontológica

Siguiendo a Diego Gracia, citado por Lydia Feito (2011) se presentan los siguientes principios éticos, los cuales constituyen una salvaguarda de valores importantes, que permiten resolver problemas y conflictos que se presentan en la realidad, en especial en la intervención gerontológica. Así la ética de “las profesiones, inspirándose en la bioética, ha venido sustentándose en unos principios fundamentales, cada uno de ellos se hace inteligible y legítimo cuando se entiende como parte de una vida plenamente humana, de la que estos principios son parte constitutiva. Por ello un principio aislado no se entiende, sin que estén presentes todos los demás: la beneficencia sin autonomía no se puede dar; la autonomía y la justicia sin tener en cuenta los bienes quedan vacías” (Paniagua, R., 2015, p.32).

Para Feito (2011, p. 10) “los principios constituyen puntos de partida por ello son denominados “prima facie”, que quiere decir que se “obligan siempre”, salvo que entren en conflicto con obligaciones expresadas en otro principio moral, por ello es importante evaluar las demandas de cada uno de los principios, tomando en cuenta que el contexto determina qué principio debe prevalecer, porque entre estos principios no es posible establecer ninguna jerarquía, son todos ellos del mismo nivel”.

A continuación, se presentan cuatro principios vinculados a la intervención gerontológica, los cuales han sido sistematizados por Rosario Paniagua (2015, pp. 32-40). Ver Tabla 2 “Principios vinculados a la intervención gerontológica”.

Se ha explicado, la importancia de la ética en la vida de las personas, en especial para las y los trabajadores sociales que tienen la especialidad de Trabajo Social Gerontológico, quedando claro que toda acción, deseo o intención en la vida individual, colectiva y profesional está

marcada por un lenguaje y comportamiento ético. Es importante reflexionar que una formación en ética y la resolución de dilemas éticos, debe incorporar teorías que ayuden a comprender, que den pistas, orientaciones, rutas, métodos y técnicas para intervenir éticamente en la realidad, por ello se considera importante también incorporar en la formación la ética del cuidado, a continuación, se presentan una breve referencia de lo que debería contener una formación en esta temática.

Se debe partir por conocer que se entiende por cuidar, siguiendo a Alejandra Alvarado (2004, p.31): “Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar es encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de algo o de alguien. Por otra parte, el cuidado ético involucra la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, en el que hay unión entre las personas, como parte de la relación humana”.

Por ende, la ética del cuidado, es “la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio” (Alvarado, p. 31). Implica “que hay un peso moral en los elementos fundamentales de las relaciones y las dependencias de la vida humana. Normativamente, la ética del cuidado busca mantener las relaciones al contextualizar y promover el bienestar de los proveedores y los receptores del cuidado en una red de relaciones sociales. A menudo se le define como una práctica o virtud más que una teoría. Como tal, la atención implica mantener nuestro mundo y el de los demás y satisfacer las necesidades de todos. Parte de la motivación de cuidar a quienes son dependientes y vulnerables, y está inspirado tanto en los recuerdos de ser cuidado como en las idealizaciones del yo” (Sander-Staudt, 2016).

La ética del cuidado surge de la crítica feminista que realizó Carol Gilligana, al modelo de desarrollo moral de Lawrence Kohlberg. Este modelo concluía que “las niñas, frente a los niños, tenían dificultades para llegar a los niveles más elevados de desarrollo moral”, lo cual fue refutado por Guilligan, quién concluyó “que niños y niñas tienen en

realidad patrones diferentes de desarrollo moral y construyó un nuevo modelo de desarrollo moral que llamó “ética del cuidado o de la responsabilidad”, asociándolo a las niñas, en contraste con el modelo masculino que llamó “ética de los derechos o de la justicia”; debe quedar claro que Gilligan, no afirmó la existencia de una moralidad propia de las mujeres, su crítica muestra que otros caminos de desarrollo moral son posibles, por tanto, trata de expandir el ámbito de la moralidad proponiendo la noción de ética del cuidado y sentando las bases para su posterior diálogo y complementación con la ética de la justicia” (Medina-Vicent, M., 2016, p. 89).

Para la ética del cuidado, lo importante es “mantener un doble cuidado, hacia nosotros y hacia las personas atendidas. Profesionalmente se está abocado a trabajar muy atentamente en un doble cuidado: por un lado, se supone a los profesionales una experiencia y un saber que actúa como resorte de confianza en las personas atendidas, como facilitadores de acciones sociales en beneficio de las personas. Los profesionales necesitan poder reconocer su vulnerabilidad e interdependencia y así quizás poder pensar de nuevo sobre su rol y responsabilidad: “cuidado no es una moral de los buenos sentimientos, es un proyecto social”².

Otros hallazgos a partir de los estudios de Gilligan, están referidos a que” las mujeres entienden los problemas morales en términos de conflicto de responsabilidades. Su juicio moral sigue una secuencia, en la cual primero se trata de la sobrevivencia, luego de la benevolencia y por último de la comprensión reflexiva del cuidado para la resolución de conflictos. Así la ética del cuidado se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos, y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros... compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás; si vemos una necesidad, nos sentimos obligadas a procurar que se resuelva” (Alvarado, p. 31).

Tabla 1. Dilemas Éticos que se presenta en Trabajo Social Gerontológico

² Busquets, M., (2019). “Descubriendo la importancia ética del cuidado”. *Folia Humanística*, (12): 20-39. <http://dox.doi.org/10.30860/005>

Seguimiento a Loewenberg & Dolgoff, (1996, 43-44), citado por Ballesteros (2009)	Reamer (1994), citado por Ballesteros (2009)
• Conocimiento profesional “versus” derechos del usuario. • Obligaciones y expectativas en conflicto. • Consentimiento informado. • Ambigüedad e incertidumbre. • Decir la verdad. • Confidencialidad. • Distribución de recursos limitados • Prioridad de los intereses del usuario frente a los intereses del profesional. • Suspensión del juicio. • Naturaleza limitada de la relación profesional. • Escoger el modo más eficaz. • Relaciones con los colegas. • Adhesión a las regulaciones y programas	• Problemas con los usuarios (individuos, familias, grupos), están relacionados con la confidencialidad, la autodeterminación, el paternalismo o la veracidad. • Problemas con las administraciones e instituciones, se refieren a los problemas generados por la no • coincidencia de la ética profesional con las leyes y • normas que rigen las administraciones públicas o las • instituciones en las que los profesionales desarrollan • su labor. • Problemas con otros colegas, están relacionados con la incompetencia, la mentira, la ocultación de datos, • Problemas éticos del profesional -trabajador social- consigo mismo, con sus valores y con los de la profesión.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Principios vinculados a la intervención gerontológica

Principios	Intervención gerontológica
Beneficencia	• Se traduce en hacer el bien, actuar beneficiosamente. Es inherente a una actividad humanitaria porque busca obtener bienes para las personas en situación de vulnerabilidad, principalmente. A través de este principio se expresa la intención fundamental de todo acompañamiento y cuidados. Todo profesional que interviene en el campo gerontológico cumple funciones específicas, aporta con determinados bienes y medios, los cuales están constituidos por conocimientos e instrumentos técnicos disponibles para que los profesionales puedan alcanzar el telos (el fin que se proponen) en su práctica específica. • La beneficencia implica desarrollar una intervención que beneficie y no perjudique, debe ser útil para las personas a quienes se dirige; pero a la vez ha de ser un servicio que contribuya a incrementar el bienestar general de la sociedad. Ejemplos: La humanización en la asistencia social a las personas adultas mayores.
No Maleficencia	• “En el principio de no maleficencia la máxima es, ante todo, no hacer daño, tratar al otro con humanidad, con solicitud, no caer en la rutina y el tedio en una labor tan delicada como es el cuidado. Es abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no solo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida de las personas”.
Autonomía	Articula los derechos de las personas para tomar decisiones; sujetos agentes con derecho a ser informados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta, a la hora de decidir cuestiones que les van a afectar particularmente. Una de las cosas que más lastima a los mayores es no ser tenidos en cuenta en asuntos que tienen que ver con su vida, con sus intereses cuando hay competencia para ello.

La autonomía está vinculada con los criterios de autodeterminación, confidencialidad y consentimiento informado, que a continuación se describen.

Autodeterminación

Hay unos límites en la toma de decisiones del interesado: cuando entra en conflicto con el principio de beneficencia respecto de otras personas y del conjunto de la sociedad, lo cual implica limitaciones derivadas de un estado de enajenación o de situaciones de personas mayores incapacitadas judicialmente. Para que se pueda tomar una decisión autónoma se tienen que dar ciertas condiciones imprescindibles: querer, saber y poder.

- La persona debe querer hacer algo, conseguir alguna cosa, tener una motivación para mejorar sus condiciones de vida, para mejorar su situación de enfermo.
- La persona ha de contar con la información precisa para llevar a cabo su propósito, saber acerca de varias alternativas para poder seleccionar la más pertinente y prever las consecuencias de no tomar esa decisión (dar información sobre los recursos existentes para su estado de salud).
- Para tener capacidad no basta con querer y saber sino también se necesita poder. Para ello son necesarias determinadas habilidades y en esto los que rodean al mayor, pueden prestar una ayuda decisiva. Es preciso trabajar la autoestima, la motivación, el empoderamiento y hacer un acompañamiento de calidad para que sea posible llevar a cabo la decisión que la persona ha tomado.

Confidencialidad

Criterio fundamental de la práctica profesional y del acompañamiento familiar a mayores en necesidad. Toda persona tiene derecho a que sea respetada la información referente a su propia vida. La persona mayor confía en que esto se custodie y se preserve de cualquier intromisión. Sin embargo, existen situaciones en las que pasar esta información a los equipos profesionales no vulnera la confidencialidad y beneficia el trabajo en equipo y la toma de decisiones consensuadas, con o sin consentimiento de la persona mayor según circunstancias, por ejemplo:

- Para beneficiarlo de algún modo, o para protegerlo de algún mal que pudiera ocasionarse así mismo.
- Para proteger a terceros de algún perjuicio que pudiera ser ocasionado por el mayor.
- Para poner en común la situación del mayor con los colegas u otros profesionales en los equipos de trabajo.
- Por orden de alguna autoridad administrativa o judicial.

Consentimiento informado

Los profesionales deben obtener autorización del interesado y/o familiares para iniciar cualquier tipo de intervención tras haber explicado convenientemente en qué consiste dicha intervención. Este criterio ha tenido y tiene gran relevancia en la ética profesional. Tiene su origen en las ciencias de la salud (el paciente, o en su defecto su representante legal, deberán consentir la aplicación de pruebas médicas, rehabilitadoras y de tratamientos, mediante la firma de un protocolo). En la actualidad se ha ido ampliando a otros campos y ha cobrado gran importancia, hasta el punto de convertirse en uno de los criterios clave al inicio del proceso de intervención profesional. Todos los códigos deontológicos le conceden gran valor. Algunos establecen una serie de excepciones que limitan la norma general del consentimiento informado tales como:

	• La falta de responsabilidad del mayor, los posibles daños a terceros, perjuicios al propio mayor, a los profesionales o a otras personas del entorno familiar y/o comunitario, o cualquier otra circunstancia juzgada como excepcional. • La incapacidad del mayor, por dificultades de comprensión o por falta de autogobierno y/o autonomía. En el consentimiento informado hay que utilizar un lenguaje claro, omitiendo tecnicismos, para que el mayor y/o la familia entiendan la información que se les da. Para ello hay que tener en cuenta siempre su nivel cultural. Solo así se puede dar un consentimiento verdaderamente informado. El interesado y/o sus allegados pueden retirar el consentimiento cuando lo crean oportuno, ya que éste no tiene carácter irrevocable. Para que se pueda dar plenamente tiene que haber: consentimiento, voluntariedad y competencia. • Consentimiento. Una persona podrá consentir si está suficientemente informada, si conoce el curso normal de la intervención profesional, las posibles alternativas u opciones, los posibles ocurriría si no da su consentimiento. • Voluntariedad. Hay que otorgar el consentimiento libremente y sin coacción, salvo en los casos de personas con sus capacidades mentales disminuidas, en cuyo caso lo otorgará la familia o las personas autorizadas para ello. Competencia. No hay competencia para otorgar un consentimiento en el caso de personas con demencias u otras patologías invalidantes. En estos casos actuará el tutor o representante legal. Se incluye el caso de actuación en emergencias y/o en estados de enajenación.
Justicia	• Distribución de modo equitativo y racional de los recursos sociales existentes sin discriminación por edad, estado de salud o grado de cognición. Se trata del reparto justo de los bienes según normas y criterios. Estos criterios de distribución han de respetarse, con independencia de circunstancias que lleven a la discriminación de las personas mayores. • En la relación profesional no solo está el mayor dependiente precisando prestaciones sociales y el profesional demandando medios para ofrecer sus servicios, sino también los responsables públicos que representan al conjunto de la sociedad. Estos responsables deben procurar establecer un equilibrio entre las necesidades, las exigencias y las expectativas de unos y de otros. Pero en el horizonte de todo ello, debe situarse el bien y la respuesta justa ante las necesidades que presenta un sector poblacional especialmente necesitado de coberturas sanitarias y sociales excepcionales. • Existe una perspectiva de carácter general en la que se articulan las necesidades de las personas con los recursos disponibles conforme a criterios de justicia. Esto se concreta en un conjunto de leyes, normas, reglamentos que tienen que ser completados con otra perspectiva particular en la que la individualización y valoración de situaciones de carácter singular estén presente”. • La finalidad del bien exige que la asignación de recursos se haga de forma equitativa entre todas las personas a quienes corresponda, sin dejar de tener la mirada puesta en la sociedad en su conjunto. La implicación de los interesados y/o familiares en la consecución de sus derechos, es siempre aconsejable, fomentando que se organicen y participen en el mundo asociativo, para tener un cauce de expresión colectiva y apoyo mutuo de las personas que están en situaciones semejantes (son notables las acciones de las Asociaciones de Parkinson, Alzheimer, y otras...). Se trata con todo ello de construir un espacio social: - En donde quepan todos - En donde haya igualdad - En donde haya una distribución justa de los recursos

	- En donde haya un acceso generalizado a los bienes básicos - En donde disminuyan las diferencias.
--	---

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

La formación de ética en Trabajo Social Gerontológico debe responder a la necesidad de contribuir con las y los trabajadores sociales que se desempeñan laboralmente en los servicios gerontológicos, a que reconozcan los principales teorías, conceptos, procedimientos y herramientas para resolver dilemas éticos, con los que se encuentran en su ejercicio profesional, los resuelvan, mejorando sus niveles de intervención, contribuyendo al bienestar de las personas mayores con quienes se relacionan, desde un Trabajo Social ético y responsable.

Es importante desarrollar herramientas para la aplicación de la ética en el trabajo, como la propuesta de la matriz gerontológica desde el Trabajo Social, sabiendo que los códigos deontológicos son guías que orientan el quehacer; además que la reflexión ética tiene que ir más allá de la deontología, para lo cual será necesario que no sólo los procedimientos técnicos estén definidos, sino también los procedimientos éticos.

Hoy es un imperativo no sólo enseñar ética, sino desarrollar herramientas concretas, como protocolos de intervención, desde una reflexión interdisciplinar que construyan en colectivo y holísticamente comités de ética operativos y que respondan a las nuevas necesidades y demandas de la profesión, en especial de las nuevas especialidades como el Trabajo Social Gerontológico.

Referencias

Alvarado, A. (2014). La ética del cuidado. Revista Aquichan, 4 (4), pp. 30-39.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v4n1/v4n1a05.pdf>

- Ayllón, J. (2012). *Ética razonada*. Ediciones Palabra, S.A. (pp. 5-8 y 19-24).
<https://bibliotecaalfayomega.com/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica-razonada-Jos%C3%A9-Ram%C3%B3n-Ayll%C3%B3n.pdf>
- Ballesteros Izquierdo, Alberto. Dilemas éticos en Trabajo Social: el modelo de la ley social. En: *Portularia*, vol. IX, núm. 2, 2009, pp. 123-131 Universidad de Huelva – España
<https://www.redalyc.org/pdf/1610/161013165008.pdf>
- Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*, Barcelona, Gedisa Editorial.
<https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/retos-educacion-modernidad.pdf>
- Blanco, A. (2019). Vida, ética y deontología médica: aclarando conceptos. *EIDON*, N° 52, diciembre, 23-32.
<https://www.revistaeidon.es/index.php/revistaeidon/article/view/103/79>
- Banks, Sara (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Ed. Barcelona etc. Paidós. 208 págs. Diapositivas Sesión 2: ¿Qué es un dilema ético?
- Caamaño, JM., (2008, 12 de febrero). Problemas éticos al final de la vida humana Eutanasia y suicidio asistido. *Aula de Teología Universidad de Cantabria*, 1-13.
<https://web.unican.es/campuscultural/Documents/Aula%20de%20estudios%20sobre%20religi%C3%B3n/2007-2008/CursoTeologiaProblemasEticosAlFinal2007-2008.pdf>
- Cardona, X. y Vilar, R. (2010). Comité de ética asistencial en centros de recursos para las personas mayores: una propuesta hecha realidad. *Revista de Educación Social*, N° 10.
<https://eduso.net/res/revista/10/articulos/comite-de-etica-asistencial-en-centros-de-recursos-para-las-personas-mayores-una-propuesta-hecha-realidad>
- Casas Torres, Graciela, y Piña Morán, Marcelo, editores. (2022). *Personas mayores en el contexto de COVID-19: acciones desde trabajo social*. Primera edición. | Ciudad Universitaria, CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social.

https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/2022/Portadas_pdf/peronas_mayores_contexto_covid19.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL (2017). Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1), 57-79.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41471/4/S1700838_es.pdf

Cordero, N. y Palacios, J. (2017). Claves éticas para el Trabajo Social, la dependencia, el cuidado y la autonomía. Cuadernos de Trabajo Social, 30(1), 65-75.
[file:///D:/Users/cuentas.r/Downloads/document%20\(2\).pdf](file:///D:/Users/cuentas.r/Downloads/document%20(2).pdf)

Cubillos, Carla. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. En: Revista Trabajo Social, N° 87, Diciembre 2014. pp. 3 – 18.
<http://revistatrabajosocial.uc.cl/index.php/RTS/article/view/2570/2532>

Cuentas, R. (2021). Situaciones de vulnerabilidad y ejercicio de derechos humanos de las personas adultas mayores en el Perú. Especialidad de Trabajo Social, Diplomatura de Especialización en Gerontología Social.

Daniel, F., Monteiro, R., Ferreira, J., y Álvarez-Pérez, P. (2018, 03 de marzo). Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores, 423-445.
<file:///D:/Users/cuentas.r/Downloads/338525-Text%20de%20l'article-487707-1-10-20180703.pdf>

Feito, L. (2011). Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. Bioética & Debat, 2011; 17(64), 8-11.
<file:///D:/Users/cuentas.r/Downloads/Dialnet-FundamentosDeBioeticaDeDiegoGracia-6080124.pdf>

Gobierno Vasco (2012). Atención integral a las personas mayores al final de la vida. Guía de recomendaciones éticas.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/AtencionIntegral-FinalVidaeusyadi-12-2012.pdf>

Goikortxea Iturregui, Marije (2013). Ética y buen trato a personas mayores. En: Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Junio de 2013, 424-448.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikortxea.pdf>

- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, (30), 30-38.
<https://www.revistaseden.org/boletin/visorfiles.asp?idFichero=4424170097100097095138144159148142140138143144151138142160148143140143154138093091092094089155143145424170>
- Llano, A. (2017). La vida lograda. Editorial Ariel es un sello editorial de Planeta, S. A. pp. 15-28.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/35/34673_La_vida_lograda.pdf
- López, Luis. (2021). Ética en situación de catástrofe sanitaria: COVID e ingreso en UCI. EIDON, N° 56, diciembre 2021, 107-116.
<https://www.revistaeidon.es/index.php/revistaeidon/article/view/159/134>
- Medina-Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. Daimon. Revista Internacional de Filosofía, (67), 83-98.
<https://core.ac.uk/download/pdf/61472763.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2020). Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. Perú,
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%A9tica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 27-42.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Paniagua Fernández, Rosario (2015). La ética del cuidado y mayores: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida. Cuadernos de Ética en Clave Ciudadana N° 5.
http://ciapat.org/biblioteca/pdf/1216-La_Etica_del_cuidado_y_mayores.pdf
- Pantoja, L. (2012). Deontología y código deontológico del educador social. En. SIPS - Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria. Tercera época. 1139-1723 (19), 65-79.

file:///D:/Users/cuentas.r/Downloads/Dialnet-
DeontologiaYCodigoDeontologicoDelEducadorSocial-
3827746.pdf

Sen, A. y Klisberg, B. (2007). Primero la gente. Una mirada desde la
ética del desarrollo a los principales problemas del mundo
globalizado, Barcelona, Deusto, 322 pp.

Envejecimiento, bienestar y cuidado: desafíos para el Trabajo Social se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 15 de octubre de 2026. La edición será publicada en la página web de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social;
www.libros.acanits.org

ISBN: 978-607-8987-68-9



El envejecimiento poblacional constituye uno de los grandes desafíos sociales del siglo XXI. El incremento de la esperanza de vida, las transformaciones familiares y comunitarias y las nuevas demandas de atención y cuidado hacen necesario comprender la vejez desde una perspectiva integral, reconociendo sus dimensiones sociales, culturales, económicas, familiares y de salud. En este escenario, el libro *Envejecimiento y Trabajo Social*, coordinado por Mireya Patricia Arias Soto, Porfiria Calixto-Juárez y Nora Patricia López Arzola, ofrece un espacio de análisis y reflexión sobre las múltiples realidades que acompañan el proceso de envejecimiento y las condiciones de vida de las personas mayores.

A través de sus diferentes capítulos, la obra recupera aportaciones teóricas, metodológicas y experiencias de investigación e intervención que permiten comprender el envejecimiento más allá de una perspectiva exclusivamente biológica. Desde el Trabajo Social y su diálogo con otras disciplinas, se abordan problemáticas, necesidades, capacidades y oportunidades vinculadas con el bienestar, la calidad de vida, los cuidados, las redes familiares y sociales, la participación, la inclusión y el ejercicio de los derechos humanos, destacando la importancia de construir respuestas profesionales, institucionales y comunitarias acordes con las transformaciones demográficas y sociales contemporáneas.

Envejecimiento y Trabajo Social invita a estudiantes, docentes, investigadores, profesionales e instituciones a profundizar en el conocimiento de la vejez y a reflexionar sobre los desafíos que plantea una sociedad que envejece. Su lectura constituye una oportunidad para fortalecer una mirada crítica, interdisciplinaria y humanista que coloque en el centro la dignidad, la autonomía, los derechos y el bienestar de las personas mayores, contribuyendo al desarrollo de nuevas perspectivas de investigación, intervención social y políticas públicas orientadas hacia un envejecimiento digno, activo, participativo e incluyente.