



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**HÁBITOS SALUDABLES EN PERSONAS ADULTAS  
MAYORES: MEDICIÓN Y EVALUACIÓN**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A:**  
**FERNANDA BARRÓN HERNÁNDEZ**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA: DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS**  
**REVISORA: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**  
**COMITÉ: DRA. DOLORES MERCADO CORONA**  
**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**



**Facultad  
de Psicología**

PROYECTO PAPIIT IN307020 “Factores de riesgo  
psicosocial que afectan la salud física y mental en las  
relaciones de pareja”

Ciudad de México

ENERO 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a todas las personas que, de alguna manera, ayudaron a que esto fuera posible. Primero quiero agradecer a mi mamá y a mi papá, Claudia y Pedro, por su ayuda y acompañamiento en diferentes momentos de mi vida, incluyendo este proceso de titulación. Porque ustedes siempre están conmigo, en mis mejores y peores momentos, por compartirme sus puntos de vista y animarme para lograr mis metas. Aunque no siempre lo exprese, agradezco demasiado todo lo que han hecho por nosotras.

A mis hermanas. A Karlangas, por tu apoyo incondicional, tu sentido del humor y porque sé que puedo compartirte mis miedos, alegrías, incertidumbres, tristezas y opiniones sin sentirme juzgada. A Alejandra porque me ayudó a darme cuenta de que debía comenzar a escribir y dejar de leer tantos artículos.

A mi directora de tesis, la Dra. Claudia Jaen, por su increíble apoyo en todo momento y por ayudarme a no abandonar la tesis. Infinitas gracias por su paciencia, comprensión, comentarios, correcciones, orientación y consejos durante la realización de este proyecto. A mi revisora de tesis, la Dra. Sofía Rivera, por sus enseñanzas, apoyo, sugerencias y asesoría para acelerar mi proceso de titulación. A mis sinodales, la Dra. Dolores Mercado, el Dr. Samuel Jurado y a la Dra. Mariana Gutiérrez, por todas sus correcciones y comentarios sobre cómo podía mejorar este trabajo.

A todas y todos los participantes del estudio piloto que amablemente accedieron a responder mi enorme cuestionario, así como a sus valiosas observaciones y comentarios para adaptarlo. A las y los expertos que participaron en el jueceo (Alan González, Judith Ángel, Israel Balderas, Guadalupe Medina, Cristian Bonilla, Pedro Velasco, Jesús Higareda, Angélica Juárez y Luis Mendoza), por su colaboración, propuestas y opiniones sobre el cuestionario. Quiero hacer un especial agradecimiento a Israel Balderas por su asesoría sobre cómo realizar el análisis para el juicio de expertos.

A mi abuelita Maco (Tita), por alentarme a alcanzar mis metas y por tus sabios consejos. Aunque no ha sido tu intención, me has mostrado tu fortaleza, compromiso, cariño, inteligencia e increíble memoria. Eres mi ejemplo a seguir.

A mis amigas y amigos, porque, intencionada o involuntariamente, me apoyaron mientras realizaba esta tesis. Quiero hacer un reconocimiento especial a Ingrid, porque gracias a

nuestras metas pudimos avanzar con nuestros proyectos (¡fueron bastante efectivas!). Estoy segura de que pronto avanzarás con tus trámites y conseguirás tu título.

A Karlangas Salinas, por todas tus palabras de aliento, tu disposición, tu extraordinaria confianza en mí y por tus preguntas e ideas para seguirme preparando. A Karly Chávez, por invitarme a tus presentaciones de baile, por escucharme y apoyarme enormemente (estoy segura de que pronto terminarás tu proyecto y obtendrás tu título). A Irma por leerme, entenderme y tratar de orientarme cuando dudaba de mí. A Reyna, por escucharme, explicarme y por compartirme tu experiencia.

A Sol, Kary, Mariana y Jaz, por todos esos momentos divertidos, porque podíamos expresar nuestras preocupaciones y nuestros avances o dudas sobre nuestros increíblemente lentos procesos de titulación. A mi tocayo Fernando, a Omar y a Mercado, por sus porras y sus consejos. A Vico y Edith, por sus sugerencias y por creer en mí. A Yadis y a Dayane, porque, aunque solemos hablar cada mil años, nos escuchamos (o leemos) y animamos.

Por último, aunque no por eso menos importante, agradezco a la UNAM y a la Facultad de Psicología por haberme brindado mi preparación profesional. También dirijo mis agradecimientos al proyecto PAPIIT y al programa de Becas de titulación para egresados de alto rendimiento, porque me brindaron un invaluable apoyo para la realización de esta tesis.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Capítulo 1. La vejez y el envejecimiento .....	4
1.1    Panorama general .....	4
1.2    Vejez y envejecimiento .....	5
1.3    Sociodemografía y epidemiología de la vejez en el mundo .....	8
1.3.1 Implicaciones del envejecimiento de la población mundial.....	10
1.4    Sociodemografía y epidemiología de la vejez en México.....	11
1.5    La vejez como etapa de desarrollo .....	14
1.6    Cambios en la vejez.....	17
1.6.1    Cambios físicos (biológicos) .....	17
1.6.2    Cambios psicológicos.....	30
1.6.3    Cambios sociales .....	38
1.7    Teorías del envejecimiento.....	41
1.7.1    Teorías biológicas .....	41
1.7.2    Teorías psicosociales.....	45
1.8    Estigmatización de la vejez .....	50
1.9    El estudio de la vejez y el envejecimiento .....	56
1.10    Envejecimiento y salud .....	59
Capítulo 2. Salud, hábitos y conductas saludables.....	63
2.1    Salud en la vejez.....	64

2.3	Determinantes de la salud en la vejez .....	66
2.4	Hábitos y conductas de salud en la vejez .....	69
2.4.1	Alimentación balanceada .....	72
2.4.2	Actividad física y ejercicio.....	74
2.4.3	Sueño.....	77
2.4.4	Atención médica y servicios de salud .....	83
2.4.5	Adherencia terapéutica.....	88
2.4.6	Higiene personal.....	91
2.4.7	Sexualidad .....	94
2.4.8	Redes de apoyo.....	99
2.4.9	Estimulación cognitiva.....	103
2.4.10	Otros hábitos y conductas saludables.....	105
2.5	Factores de riesgo que afectan la salud en la vejez .....	108
2.5.1	Consumo de sustancias psicoactivas .....	108
2.5.2	Ingesta de medicamentos .....	115
2.5.3	Otros factores de riesgo en la vejez.....	117
2.6	Investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables.....	119
2.7	Medición y evaluación de la salud en la vejez .....	135
2.8	Las particularidades de la evaluación en la vejez.....	136
2.8.1	Importancia de la evaluación.....	137
Método	.....	139
Planteamiento del problema	.....	139

Justificación.....	139
Pregunta de investigación.....	140
Objetivo general .....	140
Objetivos específicos .....	141
Hipótesis.....	141
Definición de variables.....	142
Participantes .....	145
Instrumento .....	146
Procedimiento .....	147
<i>Primera etapa: revisión de la literatura .....</i>	<i>147</i>
<i>Segunda etapa: construcción de la versión preliminar del cuestionario .....</i>	<i>149</i>
<i>Tercera etapa: revisión del cuestionario por profesionales de la salud.....</i>	<i>149</i>
<i>Cuarta etapa: estudio piloto .....</i>	<i>149</i>
<i>Quinta etapa: obtención de la validez de contenido mediante el análisis de juicio de expertos</i> .....	150
<i>Sexta etapa: modificaciones al cuestionario.....</i>	<i>152</i>
Resultados .....	154
Discusión.....	177
Sugerencias y limitaciones .....	187
Referencias.....	189
Anexos.....	207

Anexo 1. Principales hallazgos de las investigaciones sobre la salud, hábitos y conductas saludables en personas mayores .....	207
Anexo 2. Ejemplos de reactivos del Cuestionario de Hábitos y Conductas Saludables para Personas Adultas Mayores (HACOSPAM) .....	217
Anexo 3. Cuestionario sobre la claridad y suficiencia del contenido del cuestionario .....	219



## Resumen

En el 2020 se estimó la existencia de 15 millones de personas adultas mayores en México, lo que corresponde al 12% de la población total. En este grupo etario se presentan altos porcentajes de enfermedades no transmisibles, las cuales pueden generar discapacidad, pero éstas también son susceptibles de controlarse y tratarse mediante la adopción de estilos de vida saludables, por lo que se requieren instrumentos válidos y confiables en la práctica clínica sobre las conductas saludables que realizan las personas mayores. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue elaborar un cuestionario que evalúe hábitos y conductas saludables en este grupo etario. El instrumento está compuesto por las siguientes dimensiones: 1) alimentación; 2) actividad física y ejercicio; 3) sueño e higiene del sueño; 4) consumo de sustancias; 5) higiene personal y cuidado de la piel; 6) cuidado de los ojos y de la visión; 7) prevención y control de infecciones y enfermedades; 8) adherencia terapéutica; 9) seguridad vial; 10) estimulación cognitiva y actividades sociales. Se obtuvo la validez de contenido mediante la técnica de juicio de expertos a través del análisis de porcentajes de acuerdo interjueces y el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall, el cuál fue de .16 ( $p = .007$ ). La importancia del estudio y evaluación de los hábitos y conductas saludables radica en su papel dentro del mantenimiento o mejora de la salud en este grupo vulnerable.

*Palabras clave:* hábitos saludables, conductas saludables, personas adultas mayores, medición, validez de contenido.

## Introducción

Debido al incremento de la expectativa de vida a nivel mundial y del número de personas que alcanzan la senectud, las investigaciones sobre la vejez y la creación de programas enfocadas en este grupo son de gran importancia, pues no se busca vivir el mayor número de años posibles, sino vivir de forma óptima.

En México, las personas adultas mayores son aquellas con una edad cronológica igual o mayor a 60 años y este grupo representa el 12% de la población nacional, lo que equivale a más de 15 millones de personas. Las principales causas de mortalidad se deben a enfermedades no transmisibles, las cuales están altamente ligadas con la práctica prolongada de hábitos nocivos para la salud. Por tal motivo, es importante implementar programas de promoción de la salud enfocados en un envejecimiento saludable, pero, para conocer las áreas a intervenir, primero es necesario evaluar los hábitos y conductas de salud de las personas. Una evaluación adecuada requiere de instrumentos válidos, confiables y diseñados específicamente para el grupo al que se aplicarán, por lo que en esta tesis se elaboró el Cuestionario de Hábitos y Conductas Saludables en Personas Adultas Mayores (HACOSPAM) para valorar hábitos y conductas de salud en este grupo etario.

En el capítulo 1 se abordan temas relacionados con la vejez y el envejecimiento. Se muestra información sociodemográfica a nivel mundial y en el país, la vejez como una etapa del ciclo vital, los cambios físicos, psicológicos y sociales; también se presentan algunas teorías biológicas y psicosociales del envejecimiento.

El capítulo 2 se enfoca en el estudio de hábitos y conductas saludables en personas adultas mayores. Se realizó una revisión sobre estudios que evalúan hábitos y conductas saludables (alimentación balanceada, actividad física y ejercicio, sueño, atención médica y

servicios de salud, adherencia terapéutica, higiene, sexualidad, redes de apoyo, estimulación cognitiva) y de riesgo (consumo de sustancias psicoactivas y medicamentos, entre otros). Asimismo, se revisan investigaciones sobre salud, hábitos y conductas de salud en la vejez, mostrando los métodos empleados y sus principales hallazgos. Finalmente, se mencionan las particularidades de la evaluación en esta etapa vital, así como su importancia.

En cuanto al método, se realizó una investigación documental sobre hábitos y conductas de salud en personas adultas mayores y se elaboró el HACOSPAM para medirlas. El procedimiento de creación del cuestionario consistió en seis etapas: 1) revisión de la literatura científica; 2) elaboración de un banco de reactivos; 3) evaluación del cuestionario por tres personas expertas en psicología de la salud; 4) estudio piloto con 12 participantes; 5) análisis de juicio de expertos mediante el procedimiento de Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008); 6) modificaciones al cuestionario dependiendo de las observaciones y sugerencias realizadas por las y los expertos, especialmente en los reactivos con los menores porcentajes de acuerdo. Posteriormente, se muestran los resultados del estudio piloto, del juicio de expertos y las modificaciones finales.

En la discusión se realiza una comparación del HACOSPAM con otros estudios e instrumentos revisados para la realización de este trabajo y sobre los resultados obtenidos en el estudio piloto y en el juicio de expertos. Por último, se hacen algunas sugerencias sobre el cuestionario y se señalan las limitaciones del presente trabajo.

## Capítulo 1. La vejez y el envejecimiento

### 1.1 Panorama general

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los procesos biopsicosociales más significativo del siglo, pues conlleva un fuerte impacto en la vida social, financiera, familiar y laboral, así como en la demanda de servicios y bienes (i.e. movilidad, vivienda) por parte de este grupo etario (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2020).

En las últimas décadas, el porcentaje de personas mayores ha aumentado en todo el mundo y se prevé que, para el 2050, éste podría sobrepasar al de las personas jóvenes. En México, el número superó los 15 millones en el año 2020 y se estima que, en 10 años, el número de personas adultas mayores superará los 20 millones (Ángeles-Castellanos et al., 2011; Daskalopoulou et al., 2018; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020a; Troncoso et al., 2018).

Algunos de los factores más importantes relacionados con el aumento en la expectativa de vida, asociados también con la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad en edades tempranas, son las mejoras en el medio ambiente y en el contexto social, así como los desarrollos científicos y tecnológicos aplicados al área de la salud (i.e. microbiología, higiene, producción de alimentos, salud pública y control del ambiente). En Estados Unidos, el cambio demográfico también se debió al auge de natalidad que se presentó al finalizar la Segunda Guerra Mundial (Daskalopoulou et al., 2019; Knapik et al., 2019; Lemme, 2003; Matarazzo, 1984).

El aumento de la expectativa de vida ha implicado que los servicios de salud y las investigaciones enfocadas en la vejez adquieran gran relevancia para la salud pública pues, a nivel mundial, se pretende mantener un buen estado de salud y prevenir el desarrollo de

patologías durante el mayor tiempo posible, ya que vivir más años no necesariamente significa vivir sanamente ni tener buena calidad de vida (Daskalopoulou et al., 2019; Sabia et al., 2012; Troncoso et al., 2018).

## 1.2 Vejez y envejecimiento

Es complicado definir la vejez y el envejecimiento, ya que la comunidad científica no ha mostrado un acuerdo sobre a qué se refiere cada uno. Sin embargo, es importante aclarar que ambos términos no son intercambiables, pues el primero hace referencia a la última etapa de la vida y el segundo se refiere a un proceso biopsicosocial que comienza desde el nacimiento y el cual enfrentamos todos los organismos vivos (Fernández-Ballesteros, 2014; Lemme, 2003).

La **vejez** se define como la última etapa del desarrollo humano, iniciada entre los 60 y 70 años y que se extiende hasta la muerte. No existe una edad específica de comienzo de la vejez, pues, a falta de criterios objetivos que la determinen, los puntos de referencia empleados suelen ser laborales, culturales y sociales (i.e. la jubilación). Sin embargo, la edad cronológica establecida legalmente en México es de 60 años en adelante (Diario Oficial de la Federación, 2002; Fernández-Ballesteros, 2014; Santrock, 2006; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018; Verduzco, 2018).

Una de las dificultades para delimitar la edad de comienzo de la vejez tiene que ver con el tiempo. Este puede ser concebido como algo concreto y medible, mostrado cronológicamente en el número de años desde el nacimiento. Sin embargo, el tiempo también es subjetivo, como el tiempo social –definido como el periodo establecido colectivamente para llevar a cabo cada evento y rol vital–, el psíquico o psicológico –reflejado como la vivencia relativa e individual del tiempo– y el biológico –manifestado en la funcionalidad

orgánica y en los relojes metabólicos y fisiológicos—. Por ende, la edad cronológica no es criterio suficiente para definir y comprender el desarrollo humano en su totalidad (Lemme, 2003; Santrock, 2006).

Otra razón por la que no es recomendable emplear únicamente la edad cronológica como un parámetro para definir cómo será una persona a determinada edad es que no existe un modelo único de persona adulta mayor. Existe una gran diversidad de facultades y necesidades en la vejez, por lo que hay personas de 80 años con capacidades similares a los de grupos mucho más jóvenes y hay personas jóvenes con capacidades deterioradas. La gran diversidad encontrada a edades avanzadas depende, en parte, de factores genéticos, pero es muy probable que el estado de salud en la vejez sea un reflejo de la acumulación de inequidades u oportunidades vividas a lo largo del ciclo vital, así como de los determinantes biopsicosociales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015; *World Health Organization* [WHO], 2017).

Los términos sugeridos para referirse a las personas que están transitando esta etapa son los de “persona mayor” o “persona adulta mayor”, ya que los vocablos de viejo, anciano, abuelo, senil, viejito, ruco y tercera edad, entre otros, generalmente tienen connotaciones despectivas, estereotipadas o prejuiciosas (Fernández-Ballesteros, 2014; Instituto Nacional de Geriatría [INGER], 2020; Sauri, 2017).

El **envejecimiento**, por otra parte, es un proceso complejo, inevitable, irreversible, variable y gradual que comienza desde el nacimiento y adquiere notoriedad después de alcanzar la madurez reproductiva. Está caracterizado por cambios psicológicos, fisiológicos, bioquímicos y morfológicos e implica un deterioro de la capacidad homeostática del organismo (es decir, la constante tendencia al equilibrio para conservar un óptimo

funcionamiento) y una reducción en la capacidad de adaptación de los sistemas y órganos para responder ante los daños externos, reduciendo la capacidad intrínseca (es decir, el conjunto de capacidades cognitivas y físicas que puede utilizar una persona en un momento determinado) (Fernández-Ballesteros, 2014; Forrellat-Barrios et al., 2012; INGER, 2017; Lama, 2003; OMS, 2015; Ortín & Garcés, 2014; Ruiz, 2013; Salgado et al., 2005; Souza & Cruz, 2008; Valdés & Hernández, 2009; Verduzco, 2018).

El envejecimiento se puede clasificar en primario y secundario:

a) El envejecimiento primario se refiere al desarrollo natural y biológico determinado genéticamente y que deriva del transcurrir del tiempo y es independiente de la salud de la persona. Sus principales características son: sucede de manera paulatina; es ineludible (pues se manifiesta aún bajo las mejores condiciones ambientales y genéticas); no se puede revertir; implica modificaciones funcionales y estructurales ligadas al tiempo; comienza en cuanto se alcanza un desarrollo reproductivo y físico; es un proceso intrínseco (no depende de factores externos al individuo); sus efectos son acumulativos; es universal; y concluye con el fallecimiento de la persona.

b) El envejecimiento secundario se origina por los daños derivados de variables comportamentales, sociales y ambientales, resultando en el deterioro de la salud. Las diferencias entre el envejecimiento primario y secundario muestran que el envejecimiento *per se* no siempre implica un deterioro de la salud, sino que los daños suelen provenir de otros factores, ya sean modificables (i.e. el estilo de vida) o no modificables (i.e. genética) (Alvarez, 2013; Fernández-Ballesteros, 2014; Lemme, 2003).

### 1.3 Sociodemografía y epidemiología de la vejez en el mundo

La cantidad de personas adultas mayores ha incrementado en todo el mundo, siendo actualmente de unos 650 millones. Se estima que este número podría llegar hasta los 2 000 millones en el año 2050. En los países europeos, esta proporción ha llegado a representar hasta el 17% del total de su población y podría alcanzar hasta un 28% para el 2050. En Asia, estas cifras también han aumentado, pues representa el 16% de la población coreana y el 26% (33 millones de personas aproximadamente) de la población japonesa (Alvarez, 2013; Murphy & Vertrees, 2017; Seo et al., 2016; Talavera, 2018).

Este cambio demográfico está relacionado con la reducción en la natalidad y con el aumento de la expectativa de vida. Esta última hace referencia a “la edad a la que se espera que muera la mitad de la población de la cohorte nacida en el año en que se publica la estadística” (Schaie, 2003, p. 409). Diversos factores contribuyeron a este aumento, como la reducción de la mortalidad infantil, las innovaciones en materia de salud (i.e., el manejo de aguas residuales y la purificación del agua), la adopción de estilos de vida saludables, las mejoras en los sistemas de salud, los avances tecnológicos (facilitando la asistencia y acceso a dispositivos de ayuda) y una mejor higiene personal. Esto se ha traducido en una disminución de las enfermedades infecciosas, pero también en un aumento de las enfermedades no transmisibles. Estas últimas son patologías con una o más de las siguientes cualidades: producen una alteración irreversible, son de larga duración, pueden generar una discapacidad, generalmente no tienen una cura, requieren de cuidado, supervisión u observación continua y son susceptibles de controlarse y tratarse (Abellán & Pérez, 2018; Cordonnier et al., 1999; Kimmel, 1990; Lehr & Thomae, 2003; Matarazzo, 1984; OMS, 2015; Sarafino & Smith, 2014; OMS, 2003).



La expectativa de vida es distinta entre hombres y mujeres, ya que las mujeres suelen vivir más tiempo que los hombres. Esta diferencia se debe a variables biogenéticas (i.e., riesgo de desarrollar enfermedades y producción hormonal), así como individuales, socioculturales y del sistema de salud (i.e., costumbres, estilo de vida, actividades laborales, atención a la salud, relaciones interpersonales). Por ejemplo, el consumo de alcohol y tabaco solía ser mayor en hombres, por lo que, actualmente, tienen más probabilidades de presentar enfermedades no transmisibles y de fallecer a edades tempranas. Asimismo, las mujeres tienden a realizar más comportamientos saludables y pueden estar más protegidas ante infecciones y enfermedades por la producción de estrógeno, aunque también tienen mayores posibilidades de desarrollar enfermedades específicas, como cáncer de mama (Baraniak, 2013; Bennett & Murphy, 2001; Lemme, 2003; Murphy & Vertrees, 2017; Santrock, 2006; Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007).

En cuanto a las patologías más comunes en la vejez, se ha empleado el término de síndromes geriátricos para referirse al conjunto de signos y síntomas relacionados con múltiples patologías comunes en la vejez. Éstas son multifactoriales e incluyen tanto enfermedades no transmisibles como infecciosas, algunos ejemplos son, las patologías coronarias y pulmonares, alteraciones en los órganos sensoriales, dolor de cuello y espalda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síncope (pérdida temporal del tono postural y de la conciencia), trastornos del sueño (i.e. apnea del sueño, insomnio), diabetes, constipación, úlceras por presión, incontinencia urinaria y fecal, caídas (las cuales pueden repercutir gravemente, originando enfermedades, lesiones, hospitalización, dependencia, discapacidad e incluso la muerte), inmovilización y osteoartritis (D'Hyver, 2013; IMSS, 2018; Lama, 2003; Ruiz et al., 2013; OMS, 2015).

Por otra parte, los problemas de salud mental más comunes son demencias, delirio o síndrome confusional agudo, depresión, ansiedad, psicosis y dependencia a sustancias psicoactivas (i.e. alcohol, drogas y tabaco), para los que existen diferentes tratamientos, como las terapias psicológicas y el uso de psicofármacos. Sin embargo, el alcance de los servicios de atención a la salud mental continúa siendo insuficiente (Lama, 2003; Shuman, 2018).

### 1.3.1 Implicaciones del envejecimiento de la población mundial

Durante cientos de años, llegar a la vejez era un suceso excepcional. Sin embargo, en las últimas décadas, una gran cantidad de personas ha alcanzado esta etapa. Este incremento, también conocido como envejecimiento poblacional o demográfico, conlleva un reto muy importante para las políticas de salud y para la economía de los países. La falta de antecedentes históricos sobre cómo adaptarse al cambio demográfico supone un reto tanto a la población en general como a las instituciones, puesto que se desconoce su capacidad para enfrentar estos cambios (Abellán & Pérez, 2018; Hernández et al., 2014; INGER, 2017; Stephens & Flick, 2010; WHO, 2015).

Las perspectivas catastrofistas del envejecimiento poblacional están basadas, principalmente, en la creencia de que las personas mayores no contribuyen activamente a la sociedad, por lo que representan grandes costos económicos. Sin embargo, sus actividades y aportaciones durante la vejez contradicen esta idea, ya que una gran proporción de personas continúan trabajando y aportando a sus comunidades. Además, se recomienda ver los gastos relacionados con la población envejecida no como un costo, sino como una inversión, pues así se mejoraría la capacidad, el bienestar y la participación de este grupo etario (INGER, 2020; Stephens & Flick, 2010).

El aumento en la expectativa de vida y el envejecimiento de la población deberían tomarse como una oportunidad para realizar actividades sociales, recreativas y educativas que antes no podían llevarse a cabo. No obstante, es esencial contar con la capacidad para llevar a cabo estas actividades, pues más años de vida no es sinónimo de una vida saludable (Stephens & Flick, 2010; OMS, 2015, 2017).

Las personas adultas mayores requieren mantener la independencia y autonomía; también es menester potenciar la salud, la calidad de vida (que se define como el nivel en el que un individuo puede optimizar su funcionamiento psicológico, social, físico y laboral, Chen, 2019) y el bienestar. Esto se puede lograr con la participación de los diferentes niveles de atención mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de la mejora de los niveles educativos y el retraso de la edad de jubilación (Abellán & Pérez, 2018; Albala et al., 2005; Daskalopoulou et al., 2018; OMS, 2015; Taylor, 2007).

#### 1.4 Sociodemografía y epidemiología de la vejez en México

Se estima que los países de Latinoamérica y el Caribe presentarán un incremento en la población adulta mayor en un lapso menor al observado en otros países. Estas estimaciones surgen del aumento en el número de habitantes de más de 60 años dentro del periodo 2015-2020 (Daskalopoulou et al., 2018; Daskalopoulou et al., 2019).

En el caso de México, la pirámide demográfica también ha cambiado con el tiempo. En la década de los años setenta, las estadísticas mostraban una distribución piramidal de la población, donde la mitad de las personas tenía 15 años o menos. Tres décadas después, la distribución mostró un incremento en su centro, una reducción en la natalidad y un aumento en la población senecta (6.8% de la población total del país era adulta mayor). En 2020, la media de edad incrementó a 29 años y el porcentaje de personas adultas mayores aumentó

hasta constituir el 12% de la población mexicana, lo que equivale a poco más de 15 millones de individuos. Se espera que, para el 2050, este porcentaje sea de 28% (Fernández-Villa et al., 2017; INAPAM, 2020; INEGI, 2020a; Salgado et al., 2005; Shamah-Levy et al., 2008; Wong, 2013).

A diferencia de otros países, el cambio demográfico mexicano fue más acelerado. En Japón, se necesitaron casi cuatro décadas para que las personas adultas mayores llegaran a representar el 15% de su población total; en Estados Unidos se necesitaron 70 años para llegar al mismo porcentaje. En México, se necesitarán tres décadas aproximadamente para transitar del 6 al 15% de la población del país (Wong, 2013).

En países desarrollados, como Estados Unidos, es mayor la prevalencia de enfermedades no transmisibles en la vejez. En nuestro país, se siguen presentando infecciones (i.e. enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias) además de las enfermedades no transmisibles, por lo que se dice que estamos viviendo una transición epidemiológica (Gutiérrez-Robledo et al., 2016; Wong, 2013).

Las principales causas de mortalidad registradas en el año 2019 se debieron, principalmente, a enfermedades no transmisibles (también conocidas como enfermedades crónico-degenerativas), como diabetes, cardiopatía isquémica, cirrosis, accidente cerebrovascular (ACV) y EPOC, entre otras. Además, los factores de riesgo correlacionados con fallecimientos y discapacidades fueron la presencia de altos niveles de glucosa plasmática en ayunas, alto índice de masa corporal (IMC), hipertensión, disfunción renal, consumo de alcohol, malnutrición, tabaco, contaminación del aire y altos niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (*Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]*, 2019; Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 2004).

En el año 2020, las principales causas de mortalidad registradas en el grupo de 45 a 65 años fueron 1) diabetes mellitus, 2) enfermedades del corazón, 3) tumores malignos (de mama, estómago y colon), 4) enfermedades del hígado, 5) accidentes, 6) enfermedades cerebrovasculares, 7) agresiones, 8) influenza y neumonía, 9) insuficiencia renal y 10) EPOC. En las personas de más de 65 años, fueron: 1) enfermedades del corazón, 2) diabetes mellitus, 3) tumores malignos (próstata, tráquea, bronquios/pulmón, hígado y vías biliares intrahepáticas), 4) enfermedades cerebrovasculares, 5) EPOC, 6) influenza y neumonía, 7) enfermedades del hígado, 8) insuficiencia renal, 9) accidentes (de tráfico y caídas) y 10) desnutrición u otras deficiencias nutricionales (INEGI, 2020b).

Con relación a la distribución de la población por sexo, es mayor el porcentaje de mujeres (51.29%) que de hombres (48.71%). La expectativa de vida al nacer es de 75 años, en mujeres es de 78 años y en hombres, de 73. Poco más del 70% de las personas mayores mexicanas son independientes y menos del 20% tiene dificultades para participar en actividades sociales, deportivas y comunitarias (INAPAM, 2020; Salgado et al., 2005; Wong, 2013).

En cuanto a las medidas antropométricas, las personas mayores mexicanas suelen ser de baja estatura y tener altos índices de obesidad o sobrepeso. La falta de adherencia a un estilo de vida saludable contribuye a un alto IMC, además de que favorece la aparición de enfermedades no transmisibles e infecciosas. Puesto que las principales causas de muerte en la vejez se relacionan con enfermedades no transmisibles, son fundamentales las acciones enfocadas en la prevención y control de la obesidad y el sobrepeso (Shamah-Levy et al., 2008; Wong, 2013).

### 1.5 La vejez como etapa de desarrollo

El desarrollo es un proceso vital que comienza en la concepción y termina con la muerte. Este incluye aspectos multifactoriales: biológicos, intelectuales, sociales, cognoscitivos, emocionales e interpersonales, por mencionar algunos (Lemme, 2003; Morris & Klunk, 2016).

Anteriormente, se veía a la vejez como una etapa caracterizada únicamente por pérdidas. Ahora, ésta se considera como un intercambio entre ganancias y pérdidas (Fernández-Ballesteros, 2014; Lemme, 2003). Se ha referido que el objetivo del desarrollo en la vejez es alcanzar un equilibrio entre las pérdidas y las ganancias (Lemme, 2003). Algunos ejemplos de ganancias en la vejez son el mantenimiento de relaciones interpersonales más placenteras y una mejor regulación emocional, mientras que algunos ejemplos de las pérdidas son el fallecimiento de personas cercanas (pérdida física o tangible) y la jubilación (pérdida psicosocial o simbólica) (Belsky, 1996; Lemme, 2003).

Existen algunas teorías del desarrollo donde se abordan los procesos que se realizan durante la adultez y la vejez. La teoría de desarrollo psicosocial estudió al ciclo vital que abarca estas dos etapas. Ésta propone ocho etapas del desarrollo de la personalidad, que comienzan en el nacimiento y culminan con la muerte. De acuerdo con esta teoría, en cada etapa de desarrollo se presenta una crisis que pone en juego los recursos, estrategias y habilidades individuales para solucionarla (Frager & Fadiman, 2010; Salvarezza, 1999; Tisdell & Palmer, 2018).

En el caso de la vejez, se realiza una evaluación de lo que se ha vivido y se hace una valoración con las expectativas que se tenían. La crisis de esta etapa es de *integridad* versus *desesperación*. La integridad es el resultado de los siete ciclos de desarrollo anteriores y se

va presentando gradualmente en quienes han podido adaptarse a los triunfos y vicisitudes de la vida, elaborando objetos e ideas y experimentando una sensación de satisfacción e integridad personal. Por otra parte, la desesperación se presenta cuando la persona piensa que le queda muy poco tiempo para intentar otro tipo de vida encaminada a la integridad, lo que provoca pesimismo, duda o incertidumbre (Craig & Baucum, 2009; Salvarezza, 1999; Santrock, 2006; Tisdell & Palmer, 2018).

La fuerza o virtud psicológica obtenida con la resolución exitosa de esta crisis es la sabiduría. En este caso, se propone a la sabiduría como la inclinación desapegada de la persona hacia la vida, convirtiéndose en un ejemplo a seguir por su plenitud y totalidad. Esta sabiduría también tiene la función de ayudar a superar la sensación de dependencia y desesperanza (Frager & Fadiman, 2010).

A pesar de que la teoría psicosocial es ampliamente conocida, sus postulados han sido etiquetados como generales, simples, poco representativos (pues no toma en consideración el género, la cultura u otras diferencias étnicas) y lineales (Jordan, 2018; Tisdell & Palmer, 2018). Dado que la teoría solamente plantea dos etapas para abarcar a todas las situaciones que pueden presentarse en la adultez y en la vejez, otorgando más relevancia a la infancia, a la adolescencia y a la juventud, se han propuesto la adición de otras etapas (Craig & Baucum, 2009).

Las siete etapas propuestas se dividieron en cuatro para la madurez y tres para la vejez. Las etapas correspondientes a esta última etapa son 1) *diferenciación del ego* versus *preocupación por los roles laborales*, es decir, las personas pueden definirse a sí mismas de acuerdo con sus roles familiares y laborales o bien, definirse como algo más allá de sus roles; 2) *trascendencia del cuerpo* versus *preocupación por el cuerpo*, ya sea otorgando gran

significado y valor a los cambios físicos aunados al proceso de envejecimiento o despreocupándose por éstos; y 3) *trascendencia del ego* versus *preocupación por el ego*, donde la persona es capaz de trascender su percepción sobre su propia muerte o, en cambio, experimenta constante preocupación por la muerte (Craig & Baucum, 2009).

Otras contribuciones para el estudio de la vejez se explicaron mediante un modelo basado en las tareas del desarrollo, que son consecuciones relevantes exigidas a las personas en ciertos momentos de la vida, cuyos logros generan éxito en próximas etapas y satisfacción personal. De acuerdo con este modelo, las tareas del desarrollo en la vejez son adaptarse al retiro laboral y a la reducción de ingresos, aliarse con pares, adaptarse a la reducción de la fuerza física, desempeñar actividades sociales, adaptarse al fallecimiento de la pareja y generar actividades agradables y satisfactorias (Lehr & Thomaes, 2003; Lemme, 2003).

Hays (2008), por su parte, propone el modelo *ADDRESSING* para explicar los procesos de desarrollo, así como los factores culturales relacionados con este proceso. El modelo es un acrónimo que corresponde a las palabras en inglés *A-age and generational influences* (edad e influencias generacionales), *DD-developmental and acquired disabilities* (discapacidades adquiridas y del desarrollo), *R-religion and spiritual orientation* (religión y espiritualidad), *E-ethnicity and racial identity* (etnicidad e identidad racial), *S-socioeconomic status* (nivel socioeconómico), *S-sexual orientation* (orientación sexual), *I-indigenous heritage* (herencia indígena), *N-national origin* (nacionalidad de origen) y *G-gender* (género). De acuerdo con este modelo, el desarrollo dependerá de cómo se enfrentan las situaciones y transiciones vitales dentro de un contexto histórico y sociocultural, ya que todos los factores mencionados anteriormente intervienen en la forma como las personas ven e interpretan sus experiencias, así como la manera como se relacionan con su entorno.



## 1.6 Cambios en la vejez

El potencial de cambio y de desarrollo es uno de los elementos fundamentales de la vida humana. La vejez es la continuación y culminación del desarrollo humano y es un proceso de cambio en múltiples niveles, desde lo físico, psicológico y social, hasta lo cultural, existencial, histórico y temporal (Beauvoir, 2016; Carbajo, 2008; Fernández-Ballesteros, 2014; Lemme, 2003).

Es importante señalar que algunos cambios comúnmente considerados como «normales» en la vejez o relacionados al envejecimiento se deben, en realidad, a la presencia de enfermedades concretas (i.e., la demencia), por lo que es fundamental diferenciar los cambios patológicos de los que no lo son (González et al., 2013).

### 1.6.1 Cambios físicos (biológicos)

Los cambios a nivel fisiológico se dan durante todo el ciclo de la vida y se relacionan con el tiempo transcurrido en años. Éstos hacen referencia a los cambios naturales orgánicos derivados de la disminución de la reproducción celular y de su regeneración (i.e. desarrollo cerebral, aumento de peso, cambios hormonales) (Castrejón-Pérez et al., 2017; Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo [INADI] & Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017; Lemme, 2003; Santrock, 2006).

A continuación, se enuncian algunos de los cambios físicos en la vejez.

#### *Cambios cerebrales*

En personas saludables, los cambios cerebrales son mínimos y no hay gran diferencia en su funcionamiento. Sin embargo, la actividad neural suele enlentecerse, especialmente en las personas de más de 80 años, lo que afecta el rendimiento cognitivo y los movimientos

corporales. El envejecimiento va acompañado de modificaciones en el volumen cerebral regional relacionadas con el procesamiento de las emociones, la conducta motora y la reducción del volumen del putamen –este último asociado con el deterioro cognitivo, la enfermedad de Alzheimer y los síntomas depresivos– (Amorim et al., 2018; Papalia & Martorell, 2017; *Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report*, 1952; Santrock, 2006).

Los tamaños del córtex prefrontal y frontal disminuyen con la edad y esto podría explicar los efectos a la memoria a corto plazo y en las funciones ejecutivas durante la vejez. Además, la mielinización que conecta a esta estructura con el sistema límbico incrementa, por lo que aumenta la unificación de las habilidades de razonamiento con las reacciones emocionales (Papalia & Martorell, 2017; Santrock, 2006).

#### *Movilidad y capacidad funcional*

Los movimientos corporales se hacen menos rápidos y ágiles. Esto puede deberse al deterioro de los músculos, la degeneración de los huesos (aunado a una disminución de la densidad de los huesos, aumentando su porosidad y fragilidad) y de las articulaciones. Además, la estatura se reduce y la postura adopta una posición más encorvada. Si las dificultades para moverse son graves, la independencia puede verse comprometida y aumentan los accidentes y las probabilidades de presentar una discapacidad (Belsky, 1996; Santrock, 2006; Schaie, 2003).

La fuerza y la flexibilidad también suelen disminuir en la vejez, sobre todo a partir de la séptima década de la vida, y esto puede deberse tanto a un envejecimiento natural como a la reducción en la actividad física o por enfermedades. Ambas situaciones pueden contrarrestarse con programas de entrenamiento físico (Papalia & Martorell, 2017).

La funcionalidad es otro componente fundamental de la salud en la vejez. Ésta se define como la “capacidad física y fisiológica para realizar tareas que se requieren para vivir de forma autónoma y enfrentar las demandas del ambiente” (IMSS, 2018, p. 71). La disminución de esta capacidad puede verse mermada durante la vejez, lo que incrementa la vulnerabilidad ante problemas de salud, institucionalización y mortalidad.

Por lo anterior, se requiere atender la capacidad funcional en este grupo etario y así disminuir la probabilidad de presentar discapacidades serias, como desequilibrio, deterioro cognitivo e inmovilidad. En este sentido, es importante realizar una evaluación funcional, ya que ésta determina la capacidad para realizar las *Actividades Básicas de la Vida Diaria* (ABVD), que son las actividades propias del autocuidado (como usar el retrete, comer, bañarse, continencia, facilidad de movimiento y vestirse); las *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria* (AIVD), que abarcan la capacidad para vivir de forma independiente, tanto individual como comunitariamente (utilizar el teléfono, realizar quehaceres del hogar, empleo de transporte, manipulación de medicamentos y realizar las compras) y se valora el *equilibrio* y la *marcha*. Las ventajas de la evaluación funcional son obtener información sobre el nivel de deterioro funcional que no se obtiene mediante el historial médico y facilitar la detección de riesgos de posibles problemas de salud importantes en la vejez, como la institucionalización y las caídas (IMSS, 2018; OPS & OMS, 2004).

### *Sensación y percepción*

La percepción sensorial también cambia en la vejez. La población adulta mayor suele presentar una reducción en su capacidad para percibir aromas y sabores básicos (ácido, dulce, amargo y salado), lo que dificulta la degustación de la comida (pues altera la identificación, selección, preferencia y consumo de alimentos) y aumenta la predilección por platillos con

lores que puedan ser más fácilmente percibidos. Por ende, aumentan las probabilidades de tener una dieta inapropiada y de presentar desnutrición o sobrepeso/ obesidad (Aliani et al., 2013; Bautista et al., 2013; Belsky, 1996; Lifshitz, 2013; Murphy & Vertrees, 2017; Paino et al., 2017; Schaie, 2003).

Al comparar a las personas mayores con individuos más jóvenes, las primeras suelen tener una predilección por sabores salados y dulces. Esto puede estar relacionado con una disminución en la percepción de sabores salados y del funcionamiento de áreas cerebrales involucradas con la identificación de sabores dulces, como el núcleo *accumbens*, la corteza orbitofrontal y el núcleo caudado. Por ende, se requiere una mayor cantidad de alimentos de este tipo para experimentar una satisfacción similar a cuando eran jóvenes. Otra posible explicación a esta preferencia es que existe una insuficiencia en el sistema de recompensa, provocado por una respuesta menos intensa de las vías dopaminérgicas –incluyendo la amígdala y los núcleos caudado y *accumbens*– (Murphy & Vertrees, 2017).

El oído y la vista también experimentan cambios en la vejez. En el caso del primero, decrementan la discriminación de sonidos y la actividad auditiva, disminuye la capacidad para percibir los tonos altos y sigue una dificultad para identificar frecuencias bajas. Esta condición se acelera por la exposición prolongada al ruido. La presbiacusia (pérdida auditiva en la vejez) se manifiesta como problemas para diferenciar los tonos agudos (i.e. consonantes y voces infantiles o de mujeres), por presentar menor capacidad para oír cuando alguien habla rápidamente, así como por dificultades para distinguir palabras cuando hay ruido de fondo. Algunos de estos cambios pueden compensarse mediante la utilización de aparatos que modifiquen las señales acústicas, aunque su uso es poco frecuente (Belsky, 1996; Ruiz et al., 2013; Schaie, 2003).

El deterioro auditivo produce grandes afectaciones en el bienestar individual, pues dificulta la comunicación e impacta en las relaciones interpersonales, ya que se pueden generar malentendidos. Además, algunas personas mayores tratan de ocultar sus problemas auditivos porque los relacionan con la fragilidad. Otras consecuencias de la disminución de la audición son a) el aumento de accidentes, b) aislamiento, c) reducción de la comunicación, d) paranoia (interpretar cosas que no se escucharon bien como comentarios hostiles) y e) disminución del rendimiento intelectual (Belsky, 1996; Schaie, 2003).

En cuanto a los cambios en la visión, se producen los siguientes: 1) una disminución en el número de bastones y conos; 2) el cristalino adquiere un tono amarillento (resultando en problemas para ver en zonas poco iluminadas y para diferenciar colores); 3) el cristalino se opaca generando una disminución de la agudeza visual (incapacidad para ver con claridad, lo que constituye un problema si no se corrige con lentes de contacto o gafas); 4) sensibilidad al deslumbramiento; 5) reducción de la visión nocturna; 6) presbiopía (dificultades para enfocar objetos de cerca de forma nítida); 7) disminución del campo de visión (complicando la diferenciación de objetos en la periferia); 8) reducción de la percepción de profundidad y textura; y 9) la pérdida de la facultad del iris para dilatarse (Belsky, 1996; Papalia & Martorell, 2017; Ruiz et al., 2013; Schaie, 2003).

Las enfermedades más comunes son las cataratas, el glaucoma, la degeneración macular senil, la retinopatía diabética y el desprendimiento de retina. El deterioro de la visión puede generar aislamiento, inseguridad, deterioro cognitivo, accidentes, dificultades para realizar actividades (i.e. hacer las compras, preparar alimentos y limpiar el hogar) y dependencia, por lo que el cuidado visual es esencial para evitar estas complicaciones (Belsky, 1996; Papalia & Martorell, 2017; Schaie, 2003).

Ahora bien, los cambios sensoriales en la vejez pueden confundirse con ciertas enfermedades. Por ejemplo, las dificultades para escuchar pueden manifestarse como respuestas incoherentes y ser diagnosticadas, erróneamente, como demencia. Los problemas para moverse y caminar pueden tomarse como desorientación (aun cuando no se manifiestan señales de desconocimiento del lugar). Por lo tanto, la atención durante la vejez requiere un diagnóstico diferencial mediante procedimientos adicionales a la historia clínica y a la observación, como la imagen de resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés) (Salvarezza, 1999; Shuman, 2018).

### *Órganos internos*

Cuando se rebasan los cuarenta años de edad se necesitan menores cantidades de oxígeno cuando se está en reposo y se reduce la capacidad pulmonar para captarlo, aunado a una disminución de la elasticidad del tejido pulmonar. Además, los músculos cardíacos se hacen más rígidos, se recuperan de la tensión con mayor dificultad y hay una reducción en la frecuencia cardíaca máxima durante el esfuerzo y en el consumo máximo de oxígeno ( $VO_2$  máx.). Sin embargo, ambos pueden regularse con el ejercicio físico (Lemme, 2003; *Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report*, 1952; Ruiz et al., 2013).

En cuanto al sistema digestivo, el envejecimiento comienza en los dientes. A partir de los 50 años de edad, los tejidos de la boca y la consistencia de las mucosas se alteran, la boca se reseca y los dientes se deterioran y oscurecen. Es común la pérdida de una o varias piezas dentales, en ocasiones sustituidas con dentadura postiza. Muchos de estos cambios tienen una relación con el uso de fármacos, con ciertas patologías y con variables culturales y socioeconómicas (Castrejón-Pérez et al., 2017; González et al., 2013; Kiyak, 1984; Schaie, 2003).

Los cambios en la masticación también se relacionan con una reducción y aplanamiento de las papilas gustativas, con dolor o dificultad para masticar y, por tanto, con la preferencia por alimentos blandos. Además, las continuas contracciones del esófago pueden entorpecer la deglución de la comida y, junto con el adelgazamiento de la mucosa gástrica y el incremento del pH, decreta la absorción del hierro y del calcio. Todo lo anterior puede interferir en el proceso de absorción de fármacos y de nutrientes (Belsky, 1996; Lifshitz, 2013).

### *Órganos externos y apariencia*

La piel constituye la primera defensa contra cambios en la temperatura, patógenos, toxinas ambientales y lesiones. La condición de la piel en la vejez depende de factores intrínsecos o extrínsecos (i.e. exposición a factores ambientales, hidratación) (Cowdell & Garrett, 2014; Fletcher, 2005; Universidad Iberoamericana et al., 2012).

La reducción de la actividad de las glándulas sebáceas relacionada con el envejecimiento provoca resequedad de la piel. Ésta también pierde elasticidad, por lo que aparecen arrugas, surcos y flacidez. Las zonas de la piel expuestas constantemente a la luz solar suelen presentar manchas y tienen una apariencia curtida. Por estos cambios, la piel de la persona mayor es una barrera menos efectiva ante agentes ambientales (i.e. radiación solar, viento), infecciones y es más lenta para recuperarse de heridas (Belsky, 1996; Cowdell & Garrett, 2014; Lemme, 2003; Salvarezza, 1999; Schaie, 2003).

Una de las características más notables y representativas de la vejez es el color del cabello, pues se encanece (pierde color) y se hace más fino porque las células del folículo piloso disminuyen su producción de pigmento o mueren (Belsky, 1996; Schaie, 2003).

### *Sueño y ciclos biológicos*

La duración del sueño varía a lo largo del desarrollo humano. En un día, los recién nacidos duermen 16 horas aproximadamente. Ese tiempo se reduce un 50% durante la adolescencia y adultez. En la vejez, las personas duermen de cinco a siete horas en promedio, lo cual se relaciona con una reducción en la producción de la melatonina (Chara, 2019; Estrella & Torres, 2015; IMSS, 2018).

Las variaciones del sueño esperadas en esta etapa vital son 1) una disminución de las horas de sueño, 2) incremento en la fase de vigilia durante las noches (frecuentemente interpretado como un trastorno tanto por la persona como por la familia), 3) intensificación de la etapa uno del sueño, 4) aumento de la necesidad de dormir, 5) fragmentación del sueño (lapsos de sueño más breves y despertares más frecuentes) y 6) disminución del sueño de ondas lentas (SWS por sus siglas en inglés), relacionado con una reducción en la amplitud y cantidad de ondas delta. Por otra parte, las etapas 2 y de sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR) se mantienen inalteradas hasta una edad avanzada (Ángeles-Castellanos et al., 2011; IMSS, 2018; Lama, 2003; Light et al., 2011; Mueller et al., 2015; Pace-Schott & Spencer, 2015; Papalia & Martorell, 2017; Rissling & Ancoli-Israel, 2009; Schaie, 2003).

Es importante aclarar que la calidad del sueño no necesariamente decreta en la vejez, por lo que las dificultades para dormir deben indagarse a profundidad si la persona indica que impacta de manera negativa en sus procesos cognitivos o en las ABVD (IMSS, 2018; Yunus et al., 2019).

Algunos ciclos de los seres humanos están influidos por la luz solar, ya que ésta indica la distribución de las tareas cotidianas a lo largo del día y, además, regula ciertos factores



fisiológicos. El sistema circadiano es un sistema dentro del organismo que tiene como función moderar los ritmos biológicos de forma endógena, ya que éstos se sincronizan con la luz recibida por la retina (aunque otros factores que también regulan estos ritmos son las interacciones sociales, la actividad física y las horas de comida). Este sistema se encuentra, principalmente, en los núcleos supraquiasmáticos del hipotálamo (NSQ), quienes modulan los ritmos biológicos del sueño, la temperatura, la motricidad, la conducta sexual y la ingesta alimentaria (Ángeles-Castellanos et al., 2011; Pace-Schott & Spencer, 2015; Rissling & Ancoli-Israel, 2009).

Los ritmos circadianos se modifican con el paso del tiempo. En la vejez, éstos se desincronizan, se vuelven más frágiles y pierden su amplitud. Esto puede deberse tanto a las modificaciones cerebrales, al proceso de envejecimiento, al sueño y a los mismos relojes biológicos, ya que tanto el proceso de envejecimiento genera cambios en el sistema circadiano como éstos últimos promueven el envejecimiento. Además, el sueño puede modificar la estructura cerebral y ésta, a su vez, podría alterar el sueño (Amorim et al., 2018; Ángeles-Castellanos et al., 2011; Rissling & Ancoli-Israel, 2009).

### *Sexualidad*

A continuación, se enuncian algunos cambios en la sexualidad y en la función sexual relacionados con el envejecimiento primario:

- a) En las mujeres, la menopausia se acompaña de una reducción en los niveles de estrógeno, generando adelgazamiento y resequedad en los revestimientos de la uretra y vagina, lo que incrementa las probabilidades de adquirir infecciones en el tracto urinario, presentar incontinencia urinaria, e incluso el intercambio sexual puede ser

doloroso. También se reduce el tamaño del útero, labios, ovarios y clítoris. Algunos síntomas de la menopausia pueden obstaculizar el interés sexual, pues se presentan cambios de humor, hay una reducción de la respuesta sexual y se experimentan bochornos. Estos cambios físicos pueden controlarse con la Terapia de Reemplazo Hormonal (*Estrogen Replacement Therapy*, ERT por sus siglas en inglés) y con la práctica periódica de intercambio sexual, el empleo de lubricantes solubles en agua, la práctica de los ejercicios de Kegel o la estimulación genital.

- b) En los hombres, disminuyen los niveles de hormonas como la testosterona, lo que genera erecciones menos firmes, se presenta la reducción en la producción de semen y en el tamaño de los testículos. Además, incrementa el tiempo que transcurre entre una eyaculación y otra erección.
- c) En hombres y mujeres es frecuente y normal que, durante la relación sexual, se sienta fatiga e incrementen las frecuencias respiratoria y cardiaca (Mueller, 1997).

Las disfunciones sexuales en la vejez están más relacionadas con factores sociales (estigma) y psicológicos que con los cambios físicos. En el caso de los factores psicológicos, cuando las personas mayores han tenido una cirugía que impacta en la autoimagen (i.e., colonoscopia y mastectomía), es común que se presente depresión, enojo y miedo al rechazo, lo que repercute de manera negativa en la vida sexual, por lo que se ha recomendado buscar posiciones sexuales más cómodas o, en su caso, reemplazar el coito con caricias, masajes y abrazos (Hernández-Fernández et al., 2017; Mueller, 1997).

#### *Peso y vulnerabilidad a enfermedades*

Es frecuente que en la vejez disminuya el peso corporal. Cualquier pérdida de peso en esta etapa debe vigilarse, independientemente del peso inicial, pues ésta puede ir acompañada de

una disminución en la masa muscular o de daño orgánico. Por esta razón, los cambios en la dieta siempre deben ser monitoreados e ir acompañados de actividad física (Lifshitz, 2013; Ruiz et al., 2013; Santrock, 2006).

En cuanto al IMC, éste se calcula a partir del peso en kilogramos y la estatura en metros. Los valores establecidos para determinar el estado nutricional de las personas mayores son: 1) el bajo peso es menor o igual a  $23 \text{ kg/m}^2$ , 2) el peso normal se encuentra entre  $23$  y  $28 \text{ kg/m}^2$ , 3) el sobrepeso se encuentra entre  $28.1$  y  $29.9 \text{ kg/m}^2$ , y 4) la obesidad es igual o mayor a  $30 \text{ kg/m}^2$  (IMSS, 2018).

Por otra parte, la masa corporal magra (MCM) está compuesta por órganos, huesos y músculos y representa hasta un 75% del peso corporal. Del 43 al 55% de la MCM está conformada por masa muscular y tiene funciones inmunológicas y proporciona balance, calor y movilidad, además de ser el principal reservorio de proteínas. Por esta razón, la pérdida de músculo aumenta la susceptibilidad a infecciones, fracturas, debilidad, caídas y genera una recuperación más lenta en casos de intervenciones quirúrgicas (D'Hyver, 2013).

Ahora bien, la fragilidad, que consiste en una reducción de la reserva fisiológica generando vulnerabilidad ante situaciones desfavorables, estresantes y relacionadas con el envejecimiento, se asocia con ser mujer, tener bajos ingresos económicos, edad, tener un bajo nivel educativo y una baja autopercepción de la salud. La sarcopenia (síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de la masa muscular esquelética) (D'Hyver, 2013) forma parte del síndrome de fragilidad y supone una fuerte pérdida de la MCM (IMSS, 2018).

La sarcopenia comienza en la cuarta década de la vida, acelerándose hasta un 15% a los 70 años de edad y genera una reducción en la fuerza y un aumento en la grasa corporal,

resultando en una disminución de la capacidad física, aeróbica, metabólica y funcional. Su evolución genera discapacidad, abatimiento funcional, dependencia y mayor riesgo de fallecer (IMSS, 2018).

La disminución de la masa muscular es más veloz en los hombres y en personas que no realizan actividad física. Los factores de riesgo son genéticos, físicos (i.e. enfermedades no transmisibles, hormonas, obesidad), educativos y de estilo de vida (i.e. dieta, actividad física, tabaquismo); asimismo, el consumo de algunos fármacos podría estar relacionado con el desarrollo de la sarcopenia (D'Hyver, 2013).

Ante esta enfermedad, la medida más recomendada es la prevención. La educación y la práctica de estilos de vida saludables que incluyan una alimentación balanceada y con buen contenido proteínico, así como la práctica regular de ejercicio son factores protectores de la sarcopenia. En el caso de las personas mayores, es importante continuar realizando actividad física o ejercicio y tener una dieta equilibrada que incluya un consumo diario de 1.2 a 1.5 g. de proteínas por kg de peso corporal y, dependiendo del caso, también se sugiere ingerir suplementos alimenticios) (D'Hyver, 2013).

Diversas enfermedades presentan signos y síntomas distintos, dependiendo de la edad en la que se presentan, por ejemplo, los síntomas de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante la vejez, incluyen incontinencia urinaria, confusión y ceguera. Como las personas mayores comúnmente experimentan menos sed, es posible que no se sospeche la presencia de esta enfermedad. Además, la deshidratación y la ausencia de poliuria (incremento en la cantidad de orina diaria) y de glucosuria (presencia de altos niveles de glucosa en la orina) son frecuentes en este grupo. Por tanto, el diagnóstico de la DM2 en la vejez es diferente al de las personas más jóvenes (Lifshitz, 2013).

En este sentido, se cree que la edad es uno de los factores más importantes para desarrollar DM2. Sin embargo, cabe señalar que su incidencia disminuye exponencialmente después de la séptima década de la vida y la alta prevalencia de diabetes en la vejez está mayormente relacionada con un diagnóstico temprano de la misma pero que, con el tratamiento adecuado, ha permitido que las personas vivan más años (Lifshitz, 2013).

Otras enfermedades comunes en la vejez son la artritis, la osteoporosis y la arteriosclerosis. La primera es una inflamación de las articulaciones que genera rigidez, dolor y dificultades para moverse. La artritis puede perjudicar a las rodillas, a los dedos de las manos, la cadera, las vértebras o los tobillos. Por otra parte, la osteoporosis es una pérdida importante del tejido óseo; ésta es más frecuente en mujeres y está asociada con bajos niveles de vitamina D, calcio y estrógeno, así como con sedentarismo. Por último, la arteriosclerosis se produce por una acumulación de plaquetas en las arterias, lo que obstruye el flujo sanguíneo e incrementa las probabilidades de presentar angina de pecho, infartos o una embolia cerebral (Lemme, 2003; Santrock, 2006).

Las enfermedades cardiovasculares también se presentan en gran proporción en la vejez (i.e. hipertensión arterial, enfermedad de las arterias coronarias y del corazón) y están fuertemente relacionadas con altos niveles de colesterol LDL y con los triglicéridos, los cuales incrementan el riesgo de presentar una cardiopatía isquémica, es decir, infartos al miocardio o angina de pecho; otra enfermedad común es el cáncer. Al igual que con otras enfermedades, puede presentarse a cualquier edad; sin embargo, se incrementa el riesgo durante la vejez, y los tipos de cáncer más frecuentes en las personas de más de 65 años son el de próstata, de mama, vejiga urinaria, pulmón, útero, estómago y colon-recto (Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Finalmente, el tratamiento para las enfermedades no transmisibles, como la DM2, se enfoca en fomentar el aprendizaje o fortalecimiento de habilidades de autocuidado, autocontrol y automonitoreo. Asimismo, es fundamental promover la adopción de hábitos saludables alcanzables y realistas, considerando la calidad y expectativa de vida, así como la participación de la familia, evitar la innecesaria pérdida de peso corporal e informar a las personas sobre su condición y el proceso a seguir para adaptarse a vivir con la enfermedad (Lifshitz, 2013). Lo anterior, señala la importancia de brindar servicios de atención a la salud gerontológica de calidad y de manera multidisciplinaria con la finalidad de fomentar la calidad de vida y disminuir la fragilidad durante la vejez.

#### 1.6.2 Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos hacen referencia a las modificaciones en los procesos mentales, así como en las habilidades motoras y cognoscitivas (i.e. pensamiento, memoria, lenguaje, aprendizaje, inteligencia). También obedece a las modificaciones en los impulsos, la personalidad, las emociones, las sensaciones y la motivación. Algunas áreas donde se manifiestan los cambios psicológicos son aquellas relacionadas con la respuesta y adaptación a los cambios situacionales y las que se asocian con procesos mentales y las funciones cognitivas (INADI & Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017; Santrock, 2006). A continuación, se presentan algunos procesos mentales que experimentan cambios durante la vejez.

##### *Procesos cognoscitivos*

Los cambios en los procesos cognitivos relacionados con el envejecimiento involucran a la atención, memoria, velocidad perceptiva y razonamiento lingüístico. La disminución en la atención presentada en la vejez se debe, en parte, a que los intereses, motivaciones y

reacciones emocionales son distintos a los de otras etapas de la vida, por lo que la calidad de la atención disminuye y aumenta el esfuerzo requerido para enfocarse en un solo estímulo. La atención selectiva –capacidad para concentrarse en un elemento específico considerado como sobresaliente mientras se ignoran otros elementos irrelevantes– suele ser menor en la vejez. No obstante, cuando se realizan evaluaciones de la atención en personas mayores se ha detectado que, si se brinda la oportunidad de practicar la tarea con anterioridad, su desempeño es similar al de personas más jóvenes. Por otra parte, la atención dividida –capacidad para centrarse en varias actividades a la vez– es menos eficiente, especialmente si las actividades son complejas (Giró, 2005; Santrock, 2006).

Las capacidades de razonamiento lingüístico se mantienen e, incluso, incrementan conforme aumenta la edad. Es posible que las habilidades para conocer, entender y emplear palabras sean superiores en las personas mayores cuando se comparan con otros grupos de edad (Giró, 2005; Pace-Schott & Spencer, 2015).

La memoria sensorial –almacenamiento breve de información adquirida mediante los órganos de los sentidos–, a largo plazo –almacenamiento de información obtenida a lo largo de la vida–, autobiográfica, emocional y semántica –conformada por el conocimiento sobre el mundo– se mantienen estables a lo largo de la vida. Sin embargo, la memoria a corto plazo –encargada del almacenamiento de información relevante en un corto periodo de tiempo– y la episódica –donde se conserva información sobre cuándo y dónde sucedieron diferentes eventos– sí llegan a presentar dificultades en la vejez. Esto, sobre todo, se relaciona con la forma como se almacena la información, con una disminución en la velocidad perceptiva –capacidad para llevar a cabo actividades perceptivas y motrices sencillas– y con la velocidad del procesamiento de la información (Pace-Schott & Spencer, 2015; Santrock, 2006).

Es frecuente que las funciones cognitivas de las personas mayores se compensen hasta cierto punto. Esto sucede porque el cerebro trata de contrarrestar los procesos cognitivos disminuidos mediante una mayor activación de neuronas para procesar la información o mediante la activación considerablemente superior en una misma área cerebral (Fernández-Ballesteros, 2014; Murphy & Vertrees, 2017).

### *Procesos emocionales y de personalidad*

La autorregulación emocional y las habilidades para enfrentar problemas suelen fortalecerse cuando se llega a la vejez. El afecto negativo generalmente disminuye, al igual que la tendencia a experimentar emociones displacenteras (Fernández-Ballesteros, 2014; Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017).

También es habitual la adopción de un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción (es decir, el estilo enfocado en la regulación de respuestas emocionales ante eventos complicados lo cual reduce su impacto psicológico o físico), especialmente al detectar la dificultad o imposibilidad de resolución de un problema. Esto implica un alto nivel de regulación emocional. A pesar de que es más frecuente un estilo enfocado en la emoción, también es frecuente que, dependiendo de la situación, se adopte un estilo centrado en el problema (o sea, emplear estrategias con el objetivo de controlar, eliminar o mejorar una problemática) (Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017).

Por otra parte, la teoría del apego sostiene que los primeros vínculos con nuestros (as) cuidadores (as) moldearán nuestras relaciones futuras. Actualmente se conoce muy poco sobre cómo se dan los tipos de apego a lo largo del ciclo de la vida. Hasta ahora se piensa que el estilo de apego podría conservarse a lo largo del tiempo, pero este también podría



ajustarse a las nuevas vivencias y formaciones de vínculos. Los estilos ansioso y evitativo pueden ser menos intensos en la vejez. Sin embargo, los resultados de las pocas investigaciones realizadas sobre este tema no han sido concluyentes, ya que los efectos pueden deberse a las discrepancias entre grupos de edad y no necesariamente a los procesos de desarrollo per se (Jarrett, 2019).

Se han discutido los cambios en los rasgos de personalidad en la vejez (Craig & Baucum, 2009; Lemme, 2003). Los modelos enfocados en los rasgos de personalidad (es decir, inclinaciones o tendencias de comportamiento, aunque no son los únicos determinantes de la conducta) refieren que el neuroticismo (tendencia a vivir emociones, pensamientos y conductas displacenteras de forma regular, como hostilidad, culpa, ansiedad e inseguridad) puede reducirse conforme aumenta la edad, mientras que la apertura a nuevas experiencias e ideas puede incrementar (Lemme, 2003).

Otras situaciones comunes en la vejez y que generan una gran cantidad de emociones y sensaciones displacenteras son los duelos. Éstos suelen ser más frecuentes y numerosos que en otras etapas de la vida. La experiencia de múltiples pérdidas significativas (i.e. la pareja, la salud, el nivel socioeconómico, la independencia) puede generar baja autoestima, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y aumentar el consumo de sustancias psicoactivas (Souza & Cruz, 2008).

Otros elementos individuales que son susceptibles de cambio con el paso de los años son las actitudes, el autoconcepto, las conductas sociales, la identidad y las opiniones. A pesar de la gran variabilidad entre personas adultas mayores, es posible que el aburrimiento, la depresión, el descontento, la soledad y la desdicha decrementen y que la calidez, la

autoconfianza, la flexibilidad, la estabilidad emocional y la escrupulosidad incrementen (Lemme, 2003).

En un estudio longitudinal conocido como BOLSA (*Bonner Längsschnittstudie des Alterns*, por sus siglas en alemán o Estudio Longitudinal de Bonn sobre el Envejecimiento), se llevaron a cabo una serie de mediciones psicológicas y médicas de personas nacidas entre 1890-1895 y 1900-1905. La primera medición se realizó en 1965 y se hicieron siete seguimientos hasta 1980. Los resultados indicaron que una vejez satisfactoria dependía de la apreciación subjetiva y de la evaluación de las circunstancias de la persona, así como de la adopción de una filosofía de vida centrada en el logro de metas y valores (Lehr & Thomaе, 2003; Rott & Thomaе, 1991; Sociedad Gerontológica y Geriátrica Alemana, 2002).

### *Sabiduría*

La sabiduría es un componente altamente asociado con la vejez, pero es difícil de definir y de evaluar. Una de las definiciones de sabiduría la considera como un conocimiento especializado y experto enfocado en los aspectos prácticos de la existencia, resaltando las situaciones más relevantes e inciertas de la vida y que ayuda a resolver o enfrentar problemas. La sabiduría puede dividirse en cinco categorías: 1) conocimiento factual y 2) conocimiento procedimental, ambos relacionados con los aspectos prácticos de la vida, 3) conocimiento de los contextos y del cambio social, 4) conocimiento sobre la relatividad de los valores y de la existencia y 5) conocimiento que considera lo incierto de la vida (Craig & Baucum, 2009; Grossmann et al., 2012; Lemme, 2003).

Otra teoría de la sabiduría propone que existen varios esquemas cognoscitivos relacionados con ésta, como ver las situaciones de una forma más amplia, comprender otros

puntos de vista, saber las posibles consecuencias de un conflicto, tendencia a comprometerse, sensibilidad ante los cambios en las relaciones interpersonales y un enfoque en la solución de problemas (Grossmann et al., 2012).

La sabiduría se compone del entendimiento de que las metas y valores son distintos entre individuos y grupos, de la identificación de los contextos donde se vive y cómo éstos se modifican con el tiempo, del reconocimiento y aceptación de la incertidumbre y del significado de la vida, así como de la identificación de las propias limitaciones. Otros componentes son la síntesis de la emoción y el razonamiento derivados de la experiencia directa o indirecta de los sucesos vitales (Grossmann et al., 2012; Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017).

A pesar de las dificultades para definir y medir a la sabiduría, ésta suele ser considerada como uno de los objetivos del desarrollo humano. Ha sido relacionada con la vejez y, a pesar de que es más probable que esta etapa vaya acompañada de una gran cantidad de capacidades sociales e individuales, de estrategias de autorregulación emocional, de experiencias, de habilidades para escuchar y aconsejar a otras personas, de tácticas creativas y de facilidad para reflexionar sobre distintas situaciones, no todas las personas mayores cuentan con estas amplias experiencias y el estereotipo de vejez como sinónimo de sabiduría podría ser dañino para quienes no cumplen con estas expectativas (Hinchliff, 2016; Lemme, 2003).

En la vejez también pueden presentarse alteraciones en la salud mental, algunas de las cuales se mencionan a continuación. De acuerdo con la OMS (2017), cerca de 20% de las personas de 60 años y más presentan algún trastorno mental o neural, mientras que 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Además, los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de esta población, y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas corresponden casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por suicidio corresponden a personas adultas mayores. Sin embargo, los sistemas de salud y las mismas personas adultas mayores desconocen la dimensión de los problemas de salud mental en esta etapa vital.

La prevalencia de depresión en este grupo etario es de 7% y representa 5.7% de los años vividos con discapacidad, cuyas comorbilidades son el deterioro cognitivo, la presencia de discapacidad (es) o de enfermedades no transmisibles. La depresión puede desencadenarse por los cambios biopsicosociales vividos en la vejez, por ejemplo, el cambio del estado civil, el desempleo, entre otros. Además de los factores de riesgo para la población en general, en las personas mayores se exagera la privación de la capacidad de vivir de manera independiente, por el dolor crónico, las dificultades en la movilidad, la fragilidad y la presencia de problemas en la salud física, así como por el maltrato (Papalia & Martorell, 2017).

Otra de las enfermedades mentales más frecuentes deterioro cognitivo leve (DCL) y las demencias. Se considera que el DCL es una fase de transición a la demencia, ya que quienes presentan este deterioro tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (EA, o demencia de tipo Alzheimer, DTA), que es el tipo de demencia más común (Chaves, 2015; Pace-Schott & Spencer, 2015).

El DCL es una perturbación de las capacidades mentales superiores, especialmente de la memoria (aunque también incluye la función visoespacial, atención, lenguaje o funciones ejecutivas), en un grado mayor al esperado para el estado de salud, edad y nivel

educativo de una persona. Este implica un obstáculo para realizar tareas cotidianas, suele ser reportado por la misma persona o por alguien cercano y tiene que ser confirmado con una valoración neuropsicológica (Castañeda, 2001; González, 2013; IMSS, 2018).

Si el DCL no recibe un diagnóstico oportuno y un tratamiento neuropsicológico, farmacológico y psicoterapéuticos (consistente principalmente en técnicas de mantenimiento de las funciones cognitivas por el mayor tiempo posible), incrementarán las probabilidades de que evolucione a una demencia. Se estima que esta última prevalece en cerca de 47,5 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2017).

La demencia es uno de los trastornos mentales con mayor impacto en la vejez y puede definirse como un trastorno donde se deterioran diversas funciones mentales superiores (i.e. memoria, lenguaje, razonamiento) de forma progresiva e irreversible en algunos casos (i.e. DTA). Ésta impacta en distintas áreas de la vida de quien la padece (incluyendo incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas, desinhibición, apatía, trastornos del afecto, incontinencia, trastornos del sueño, alucinaciones, desinterés y agitación psicomotriz) y de las personas que la rodean, por lo que se deteriora la calidad de vida de las personas (Castañeda, 2001; Giró, 2005; González, 2013; IMSS, 2018; Santrock, 2006; Shuman, 2018).

Los primeros síntomas de la demencia son pequeños olvidos que tienden a ser interpretados como agotamiento o como cuadros depresivos. Es frecuente que los familiares cercanos o los (as) compañeros (as) de trabajo sean los primeros en notar estos cambios. Conforme el trastorno progresa, se presentan problemas para recordar nombres, conversaciones o reuniones, además de episodios de desorientación, variaciones bruscas del humor e incapacidad para reconocer a otras personas o para llevar a cabo actividades personales (Giró, 2005; Santrock, 2006).

### 1.6.3 Cambios sociales

Los cambios sociales aluden a interacciones, condiciones, actividades, estatus y roles asumidos para la edad cronológica (i.e., dirigirse con respeto, la forma de expresarse y la vestimenta). Esta experiencia social influye en cómo se vivirá la vejez, ya sea de forma positiva o negativa (INADI & Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017; Lemme, 2003; Verduzco, 2018).

#### *La sociedad y la vejez*

La posición social de la senectud en una sociedad en específico suele mostrar su organización económica y política, su ideología, valores culturales y costumbres. Para comprender el fenómeno del envejecimiento es importante explorar el entorno social en el que se desarrolla, pues este influirá en la forma como se vivirá la vejez (Kimmel, 1990; Lehr & Thomae, 2003).

Un término empleado para hablar del impacto de los factores sociales en la senectud es el de *reloj social*. Éste hace referencia a las normas determinadas socialmente sobre lo que se debe y no se debe hacer dependiendo de la edad cronológica. El problema con estas normas es que, de realizarlas «después de tiempo», es altamente probable experimentar angustia y estrés. Ya que la edad cronológica no es suficiente para abarcar la diversidad entre personas, se sugirió el término de *ciclo vital fluido* para proponer un ciclo de vida no lineal ni metódico, sino variable y modificable, acorde con los cambios históricos y sociales, donde los indicadores y normas sociales se desvanecen y son menos rígidos (Lemme, 2003).

#### *Características sociales*

Uno de los factores sociales que se asocia con la manera en que las personas viven la vejez es el nivel socioeconómico, el cual se relaciona con la expectativa de vida, la condición de

salud y con el acceso a oportunidades laborales. En general, las personas adultas mayores con ingresos más altos suelen tener un mejor estado de salud en la vejez, pues tuvieron y tienen acceso a servicios de salud de mejor calidad, están expuestos a menores riesgos en el trabajo, a una mayor disposición de alimentos de mejor calidad y más oportunidades de desarrollarse en un ambiente seguro, en comparación con las personas mayores con ingresos económicos bajos (Kimmel, 1990; Lemme, 2003).

### *Jubilación y vida laboral*

La vida laboral posee una gran importancia en la vida de las personas de cualquier edad, pues es más que una simple estrategia de supervivencia económica. Ésta determina el rol social, regula el ritmo y la actividad cotidiana, genera redes sociales, contribuye a la creatividad, ofrece un significado a la acción individual e influye en la autoestima. Incluso, para muchas personas constituye el punto central de sus intereses y motivaciones, por lo que su cese es un duelo que puede ir asociado con otras pérdidas no sólo económicas, sino sociales (Aranda et al., 2001; Sirlin, 2007).

Es común que las personas adultas mayores atraviesen por el proceso de jubilación o de retiro laboral. Para algunas personas éste es un proceso inevitable que pauta el comienzo de una nueva etapa. Este proceso crea exigencias y expectativas para el propio individuo y para su círculo cercano e involucra cambios que se convierten en problemas a resolver, siendo los más importantes la reestructuración de rutinas, la búsqueda de un nuevo estatus, la redefinición de la identidad, la reorganización de los roles familiares y la necesidad de utilizar otra forma de inserción social distinta a la empleada en el trabajo (Aguilera, 2010; Papalia et al., 2012; Sahagún et al., 2014).

La forma como una persona vivirá su jubilación depende de varios factores, como 1) los laborales (i.e. nivel de desgaste y exigencia, tipo de actividad laboral, morbilidad ocupacional, carácter alentador del trabajo), 2) personales (i.e. edad, nivel educativo, estado de salud, género, tipo de relaciones familiares, personalidad, ingresos económicos, estado civil), 3) sociales (i.e. red de apoyo) y 4) propios de la jubilación (i.e. actividades de reemplazo, planificación de la jubilación, motivación para jubilarse, actitudes, tipo de jubilación) (Aguilera, 2010; Papalia et al., 2012; Sirlin, 2007).

Aún después de la jubilación una gran cantidad de personas continúa realizando actividades laborales (más por necesidad que por gusto). Esto se asocia, en parte, con el nivel educativo, la experiencia laboral, las brechas de género, entre otros elementos, ya que, en general, los hombres suelen contar con mayor escolaridad que las mujeres, lo que les permite obtener trabajos mejor remunerados y mejores condiciones de jubilación (Albala et al., 2005).

### *Redes sociales*

La red social se define como un conjunto de relaciones interpersonales que proporcionan ayudas y apoyos de tipo material, informativo, emocional, de servicio, entre otros. Su importancia radica en que favorecen la prevención de situaciones adversas, como dificultades físicas y emocionales o estresantes (IMSS, 2018).

La cantidad y calidad de redes de apoyo durante la vejez, pueden modificarse por causas como la jubilación, el fallecimiento de personas cercanas (i.e., parientes o amistades), la falta de oportunidades para formar relaciones nuevas y/o la incorporación a una residencia para personas mayores, es importante diferenciar el número de redes de la calidad de éstas, ya que, de acuerdo con la teoría socioemocional de la selectividad, la reducción de vínculos



se debe a que las personas eligen premeditada e intencionalmente a quienes consideran de mayor importancia, por lo que prefieren la calidad a la cantidad (Arias, 2009).

El apoyo social durante la vejez, implica modificaciones, que obedece a modelos familiares (i.e., disminución de la cantidad de integrantes, cambios en la idea del matrimonio, modificación de los roles de género), así como al limitado alcance de los programas gubernamentales y privados que aunados al envejecimiento de la población, han ocasionado un quebranto en la sostenibilidad de estos apoyos sociales, por lo que es importante buscar nuevas formas de satisfacer las demandas de atención de este grupo poblacional (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

## 1.7 Teorías del envejecimiento

El proceso de envejecimiento ha sido explicado mediante diferentes teorías o modelos, algunos se enfocan en la disminución y declive de algunas funciones, mientras que otros contemplan, simultáneamente, los cambios biopsicosociales. Las teorías del envejecimiento se pueden dividir en dos grandes grupos: las teorías biológicas y las teorías psicosociales. Debido a la complejidad del envejecimiento, es fundamental considerarlo como el resultado de un conjunto de variables tanto contextuales (i.e., sociales, ambientales e históricas) como innatas (biológicas y genéticas) (Fernández-Ballesteros, 2014; INGER, 2017; Lemme, 2003; Ortín & Garcés, 2014).

### 1.7.1 Teorías biológicas

La senectud y el fallecimiento son procesos derivados de agentes exógenos (como los daños ambientales, los accidentes, las infecciones o los contaminantes) o endógenos (procesos automáticos donde se dañan las células con el paso del tiempo). De acuerdo con estas teorías, el envejecimiento es resultado de los deterioros acumulados con los años, los cuales agotan

o sobrepasan la capacidad del organismo para reponerse. Estos postulados se clasifican en dos: las teorías del envejecimiento programado –también denominadas genéticas o del desarrollo– y las del envejecimiento estocástico o al azar (Lemme, 2003; Schaie, 2003).

#### 1.7.1.1 Teorías del envejecimiento programado

También conocidas como teorías por diseño o del reloj celular, argumentan que nuestros genes regulan y provocan nuestro envejecimiento y muerte como parte natural del desarrollo. El sustento de estas teorías se encuentra en las siguientes observaciones: 1) los años de vida son característicos de cada familia; 2) el tiempo de vida de cada especie tiene una duración máxima propia de esa especie; 3) las modificaciones del envejecimiento se presentan con tal frecuencia que no se podrían concebir como un proceso azaroso o circunstancial; y 4) hay pruebas de los mecanismos que controlan los cambios biológicos. La principal crítica a estas teorías es que no explican por qué el envejecimiento humano es distinto entre individuos (Belsky, 1996; Craig & Baucum, 2009; Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017; Santrock, 2006). A continuación, se exponen las principales teorías del envejecimiento programado.

#### *Teorías del envejecimiento metabólico*

Se ha encontrado que la restricción calórica de hasta un 40% en ratas y ratones (pero manteniendo los niveles necesarios de vitaminas y nutrientes) se relaciona con un aumento en la longevidad de hasta un 35%. Las adaptaciones actuales a estas teorías señalan que el desgaste de las mitocondrias (elementos encargados de producir la mayor parte de la energía metabólica) provocado por la metabolización del oxígeno se almacena con el tiempo y, gradualmente, daña el funcionamiento de las células (Lemme, 2003; Schaie, 2003).

### ***Teorías del envejecimiento neuroendócrino***

Se basan en la reducción de las funciones de los circuitos neuronales encargados de regular a la glándula de la hipófisis y el hipotálamo (estructura responsable de la coordinación de funciones fundamentales, como el desarrollo sexual y el crecimiento físico o la regulación de la temperatura corporal, la alimentación y la conducta sexual), así como en el declive del sistema endócrino. Esto tendría consecuencias dañinas para la salud y la longevidad de los seres humanos, ya que estos sistemas tienen un rol en la regulación de diversas funciones corporales y en la reacción al estrés. Además, esta teoría sostiene que una reducción en la síntesis de ciertas hormonas, como el estrógeno (implicado en el envejecimiento del sistema reproductor de las mujeres), la hormona del crecimiento (GH) y la dehidroepiandrosterona (DHEA), puede estar relacionada con el proceso de envejecimiento (Belsky, 1996; Craig & Baucum, 2009; Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017; Schaie, 2003).

### ***Teoría del envejecimiento inmunitario***

Refieren que el sistema inmunitario alcanza su máximo en la segunda década de la vida. Con el paso de los años, éste se deteriora o debilita gradualmente, provocando una reducción en su facultad para defender al organismo de antígenos, incrementando la adquisición de infecciones y aumentando las enfermedades autoinmunes (caracterizadas por un ataque a las propias células corporales), como el cáncer, la neumonía y la arterosclerosis (Belsky, 1996; Craig & Baucum, 2009; Lemme, 2003; Schaie, 2003).

#### 1.7.1.2 Teorías del envejecimiento estocástico

También conocidas como teorías del envejecimiento de deterioro y desgaste, por accidente o al azar, postulan que este proceso es resultado de un cúmulo de daños externos e internos

adquiridos a lo largo de la vida. Estas teorías argumentan que la acumulación de los daños ocasionados por patologías, heridas, exposiciones a agentes dañinos, entre otros, se almacenan de tal manera que los mecanismos de restauración del organismo empiezan a fallar y las células vulneradas comienzan a expandirse, provocando irregularidades orgánicas y culminando con el fallecimiento de la persona (Belsky, 1996; Craig & Baucum, 2009; Lemme, 2003). A continuación, se mencionan algunas teorías.

### ***Teoría del enlace transversal***

Propone que los daños orgánicos y el proceso de envejecimiento se deben a la acumulación de las fibras proteicas que, idealmente, se encontrarían divididas. Esto sucede por la unión de la glucosa con las proteínas, generando un compuesto que solidifica a la elastina y al colágeno, provocando daño renal, opacidad del cristalino y obstrucción de las arterias (Lemme, 2003).

### ***Teoría del envejecimiento por acción de los radicales libres***

Considerada como uno de los supuestos más fuertes, sostiene que el causante de la mayoría de los cambios del envejecimiento es el deterioro generado por la acción de los radicales libres (moléculas reactivas que se conectan fácilmente con otras sustancias químicas). Los radicales libres pueden ser producto del proceso de metabolización del ozono, del oxígeno, de la radiación y de otras sustancias o contaminantes y cuando se acumulan de forma extensa en el organismo destruyen las proteínas y lípidos esenciales para el funcionamiento celular, alterando el ADN de las células (Lemme, 2003; Santrock, 2006; Schaie, 2003).

Se estima que la acción de los radicales libres ocasiona las modificaciones estructurales y funcionales distintivas del envejecimiento, asimismo, éstas intervienen en el

desarrollo de diversas enfermedades –por ejemplo, el cáncer, la demencia tipo Alzheimer y la artritis–. La superóxido dismutasa –una enzima antioxidante generada por el organismo, encargada de equilibrar los radicales del oxígeno (radicales libres) y posiblemente responsable de enlentecer el proceso de envejecimiento– es quizás incapaz de contrarrestar estas alteraciones con la adecuada velocidad o eficacia, lo que provoca deterioro de los órganos (Lemme, 2003; Papalia & Martorell, 2017; Santrock, 2006).

Las *teorías hormonales* sostienen que el envejecimiento y el deterioro se relacionan con una disminución del estrógeno y un incremento de las hormonas esteroides generadas en el córtex adrenal. Otra teoría supone que la radiación en el ambiente genera mutaciones somáticas que derivan en alteraciones genéticas y culminan con la muerte del organismo (Belsky, 1996; Schaie, 2003).

### 1.7.2 Teorías psicosociales

Surgieron de la sociología y la psicología y buscan entender el efecto de las variables psicológicas y sociales en el proceso del envejecimiento. Subrayan que éste no es un suceso únicamente biológico, sino que es mediado por aspectos culturales, sociales, históricos y psicológicos. Se centran en el papel de la persona dentro de un calendario social donde se erigen normas y creencias culturales para la edad social y comparándola con un promedio de edades y lo que se espera de cada una (Merchán & Cifuentes, 2014; Schaie, 2003).

#### ***Teoría de la desvinculación***

También conocida como la teoría del desapego o retraimiento, postula que los vínculos sociales e intereses en objetos, personas y actividades disminuyen en la vejez por motivos internos. Ésta surge de la observación de una disminución del contacto con redes sociales y

ocupacionales conforme se envejecía, resultado de la pérdida de estatus familiares, sociales y laborales. De estas observaciones se concluye que en la vejez se genera una desvinculación del entorno social, apoyada por el deterioro sensoriomotor y buscada por los individuos, pues ésta favorece la disminución de responsabilidades sociales, el distanciamiento de otras personas, el enfoque en sí mismo (a) o en situaciones individuales y el desapego de los conflictos de otros individuos y comunidades (Lehr & Thomae, 2003; Merchán & Cifuentes, 2014; Salvarezza, 1999).

De acuerdo con esta teoría, la desvinculación en la vejez es un proceso en el que se va perdiendo el interés por las cosas y actividades, por lo que se busca el apartamiento social. Se propone que este aislamiento favorece tanto a la sociedad como al individuo, pues, en el caso de la primera, permitiría la incorporación de las personas jóvenes a las actividades económicas y sociales y, por otra parte, las personas mayores no vivirían situaciones complicadas generadoras de emociones displacenteras (i.e., preocupación y angustia), evitando deberes y compromisos con la sociedad (Merchán & Cifuentes, 2014; Salvarezza, 1999).

Los principales postulados de la teoría del desapego son los siguientes: a) es un proceso inherente al ser humano basado en cambios biológicos y psicológicos independientes de factores sociales; b) su presencia no depende de factores históricos ni culturales, por lo que es un proceso universal; c) la disminución del número de relaciones sociales durante la vejez es inevitable (Merchán & Cifuentes, 2014).

Esta teoría recomienda que, para tener un buen proceso de envejecimiento, se debe favorecer el desprendimiento de los contactos sociales de forma gradual, preparándose para la muerte. Por esta razón, estos postulados fueron ampliamente aceptados por quienes

concebían (o conciben) a la vejez como una etapa caracterizada por pérdidas, deterioros e inactividad (Merchán & Cifuentes, 2014; Salvarezza, 1999).

Sin embargo, la teoría del desapego ha tenido amplias críticas, pues se considera que el aislamiento se debe más al rechazo de la sociedad capitalista que a una necesidad intrínseca en los individuos; éste no constituye una forma universal de envejecer, sino que sólo es un estilo de envejecimiento relacionado con características e intereses individuales; si se fomenta la inclusión social, un gran número de personas opta por continuar realizando actividades sociales; cuando se reduce el número de actividades en la vejez, éstas se suelen dar de una manera más selectiva, pues se conservan aquéllas que generan satisfacción y bienestar; el apartamiento de actividades y roles sociales puede deberse a que las personas no cumplen con las expectativas que se tienen sobre ellas (Merchán & Cifuentes, 2014; Salvarezza, 1999)

Otra limitación, es que las políticas basadas en esta perspectiva teórica podrían fomentarse la indiferencia, exclusión o discriminación hacia las personas mayores, manteniendo imágenes de que la vejez carece de importancia. Ya que esta teoría carece de bases empíricas sólidas que la sustenten (Salvarezza, 1999), ésta fue reformulada para puntualizar que hay muchas formas de vivir la vejez, siendo el aislamiento solamente una de ellas.

A pesar de las críticas a esta teoría, sus aportaciones no solamente visibilizan una forma de envejecer para quienes mantener actividades sociales resulta agobiante, sino que también fue pionera en la investigación psicosocial enfocada en las personas mayores y generó una importante discusión y motivación a continuar la investigación sobre esta etapa de la vida (Lehr & Thomae, 2003).

### ***Teoría de la actividad***

Afirma que la vejez es más placentera y gratificante cuando las personas continúan realizando actividades. Esta teoría surgió a partir de una investigación realizada en Kansas, Estados Unidos, donde se observaron niveles más altos de bienestar en las personas que seguían efectuando una o más actividades. Se concluyó que quienes se mantenían activos (as) estaban más adaptados (as) y satisfechos (as) con su envejecimiento (Merchán & Cifuentes, 2014).

La teoría de la actividad sugiere que las personas se deben mantener activas el mayor tiempo posible, por lo que el envejecimiento saludable será aquél donde las personas mantienen su apego hacia sus actividades, personas significativas y objetos, ya que así se mantiene el sentido de la vida. En caso de no poder realizar alguna actividad, es importante buscar otras similares para sustituirlas (Lehr & Thomaes, 2003; Salvarezza, 1999).

Muchos programas y prácticas actuales de envejecimiento saludable se basan en esta teoría. Tanto la teoría de la desvinculación como la de la actividad tratan de favorecer un envejecimiento saludable. Empero, ninguna de las dos abarca a la vejez en su complejidad. Además, ambas teorías son complementarias: para algunas personas mayores, la desvinculación de sus actividades y relaciones puede ser gratificante mientras que, para otras, mantenerse activas les genera altos niveles de satisfacción (Merchán & Cifuentes, 2014).

### ***Teoría de los roles***

Sostiene que la sociedad estipula los roles (es decir, el papel o función interiorizado ante una comunidad que moldea los comportamientos sociales) de cada persona a lo largo de su vida (i.e., hijo/a, estudiante, empleado/a). Así, se va obteniendo cierto posicionamiento social y, junto con éste, aumenta o disminuye la autoestima y la autoimagen. Durante la vejez, la



jubilación va acompañada de una pérdida de algunos papeles adquiridos durante el ciclo vital, lo que, en algunos casos, favorece un rol pasivo e inactivo en la sociedad. De acuerdo con esta teoría, la aceptación de la pérdida de los roles sociales sería un indicador de una correcta adaptación al envejecimiento (Merchán & Cifuentes, 2014).

### ***Teoría de la continuidad***

Señala que la vejez es una continuación de las etapas anteriores, por lo que el actuar de las personas estaría definido por las competencias desarrolladas a lo largo de la vida y que representan estrategias o escenarios familiares. La continuidad se clasifica como interna y externa. La primera es el mantenimiento de creencias, afectividad, actitudes psíquicas y temperamentales. La externa se refiere al recuerdo de ambientes sociales y físicos, comportamientos familiares e interacciones con personas conocidas (Lehr & Thomae, 2003; Merchán & Cifuentes, 2014).

De acuerdo con esta teoría, la desvinculación social está relacionada con la ausencia de oportunidades para participar activamente en la comunidad y con el desinterés por las aportaciones que se pueden realizar. Sugiere que continuar realizando tareas y aprender nuevas actividades favorecería una vejez saludable, ya que éstas brindarían identidad y seguridad. Si ya no es posible llevar a cabo ciertas actividades, es recomendable reemplazarlas por otras para mantenerse activo (a) el mayor tiempo posible (Craig & Baucum, 2009; Lehr & Thomae, 2003; Merchán & Cifuentes, 2014; Salvarezza, 1999).

### ***Teoría de la modernidad***

Se basa en las características de las regiones industrializadas donde el estatus social de la vejez depende del nivel de industrialización (i.e., modernización y avances tecnológicos) de

esa región. De acuerdo con esta teoría, los cambios dentro de la sociedad comienzan a desplazar a este grupo etario debido a que la experiencia pierde valor ante la capacidad de producción de las personas jóvenes. Los elementos que interfieren en la posición social de la vejez son el desarrollo económico-tecnológico y el descuido de las zonas rurales, favoreciendo la urbanización. La principal crítica a esta teoría es que sus premisas son rígidas puesto que no retoman otras variables relacionadas con la posición social, como la cultura, la ideología, la religión, la profesión u otros aspectos sociales (Merchán & Cifuentes, 2014).

Una vez que se hizo una revisión de los cambios biopsicosociales que se presentan durante la vejez, enfatizando la fragilidad experimentada por muchas personas adultas mayores, a continuación, se presenta el fenómeno de estigmatización en este grupo de edad.

### 1.8 Estigmatización de la vejez

El estigma es el conjunto de creencias, afectos y actitudes que rechazan o desacreditan a una persona o a un grupo por sus rasgos o características, se compone de estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos (la parte cognitiva; son representaciones, suposiciones, creencias o expectativas simplificadas sobre un grupo) son la base de los prejuicios (componente emocional relacionado con la pertenencia de una persona a algún grupo) y llevan a actitudes discriminatorias (parte conductual, donde se da un trato de desprecio hacia una persona o grupo). Los estereotipos generalmente son negativos y corresponden a creencias que no concuerdan con situaciones reales y fundamentadas (Castellano & de Miguel, 2010; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2020; Fernández-Ballesteros, 2014; Zárate, 2002).

El término anglosajón de *ageism* ha sido utilizado para designar a la estigmatización en la vejez y a las vivencias de miedo, intranquilidad, aborrecimiento e intenso desagrado

relacionadas con la enfermedad, la muerte, la vejez y la discapacidad (Castellano & de Miguel, 2010). No hay un acuerdo sobre la traducción de este término al español, pero se han propuesto las siguientes: discriminación por motivos de edad (OMS, 2015), viejismo (Papalia & Martorell, 2017; Salvarezza, 1999), etarismo (Mejía, 2013), gerontofobia (RPP Noticias, 2013) y edadismo (Castellano & de Miguel, 2010). En este trabajo, se utilizarán todos los términos anteriores como sinónimos de un mismo fenómeno.

Los viejismos se manifiestan de muchas maneras, incluyen actitudes, interacciones, prácticas, acciones y políticas discriminatorias, por lo que pueden llegar a ser bastante peligrosos. Por ejemplo, considerar a los cambios patológicos en la vejez como «normales» puede provocar que éstos sean desatendidos, ignorados o desestimados (Salvarezza, 1999; Schaie, 2003; WHO, 2017).

Un término menos empleado, pero igual de relevante, es el de *sageism* (también conocido como *positive ageism*, que podría traducirse al español como edadismo/etarismo positivo). Se ha sugerido este término como contraposición a los estereotipos negativos, donde ahora se sostiene que la vejez necesariamente es sinónimo de sabiduría y se piensa a las personas adultas mayores como altamente experimentadas, eruditas y con grandes conocimientos. Tal como sucede con los edadismos negativos, los estereotipos positivos tienen consecuencias perjudiciales en este grupo etario, ya que genera grandes expectativas sobre la vejez, presionando a las personas a que sean buenas conversadoras y a que den buenos consejos. A nivel individual, las personas adultas mayores pueden experimentar presión porque no quieren «defraudar» a las y los demás. Este tipo de etarismos positivos también se han considerado como parte de los viejismos, por lo que sus consecuencias son similares a las de éstos (Hinchliff, 2016)

### *Tipos de estigmas*

Los tipos de viejismos más frecuentes sobre las personas mayores se clasifican en tres. El primero sostiene que los individuos son hostiles, perspicaces, rígidos, competitivos y astutos. El otro grupo los clasifica como personas calmadas, de confianza, amables, íntegras y compasivas. El último tipo de estereotipos defiende la idea de que son frágiles, ermitañas, ansiosas y arcaicas (Castellano & de Miguel, 2010).

Uno de los estereotipos más difundidos sobre la vejez señala que esta etapa es un periodo de decadencia, enfermedad, depresión, desgaste, rigidez, desactualización, senilidad y de pérdidas. Con el tiempo y con el esfuerzo de las y los agentes de cambio, esta idea poco a poco se ha convertido en obsoleta, puesto que la vejez no es sinónimo de dependencia ni de enfermedad. Estas ideas se originaron, principalmente, en el siglo XX, pues se percibía a las personas mayores como improductivas, débiles y que constituían un estorbo o un inconveniente para el desarrollo de las naciones (Fernández-Ballesteros, 2014; INGER, 2017; Kimmel, 1990; Lemme, 2003; Salvarezza, 1999).

Otro tipo de etarismos es ver a las personas mayores como apáticas, olvidadizas, improductivas, solitarias, frágiles, decaídas e inactivas y no es bien visto que éstas expresen afectos, intereses, deseos, celos, atracción sexual o que defiendan sus derechos. También se espera que sean modelos de valores y entereza, por lo que es frecuente la falta de interés en sus desdichas. Contrario a estas ideas, las personas mayores suelen gozar de altos niveles de satisfacción, entusiasmo por la vida, alegría y optimismo. Además, cuentan con amplias fortalezas y recursos individuales, exhiben autorregulación emocional y suelen contar con experiencia y conocimientos que les permiten ajustarse a las transiciones y situaciones complicadas de la vida (Arias, 2013, Beauvoir, 2016; Salvarezza, 1999; Schaie, 2003).

Otra creencia errónea es que las personas mayores ya no viven su sexualidad o que, si muestran interés en la conducta sexual o experimentan deseo sexual, son impúdicas, inmorales, anormales, indecorosas, repulsivas, desagradables y antinaturales (puesto que ésta ya no cumple con la función de reproducción). Estas creencias no están fundamentadas en hechos y son discriminatorias, ya que se oponen, ridiculizan y niegan la sexualidad en la vejez. Todo esto provoca sentimientos de vergüenza y culpa en las personas que experimentan un fuerte deseo sexual (Arias, 2013; Hernández-Fernández et al., 2017; Perdomo et al., 2013; Pino, 2008; Valdés & Hernández, 2009).

#### *Origen de los estereotipos*

La discriminación por edad deriva de ideas, experiencias y creencias en torno al tema de la vejez, lo que ésta representa, sus causas y consecuencias. La invisibilización de la vejez se relaciona con el valor otorgado a los individuos dependiendo de su capacidad para producir, pues mientras las personas sean rentables y productivas, éstas serán objeto de atención; de lo contrario, se menospreciarán, rechazarán y abandonarán (Beauvoir, 2016; Mejía, 2013; Salvarezza, 1999).

La gerontofobia se basa en una fuerte oposición, miedo o desagrado hacia la dependencia, la enfermedad, al desgaste físico y a la muerte. Ésta generalmente se origina en la niñez y proviene de ideas simplistas o exageradas e injustificadas de cómo son las personas mayores (INADI & Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017; Lemme, 2003; RPP Noticias, 2013; Salvarezza, 1999; Schaie, 2003).

Las creencias estereotipadas sobre la participación social durante la senectud se basan en la suposición de que las limitaciones para iniciar relaciones sociales y labores, el

fallecimiento o distanciamiento de parientes y compañeros(as), la reducción de sitios o lugares donde puedan asistir y la pérdida de roles sociales merman las oportunidades para convivir con otras personas (Arias, 2013).

Respecto a las creencias erróneas sobre la sexualidad en la vejez, éstas pudieran tener su origen en la supuesta relación entre vejez y enfermedad o discapacidad, así como en la creencia de que las relaciones sexuales solamente son aceptables mientras se es fértil o si se realizan dentro del matrimonio (Hernández-Fernández et al., 2017; Perdomo et al., 2013).

### *Consecuencias de la estigmatización*

A diferencia de otros estigmas (i.e. el racismo o el sexismo), las personas adquieren su edad con los años, no nacieron con ella (como en el caso del sexo). Por esta razón, una gran cantidad de personas llegarán a la vejez y podrían vivir estas mismas situaciones de discriminación (Salvarezza, 1999; WHO, 2017).

Los prejuicios y estereotipos basados en la edad tienen serias consecuencias, ya que dificultan o restringen la libertad, el respeto y la seguridad e ignoran los derechos fundamentales de las personas mayores (i.e. al trabajo y a la salud). Los edadismos también influyen en la generación de posturas desalentadoras sobre la propia vejez, donde las mismas personas mayores adoptan esas creencias como autodescripciones y buscan mantener una imagen de juventud a toda costa (INADI & Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2017; Lemme, 2003; RPP Noticias, 2013; Schaie, 2003).

A pesar de que los etarismos se reproducen por diferentes actores, son particularmente dañinos cuando las y los profesionales de la salud son quienes los replican. Sus formas más comunes son desinterés por las personas mayores (ya que se considera que están cerca de

morir y, por tanto, no vale la pena esforzarse en brindarles atención); miedo por el propio envejecimiento; creencias de que quienes trabajan con este grupo etario tienen un interés enfermizo o morboso por la muerte; ideas de que es imposible modificar conductas o resolver problemas en esas edades; o el miedo de vivir la muerte de un paciente que daña la sensación de omnipotencia del profesional (Cordonnier et al., 1999; Salvarezza, 1999).

También es común que las personas adultas mayores sean poco o mal representadas en las esferas mediáticas y publicitarias. Estas últimas también suelen fomentar la venta y el uso de artículos rejuvenecedores o antienvjecimiento, ya que asocian el atractivo físico con los beneficios sociales. Por esta razón, algunas personas adultas y adultas mayores pueden anhelar obtener estos productos, aun cuando no se ha demostrado que sean eficaces (Cowdell & Garrett, 2014; Lemme, 2003).

#### *Combate a la estigmatización*

Hay diversas estrategias para combatir la discriminación por edad. Una de ellas es la convivencia intergeneracional, pues la interacción de las personas mayores con personas más jóvenes (i.e., con niños y niñas en programas escolares) favorece la disminución de los prejuicios y la adopción de imágenes auténticas sobre la vejez. Además, estos programas funcionan como una oportunidad para promover el intercambio de conocimientos sobre el envejecimiento y el pasado (Lemme, 2003).

Otra estrategia es cuestionar los estereotipos y promover perspectivas más exactas de la senectud y el envejecimiento que contribuyan y favorezcan la participación y el desarrollo de habilidades, confianza, seguridad y capacidades, con el objetivo de optimizar la calidad de vida (Arias, 2013).

Las y los profesionales de la salud pueden participar en la reducción o eliminación de los estereotipos sobre la sexualidad en la vejez. Algunas de las estrategias a implementar son: 1) conocer, proteger y difundir los derechos (incluyendo los derechos sexuales) de las personas mayores, 2) promover el conocimiento y entrenar en habilidades de comunicación para abordar temas de sexualidad en este grupo etario, 3) respetar la dignidad y los derechos a la privacidad, a elegir y a ejercer la sexualidad y 4) de ser posible, informar a organizaciones e instituciones sobre la promoción de espacios donde las personas mayores tengan privacidad, entre otras acciones (Bauer, 2018).

Los medios de comunicación también tienen una labor indispensable en la difusión de representaciones más realistas sobre la vejez, así como de los apoyos sociales que pueden recibir, además de los medios, todas las personas, independientemente de nuestras características o roles sociales, podemos tomar un papel activo para la erradicación de la gerontofobia (Arias, 2013).

Para eliminar los prejuicios sobre la participación social en la vejez, se han creado espacios donde las personas pueden establecer nuevos vínculos. Estos espacios permiten la integración continua a diferentes actividades sociales. Sin embargo, la demanda y saturación de estos servicios y programas es alta, por lo que se requiere abrir más espacios dirigidos a las personas adultas mayores (Arias, 2013).

## 1.9 El estudio de la vejez y el envejecimiento

La investigación en este campo es relativamente reciente, ya que la mayoría de los estudios del desarrollo se han enfocado en las etapas iniciales de desarrollo, donde se supone que lo experimentado al inicio de la vida es lo más significativo y donde se ha dado por hecho que lo que sucede después de la madurez carece de trascendencia (Lemme, 2003).



La escasez de estudios sobre esta etapa se relaciona, en parte, con ideas sin fundamento. Una de ellas es que la genética es el factor preponderante de la longevidad en las familias cuando, en realidad, existen otras variables, como el estilo de vida y el entorno. Otra creencia es que el deterioro no se puede evitar y que la capacidad para recuperar las capacidades disminuidas es inexistente. Estas afirmaciones son erróneas porque se ha observado que los avances tecnológicos y en el campo de la medicina, aunados a un estilo de vida saludable, han promovido el envejecimiento saludable (Alvarez, 2013, WHO, 2017).

Algunas investigaciones enfocadas en el estudio de las personas mayores han promovido la estigmatización, ya que refuerzan la idea de que la vejez es una etapa caracterizada únicamente por pérdidas (i.e. disminución de las funciones fisiológicas), lo que mantiene el estereotipo de que la vejez únicamente implica deterioro. Los problemas que generan estas investigaciones incluyen el uso de un lenguaje estigmatizador y la difusión de creencias perjudiciales dentro de la comunidad científica y con profesionales de la salud, por lo que se requiere instrumentar estrategias de detección e intervención oportunas que coadyuven en el fomento de la salud física y mental en este grupo (Arias, 2009; Hernández et al., 2014; Lemme, 2003; Schaie, 2003).

Las investigaciones sobre la vejez y el envejecimiento requieren de una perspectiva del ciclo vital que comprenda el estudio de los determinantes sociales de la salud, es decir, debe estudiar factores como los antecedentes de salud, la exposición a contaminantes, las redes de apoyo, las características demográficas, los antecedentes laborales y los ingresos económicos, entre otros factores, a lo largo de la vida (Wong, 2013).

Como no existe una sola forma de envejecer, quienes se dedican a estudiar a este grupo de edad también deben contemplar la gran diversidad que existe entre cada individuo,

su contexto sociocultural y se recomienda adoptar un enfoque de fomento del bienestar con una visión de lo que se puede aportar en lugar de lo que no se posee o de lo que se ha perdido (Salvarezza, 1999; Stephens & Flick, 2010; WHO, 2017).

Una de las disciplinas que estudia al proceso de envejecimiento es la psicogerontología. Su objeto de estudio es la persona adulta mayor desde una perspectiva biopsicosocial, donde se han estudiado sus habilidades mentales, el autoconcepto, la creatividad, la memoria, la personalidad, el aprendizaje, el afecto y el carácter, entre otros (Carbajo, 2008; Pérez et al., 2014).

A pesar del creciente interés en temas relacionados con la última etapa de la vida, la formación de profesionales especializados (as) (i.e., geriatras, gerontólogos, psicogerontólogos) en la vejez es reducida. Esto se debe a diferentes factores, incluyendo las críticas o prejuicios en torno al estudio de esta etapa (Lemme, 2003).

Es primordial que las investigaciones den voz a las personas mayores. Es decir, que incluyan sus deseos, preferencias y formas de ver el mundo. El modelo biomédico de la salud se ha enfocado en estudiar el deterioro y las pérdidas durante esta etapa de la vida. Sin embargo, se han dejado de lado los valores, preocupaciones y capacidades para participar en el proceso de toma de decisiones, tanto por parte del individuo como de la familia. Por esta razón, el estudio y abordaje de la vejez siempre debe realizarse respetando la dignidad humana, evitando la exclusión de las decisiones significativas y utilizando una perspectiva biopsicosocial (Baumann, 2017).

### 1.10 Envejecimiento y salud

La salud es un factor primordial para que las personas adultas mayores mantengan su participación social e independencia. La adopción de un estilo de vida saludable se ha relacionado con a) una disminución en la mortalidad, b) un buen desempeño cognoscitivo, c) menores probabilidades de presentar una discapacidad y d) más años con buena salud, este estilo de vida incluye conductas como: 1) consumir alcohol con moderación o no consumirlo, 2) mantener un peso corporal normal, 3) ingerir verduras y frutas diariamente, 4) mantenerse en contacto con otras personas, 5) no exponerse al humo de la leña, 6) no fumar, 7) hacer ejercicio, 8) tener una dieta balanceada, 9) cuidar la higiene personal, 10) dormir lo necesario, 11) acudir a revisiones periódicas de salud, 12) realizar ejercicios de estimulación cognitiva, 13) manejar adecuadamente los medicamentos, 14) mantener un buen estado de ánimo y 15) cuidar la dentadura, entre otros (Daskalopoulou et al., 2018; Fernández-Villa et al., 2017; INGER, s/f, 2020; Morales, 1999).

Al hablar de salud y vejez generalmente se emplean diferentes términos. Los principales son: envejecimiento exitoso, envejecimiento activo y envejecimiento saludable. En numerosas ocasiones éstos han sido utilizados como sinónimos; no obstante, existen diferencias importantes entre los tres, las cuales se enunciarán a continuación.

El concepto de envejecimiento exitoso se ha utilizado para diferenciar un envejecimiento «normal» de uno, como lo dice su nombre, «exitoso». Éste último se define como el proceso donde el deterioro físico es mínimo y las variables involucradas en el proceso de envejecimiento tienen un efecto favorable en la persona. El término se enfoca la presencia de un bajo o nulo número de enfermedades, en la participación en actividades

sociales y en una alta capacidad funcional (Brigeiro, 2005; Chen, 2019; Lemme, 2003; Sabia et al., 2012; Stephens & Flick, 2010).

El envejecimiento exitoso tiene tres generalidades: 1) implica alcanzar un potencial a nivel individual, obteniendo satisfacción psicológica, física y social, 2) se mide al envejecimiento exitoso con parámetros lo más similares al desempeño de las personas jóvenes, por lo que su práctica se enfoca en mantener la juventud y evitar el envejecimiento; y 3) reconoce las actividades donde se tiene un mejor desempeño y se trata de optimizarlas mediante la práctica (Brigeiro, 2005).

A pesar de la utilidad de este término, propone algo utópico, ya que solo considera la ausencia de enfermedades o de discapacidades como señal de «éxito», lo cual es poco factible para la mayor parte de la población de esta edad. Además, parte de una perspectiva principalmente individual que responsabiliza a las personas por su estado de salud e ignora la gran diversidad de contextos culturales, económicos, sociales y políticos, por lo que fácilmente puede convertirse en una práctica estigmatizadora de quienes no «envejecen bien» (Brigeiro, 2005; Chen, 2019; Hernández et al., 2014; Sabia et al., 2012; WHO, 2017).

El siguiente término es el de envejecimiento activo, el cual hace referencia a la práctica de los derechos humanos y al aprovechamiento de los recursos que fomentan la calidad de vida de las personas mayores, aumentando la independencia, seguridad y salud biopsicosocial. Este concepto considera las capacidades, intereses y necesidades e involucra a los individuos en la mejora o mantenimiento de su salud (Arias, 2013; Chen, 2019).

El envejecimiento activo busca la participación constante de las personas mayores en actividades culturales, económicas, sociales, espirituales y políticas del país. El objetivo es

favorecer la independencia, la salud, el bienestar social, individual, comunitario y familiar, previniendo la pérdida de habilidades o capacidades y manteniendo el apoyo entre generaciones mediante la implementación de un rol activo de vejez, tomando en cuenta las características individuales al momento de participar [i.e. discapacidad (es) y dependencia], de tal manera que se genere una forma «eficiente» de vivir el envejecimiento (INGER, 2017).

Las críticas que se han realizado a los términos anteriores es que corren el riesgo de ignorar otras variables involucradas en el envejecimiento, a saber: aspectos políticos, sociales, culturales, económicos y ambientales. Al no darles suficiente peso, se responsabiliza al individuo de su estado de salud, lo que podría generar ansiedad, confusión y culpa en las personas mayores. Es importante siempre tener en cuenta que la prevención de la enfermedad no solamente depende de actividades individuales, sino que también depende del acceso al trabajo, a la educación, a bienes materiales, al descanso y a políticas públicas incluyentes (Brigeiro, 2005; Stephens & Flick, 2010).

El último concepto, propuesto por la OMS (2018a) para sustituir al de envejecimiento activo, es el de envejecimiento saludable. Este es el proceso individual (es decir, distinto en cada persona) de conservación y desarrollo de las capacidades funcionales (o sea, ser y hacer lo que se valora: aprender, contribuir a la sociedad, satisfacer las necesidades básicas, mantener relaciones sociales, tomar decisiones o tener la capacidad para moverse) durante la vejez y busca optimizar la salud psicológica, física y social mediante la promoción de la autonomía, la calidad de vida, el bienestar y la independencia. La relevancia de este término es que éste no se enfoca únicamente en el individuo, sino que da un peso importante a la generación de oportunidades, espacios y entornos que permitan la realización de actividades apreciadas por las personas mayores (Daskalopoulou et al., 2018; INGER, 2020; Ruiz, 2013).

El envejecimiento saludable enfatiza la diferencia entre la capacidad intrínseca y la funcional. La primera denota las capacidades físicas y mentales (i.e. pensamiento, memoria, visión, movimiento, escucha), donde las enfermedades y los cambios físicos, entre otros factores, tienen un rol significativo en el nivel de esta capacidad. Por sí sola, la capacidad intrínseca no determina qué puede hacer una persona. Por otra parte, la capacidad funcional incluye al entorno, es decir, a la comunidad, al hogar y a la sociedad, así como a las relaciones sociales, las políticas públicas, los valores y las actitudes. Este ambiente puede favorecer y apoyar el mantenimiento de la capacidad intrínseca y de la habilidad funcional o, al contrario, obstaculizarlo y detenerlo. Por lo tanto, la valoración del envejecimiento debería estar enfocada en el grado de ajuste funcional, ya que éste determinará la capacidad para hacer lo que se estima (OMS, 2015; Salvarezza, 1999; WHO, 2018a).

Como conclusión, es sustancial eliminar el criterio de ausencia de enfermedad o de discapacidades como signo de salud en la vejez (y en cualquier edad), pues cualquier persona adulta mayor puede lograr un envejecimiento saludable y continuar realizando las actividades que más aprecia. El envejecimiento saludable sería, entonces, el proceso para conservar y desarrollar la capacidad funcional que favorezca el bienestar en la senectud (OMS, 2015; WHO, 2017).

Dado que un envejecimiento saludable no solamente depende de los programas sociales y de salud, sino que también implica el estilo de vida que ha adoptado cada persona a lo largo de su proceso de desarrollo, el siguiente capítulo versa sobre los estilos de vida en general, así como de los estilos de vida durante la vejez en particular, incluyendo la importancia de su medición y evaluación.

## Capítulo 2. Salud, hábitos y conductas saludables

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, señala que toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar. Asimismo, la salud forma parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y prácticamente todos los ODS de la Agenda se relacionan con el bienestar de las personas adultas mayores (Gonzalés et al., 2017; INGER, 2020; Naciones Unidas, 2015; *United Nations*, 1948).

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala el derecho a la alimentación, a la protección de la salud y a la atención integral y gratuita a las personas que no cuentan con seguridad social (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1917, art. 4). Además, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Diario Oficial de la Federación, 2002) reafirma, en su artículo 4º, los derechos a la salud, a la alimentación y al acceso a los servicios públicos y privados en la vejez.

En el marco de la década del envejecimiento (del año 2021 al 2030), propuesta por las Naciones Unidas (WHO, 2020b), y en conjunto con los ODS, se propone favorecer el envejecimiento saludable con el trabajo en conjunto de gobiernos y sectores públicos y privados. El objetivo es fomentar la participación de las personas mayores en la comunidad, facilitar el acceso a tratamientos a largo plazo, modificar conductas, pensamientos y sentimientos que estigmatizan la vejez y al envejecimiento, así como brindar un cuidado integral en los servicios de salud acordes a las necesidades de la población adulta mayor (WHO, 2018a).

## 2.1 Salud en la vejez

Las oportunidades a las que una persona mayor puede tener acceso durante su vejez dependerán, en gran parte, de su estado de salud (OMS, 2015). La definición de salud que más se utiliza fue propuesta por la OMS (1946), la cual afirma que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de su popularidad y reconocimiento a nivel mundial, esta definición ha sido criticada porque se considera rígida, inalcanzable, subjetiva e ingenua. Sin embargo, ésta también ha realizado una aportación muy importante al resaltar el papel que tienen diferentes variables dentro del proceso salud-enfermedad (Briceño-León et al., 2000; Gavidia & Talavera, 2012).

La salud es un constructo delimitado por el momento histórico y la cultura, por lo que resulta complicado definirla. Las razones que dificultan su delimitación son 1) los supuestos de donde surge (es decir, si se refiere a un concepto objetivo e imparcial o si, al contrario, varía de cultura a cultura y depende de un momento histórico), 2) los contextos donde se utiliza (i.e. el de un paciente, donde se adopta un rol de enfermo; el médico-asistencial enfocado en la cura de la enfermedad; el político-económico, donde simboliza un bien económico, estabilidad política, libertad, etc.; el sociológico que depende de la capacidad para satisfacer las expectativas sociales; el filosófico-antropológico enfocado en la realización de objetivos humanos, entre otros) y 3) las metas, ideales u objetivos que representa (donde se otorga mayor o menor relevancia a ciertos aspectos, como la biología que es resaltada por la medicina o el comportamiento resaltado por la psicología, etc.) (Gavidia & Talavera, 2012).



Por ende, existen diversas definiciones de salud y cada una enfatiza diferentes aspectos de ésta. Por ejemplo, una de ellas la define como la facultad para desarrollarse individualmente y enfrentar, de forma continua, los obstáculos y dificultades del entorno (Gavidia & Talavera, 2012). Otra perspectiva establece que la salud es parte de un continuo que comienza con un estado prepatogénico donde no existen signos, síntomas ni indicadores de una enfermedad. Posteriormente, cuando alguno de los anteriores comienza a aparecer, se ingresa a un horizonte clínico que, si no se interviene ni se adoptan medidas, poco a poco irá avanzando a una enfermedad más severa, también conocida como estado patogénico. De no atenderse la enfermedad, ésta puede evolucionar hasta provocar una discapacidad o la muerte (Sánchez-Sosa, 2002).

Por otra parte, Briceño-León et al. (2000) señalan que la salud es la síntesis de un conjunto de variables biológicas, ambientales, sociales, políticas y económicas e indica el nivel de bienestar de una población. Cuando estos autores hablan de bienestar, se refieren a lo determinado históricamente en cada sociedad y donde todavía prevalece el modelo curativo y medicalizado. Es decir, está enfocado en el tratamiento de las enfermedades y en la «recuperación» de la salud. De acuerdo con estos autores, los cuatro principales riesgos para la salud son la pobreza (pues está vinculada con la falta de oportunidades y con pobres condiciones de vida en general), el ambiente (i.e. contaminantes en el aire, cambios en la temperatura ambiental, rayos ultravioletas), el estilo de vida (visto no solamente como algo individual, sino como la interacción de la persona con su entorno) y la violencia (i.e. guerras, violencia cotidiana, homicidios).

En conclusión, la salud es parte de un continuo cuyos extremos son, por un lado, el estado prepatogénico y, por el otro, el estado patogénico. Una gran cantidad de factores

influyen en ese continuo, como los biológicas, ambientales, sociales, comportamentales y de los sistemas de salud, por mencionar solo algunos. Cada variable, sobre todo cuando se presenta con otra (s), aumentará o disminuirá el riesgo de desarrollar una enfermedad o discapacidad y en las probabilidades de fallecer.

### 2.3 Determinantes de la salud en la vejez

A pesar de las aportaciones realizadas por distintas disciplinas y ciencias, la perspectiva médica de la vejez se sigue manteniendo. Para que las personas puedan tener un envejecimiento saludable, es sustancial la colaboración interdisciplinaria, pues la salud no es una responsabilidad puramente individual, sino que también influyen las circunstancias en las que se desenvuelve una persona, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, la familia y a la sociedad en general (OPS & OMS, 2004; OMS, 2015; Pérez-Zepeda, 2017; WHO, 2017).

Por ende, el estado de salud de una persona o de una comunidad depende tanto de variables biológicas o fisiológicas como de económicas, históricas, ideológicas, espirituales, sociales, tecnológicas, psicológicas, culturales, emocionales y de la calidad de vida, entre otras. Estos factores son conocidos como los determinantes de la salud y se definen como las circunstancias en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan y envejecen (Fish, 2013; Giraldo et al., 2010; Gonzalés et al., 2017; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018; Salgado-de & Guerra, 2014).

El modelo socio-ecológico de la salud refiere que existen cinco determinantes esenciales de la salud. Los primeros dos determinantes comprenden al individuo (i.e. comportamiento, biología) y a su entorno social (i.e. comunidad, familia, cultura). El entorno físico, por otra parte, integra a las condiciones del hogar y del lugar donde se vive, es decir,

incluye la limpieza, la seguridad y a espacios libres de sustancias contaminantes. Asimismo, los sistemas de salud, quienes tienen un papel importante en el acceso al cuidado de la salud, así como las políticas de salubridad, intervienen en la promoción y garantía de la salud a los integrantes de una comunidad (Fish, 2013).

Una de las aportaciones más importantes de este modelo tiene que ver con la inclusión de factores políticos y de los sistemas de atención. Éstos determinan el acceso a los tratamientos o a los tipos de cuidados disponibles, por lo que influirán en el estado de salud de las personas. Además, estos dos determinantes se relacionan con la eliminación o mantenimiento de las situaciones de desigualdad e inequidad, ya que influyen en el acceso a la atención de la salud a lo largo del ciclo vital (Fish, 2013; INSP, 2018; Salgado-de & Guerra, 2014).

A continuación, se mostrarán ejemplos de cada determinante de la salud. Los biológicos incluyen a elementos como el sistema inmunológico, el sexo, la genética, la fisiología, la edad y el estado nutricional de una persona. Los psicológicos comprenden a los rasgos de personalidad, las respuestas a estresores, el optimismo o pesimismo, las estrategias de afrontamiento y las conductas de riesgo (i.e., tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo). Por otra parte, los componentes sociológicos abarcan el concepto de salud, las creencias culturales y religiosas, el estatus socioeconómico, la pertenencia étnica y las redes de apoyo social. Ahora, los factores ambientales se refieren a las condiciones higiénicas y de seguridad del lugar donde se vive y trabaja, el transporte y la calidad del agua y del aire. Los sistemas de salud engloban al seguro médico, a las opciones de tratamiento, a las y los proveedores de salud psicológica, a los programas de promoción de la salud, a las y los médicos especialistas, a la atención a emergencias, al acceso a las instalaciones de atención a la salud y la

accesibilidad a los servicios médicos, mientras que las políticas de salud están compuestas por los planes de salud, la calidad del agua y del aire, las legislaciones de seguridad, el manejo de aguas residuales y las regulaciones de seguridad en el trabajo (Fish, 2013; González et al., 2017; INSP, 2018).

Ahora bien, en el caso específico de la salud en la vejez, también existen una serie de factores involucrados en su mantenimiento o deterioro. Entre éstos, se encuentran 1) la demografía, 2) la familia, 3) el estilo de vida, 4) la educación, 5) el género, 6) el nivel socioeconómico, 7) la presencia de discapacidad(es), 8) la condición de la vivienda, 9) el sistema de salud, 10) la historia de vida, 11) la sensación de satisfacción, 12) la pertenencia étnica, 13) la personalidad, 14) las políticas públicas, 15) la recreación, 16) el estado nutricional, 17) la comodidad, 18) la ocupación, 19) el estado civil, 20) el desarrollo económico del país, 21) el estrés y 22) la participación en la sociedad (Albala et al., 2005; Fernández-Villa et al., 2017; Gonzalés et al., 2017; INGER, s/f; Kimmel, 1990; León-Arcila et al., 2009; *Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report*, 1952; Sánchez et al., 2017).

La sexualidad es otro tema importante que ocupa un papel significativo en la salud. Inclusive, algunos de estos factores se vinculan con la orientación sexual de las personas mayores. De manera específica, algunas personas de orientación sexual no heteronormativa viven discriminación y ésta se relaciona con dos situaciones: a) el estigma expresado a través de las instituciones y b) el expresado por individuos o grupos. El primero corresponde, por ejemplo, a las prácticas discriminatorias ejercidas por los centros de salud, de trabajo y de estudio, o a la falta de políticas públicas que protejan los derechos humanos. Por otra parte, los estigmas reproducidos por individuos y grupos incluyen la homofobia o el odio hacia

cualquier persona no heterosexual, las creencias religiosas que condenan la diversidad sexual y los crímenes de odio, por mencionar solo algunos (Bauer, 2018; Gorman & Oyarvide, 2018; Villar et al., 2019).

Lo anterior conduce a una falta de oportunidades para el desarrollo íntegro de los individuos. Gorman & Oyarvide (2018) refieren que las personas mayores homosexuales y bisexuales tienen menores niveles educativos debido a los altos índices de violencia ejercidos contra ellas, lo que se traduce en menores posibilidades de encontrar un trabajo estable o bien remunerado y más obstáculos para acceder a programas sociales y de salud. Además, a lo largo de sus vidas han vivido altos niveles de estrés, pueden contar con menos redes de apoyo y ser más vulnerables a situaciones de violencia, lo que suele impactar de forma importante en el estado de salud. Las investigaciones sobre orientaciones sexuales no heterosexuales en la senectud son todavía más escasas que los estudios sobre sexualidad en personas heterosexuales (Bauer et al., 2018; Gorman & Oyarvide, 2018), por lo que se carece de más información sobre su influencia en la salud.

Dado que los estilos de vida ocupan un papel importante en la funcionalidad y en la salud de este grupo etario y forman parte de los determinantes de la salud, a continuación, se define este constructo y se señalan algunos ejemplos de estilo de vida.

#### 2.4 Hábitos y conductas de salud en la vejez

Los factores protectores de la salud, también conocidos como inmunógenos conductuales, son aquellas acciones y habilidades que permiten mantener o mejorar el estado de salud. En la senectud, estos factores también permiten enlentecer el deterioro o el desgaste que puede derivar el proceso de envejecimiento (Hernández et al., 2014; Lama, 2003).

Los estilos de vida saludables incorporan conductas de salud y éstas se definen como aquellas actividades, acciones o comportamientos que se realizan para mejorar o mantener la salud, el bienestar o la longevidad (i.e. comer balanceadamente, ejercitarse, regular las emociones desagradables, adherirse al tratamiento, ejercer conductas sexuales seguras y saludables), independientemente de si esas conductas logran ese objetivo o de la autopercepción del estado de salud. La motivación, las creencias de salud y qué tan atrayente resulta realizar una conducta que promueva la salud son algunas de las variables que influyen en la adopción de conductas saludables (Oblitas, 2008; Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007).

Estas conductas tienen un papel relevante en la forma como se vive la vejez, pues favorecen o disminuyen la probabilidad de enfermar. Además, intervienen en las tasas de mortalidad, en la presencia de discapacidad(es), en el desarrollo de enfermedades no transmisibles (i.e., enfermedades cardiovasculares) y en el desempeño cognitivo (Jun et al., 2017; OPS & OMS, 2004; Sabia et al., 2012; Troncoso et al., 2018; Zanjani et al., 2004).

Las conductas que se mantienen en el tiempo son conocidas como hábitos. Estos últimos se definen como la repetición continua de acciones bajo un mismo contexto, de tal manera que se realizan con mayor eficiencia. Éstos se adquieren cuando incrementa la relación entre una situación o estímulo y una conducta o acción, por lo que, al repetirla progresivamente, resulta en una respuesta estable y automática. Para que una conducta sea considerada automática debe tener las siguientes características: es inconsciente, incontrolable, eficiente y no tiene intención. Algunos ejemplos de hábitos son lavarse los dientes o usar el cinturón de seguridad (Gardner et al., 2012; Lally et al., 2010; Taylor, 2007).

Los hábitos se forman cuando una acción es repetida de forma continua bajo señales específicas y proporcionadas por el contexto. El aprendizaje de hábitos se lleva a cabo mediante el aprendizaje asociativo, ya que las acciones o conductas se realizan cuando las personas se exponen a ciertos elementos ambientales. Una vez que esas señales se exteriorizan (es decir, hay factores del entorno que las propician), la motivación y los esfuerzos conscientes para realizar la conducta disminuyen. Por lo tanto, los hábitos pueden permanecer cuando la motivación y el interés desaparecen (Gardner et al., 2012).

El estilo de vida, por su parte, hace referencia a un grupo de comportamientos de los que se tiene un control relativo por parte del individuo, se practica de forma frecuente y consistente y mantiene o empeora la salud. Para promover y conservar la salud en la vejez durante el mayor tiempo posible, es esencial intervenir en el estilo de vida. Estas intervenciones pueden hacerse mediante programas no farmacológicos cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos no saludables. Algunos de los beneficios de este tipo de programas son que representan menores costos y, a diferencia de las intervenciones farmacológicas, no suelen ir acompañados de reacciones adversas (Daskalopoulou et al., 2019; Giraldo et al., 2010; Jun et al., 2017; Leyton et al., 2018; Morales, 1999; Troncoso et al., 2018).

Para desarrollar intervenciones basadas en el fomento de hábitos saludables se pueden emplear grupos de apoyo u otras actividades colectivas e individuales que promuevan la adopción de conductas de salud, las cuales siempre deben considerar las características de cada individuo, sus intereses, creencias y necesidades, así como el nivel de dificultad de las tareas y el método de enseñanza. Además, es indispensable realizar evaluaciones sobre la efectividad de estas intervenciones a lo largo del proceso (Amigo, 2015; Pino, 2008).

Algunas de las conductas saludables particularmente importantes en la vejez son la preparación y consumo de alimentos saludables, no consumir alcohol (o hacerlo en bajas cantidades), no consumir tabaco, realizar actividades recreativas, fomentar la limpieza dental y la higiene personal, emplear técnicas para el manejo del estrés, realizar exámenes y chequeos médicos, usar el cinturón de seguridad, tener una adecuada higiene del sueño y descanso, realizar actividad física, entre otras (INGER, 2017; Leyton et al., 2018; Matarazzo, 1984; OPS & OMS, 2004; Zanjani et al., 2004). A continuación, se presentan algunos ejemplos de hábitos y conductas saludables en la vejez.

#### 2.4.1 Alimentación balanceada

La alimentación balanceada en la vejez ayuda a conservar un IMC idóneo y a prevenir patologías (i.e., diabetes, enfermedades cardíacas y respiratorias, anemia, sarcopenia e hipertensión). También mejora el desempeño cognitivo y ayuda a tener bajo control a las enfermedades que ya se padecen (INGER, s/f; Universidad Iberoamericana et al., 2011; Zanjani et al., 2004).

Existen dos conceptos muy relacionados con la alimentación, que son los de nutrición y desnutrición. El primero no únicamente involucra los alimentos, sino también aspectos como las tradiciones y costumbres culinarias, el nivel socioeconómico, la posibilidad de acceder a alimentos de calidad, el interés por sentarse a comer, la ubicación geográfica, el nivel educativo, la posibilidad de comer acompañado (a) o no (ya que la comida se ha convertido en una actividad social) y la forma de transporte de los alimentos (Kimmel, 1990).

Por otra parte, la desnutrición es un “desequilibrio de los aportes de energía, proteínas y otros nutrientes, ya sea por exceso o por defecto” (Paino et al., 2017, p. 451). La desnutrición tiene efectos perjudiciales en los niveles funcionales, anatómicos y sistémicos,



causando enfermedades como sobrepeso, obesidad, anemia y otras enfermedades no transmisibles (Kimmel, 1990; Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Para las personas adultas mayores, una alimentación balanceada requiere de una buena cantidad de verduras (preferiblemente crudas), frutas, un poco de grasas (usar aceite vegetal y aguacate en lugar de mantequilla, manteca o margarina) y cereales (tortilla, pastas, arroz, avena, pan integral, galletas) combinados con leguminosas (lenteja, haba, frijol, garbanzo), así como la inclusión de mínimo un alimento por cada grupo en cada comida y tratar de que éstos sean variados. También se debe procurar no consumir grasas saturadas (i.e., alimentos procesados, mantequilla, alimentos fritos, comidas altas en azúcar, aceite de coco y pasteles) e ingerir alimentos de origen animal (es preferible consumir pollo sin piel o pescado), leguminosas, aceites y sal de forma moderada (INGER, s/f; Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Asimismo, es recomendable consumir agua purificada en abundancia, evitando bebidas azucaradas, energéticas o refrescos. Al preparar la comida, es importante lavar y desinfectar las verduras y frutas, así como manipular los alimentos con una adecuada higiene (Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Lo ideal es que los alimentos se dosifiquen a lo largo del día. La distribución más utilizada es la de tres comidas, pero se recomienda que las porciones se dividan en cinco o seis comidas o que se consuma algún tentempié entre cada una, puesto que así se favorece la digestión y se evita comer por aburrimiento (Kimmel, 1990).

La importancia de una alimentación acorde a las necesidades de cada individuo radica en su papel dentro del desarrollo de enfermedades. Por ejemplo, los altos niveles de colesterol

(especialmente de las lipoproteínas de baja densidad) en la sangre pueden generar patologías coronarias y ACV. Por esta razón, se recomienda ampliamente consultar a un (a) profesional de la nutrición sobre el plan de alimentación más conveniente para cada persona (Bennett & Murphy, 2001; INGER, s/f).

Un factor que se ha relacionado con la percepción de sabores, especialmente en la vejez, es el zinc. Aliani et al. (2013) reportó que el zinc mejoraba la identificación de sabores en personas que tenían alteraciones del gusto y del olfato cuando se administraban 30 mg al día, posiblemente porque éste favorece la regeneración de las papilas gustativas.

Por último, es primordial aclarar que la alimentación balanceada, por sí sola, no es suficiente para mantener un buen estado de salud. La alimentación también debe ir acompañada de la práctica regular de actividad física y de otras conductas saludables (Kimmel, 1990).

#### 2.4.2 Actividad física y ejercicio

Los avances tecnológicos, culturales, económicos y laborales, aunados a considerables niveles de estrés, han generado una disminución en el grado de actividad física en la población, sobre todo entre las personas que viven en grandes ciudades (Ortín & Garcés, 2014).

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal generado por los músculos esqueléticos cuyo resultado es el consumo de energía e incluye aspectos como el equilibrio, la flexibilidad y la resistencia. Se puede considerar a la actividad física como una necesidad, pues ésta fomenta la salud y el bienestar y su incumplimiento produce enfermedad y malestar (Palmberg et al., 2020; Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Por otra parte, el ejercicio es parte de la actividad física. Este tiene como objetivo promover o conservar la salud física de una persona mediante el desarrollo o fortalecimiento de los sistemas cardiovascular y muscular al realizar una serie de movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos (Bedworth & Bedworth, 2010; Ruiz et al., 2013).

El ejercicio aeróbico o de resistencia puede definirse como una actividad de regular o gran duración, intensidad y movimiento, como correr, trotar, nadar y andar en bicicleta. Se recomienda que las personas mayores realicen este tipo de ejercicio por lo menos cinco veces a la semana, de 20 a 60 minutos por ocasión (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2012; Taylor, 2007).

Los ejercicios de musculación o de fortalecimiento se enfocan en potenciar los músculos, manteniendo y fomentando la autonomía. Este tipo de ejercicios son muy importantes para prevenir las caídas. Su práctica moderada, de dos a tres días a la semana, puede realizarle mediante el levantamiento de pesas donde se utilicen de ocho a 10 grupos musculares mayores (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2012).

Por otra parte, los ejercicios de equilibrio promueven la precisión de los movimientos e incluyen caminar en línea recta, de puntillas o con los talones, subir y bajar escaleras, pararse sobre un pie y el Tai Chi. Su realización de forma regular ayuda a fortalecer los músculos de las piernas y a evitar caídas. La frecuencia recomendada es de uno a siete días a la semana, realizando de cuatro a 10 ejercicios distintos (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2012).

El último grupo de ejercicios recomendado para las personas mayores es el de flexibilidad. Este tipo de ejercicios incrementan el movimiento y la flexibilidad de los

músculos y ligamentos si se realiza mínimo una vez a la semana, con una duración de 30 a 60 minutos por día y aumentando progresivamente su intensidad (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012).

La cantidad y tipo de ejercicio sugerido en la vejez depende del grado de actividad mantenida en los últimos meses o años. En el caso de las personas sedentarias, se puede comenzar por actividades de 10 minutos y aumentar su intensidad o duración de forma progresiva. También se puede incrementar esta actividad al incorporarla a actividades diarias, como evitar estar acostado (a) o sentado (a) por grandes lapsos, subir y bajar escaleras o bajar del transporte público antes de su parada (INGER, s/f).

La práctica regular de actividad física conlleva múltiples beneficios para la población adulta mayor, tanto a corto como a largo plazo. Algunos de éstos son: 1) ayuda a conservar la capacidad funcional; 2) mejora la función cardíaca y pulmonar; 3) aumenta la coordinación, la agilidad y el equilibrio; 4) disminuye el riesgo de desarrollar coágulos; 5) favorece el mantenimiento de articulaciones, huesos, músculos y cartílagos; 6) disminuye el riesgo de fallecer prematuramente; 7) ayuda a controlar enfermedades no transmisibles (i.e. hipertensión, artritis, osteoporosis y diabetes); 8) mejora el sueño; 9) controla el peso corporal, previniendo el sobrepeso y la obesidad; 10) regula los niveles de glucosa y colesterol; 11) desarrolla la fuerza de los músculos, lo cual ayuda a prevenir o tratar la sarcopenia; 12) disminuye las caídas y la fatiga; 13) mejora la movilidad; 14) previene el deterioro cognitivo; 15) ayuda a conservar la independencia y la autonomía; 16) incrementa la autoconfianza, la autoestima, el autoconcepto y la autosatisfacción; 17) fortalece el sistema inmunológico y nervioso; 18) previene discapacidades o enfermedades; 19) reduce el estrés y la sintomatología ansiosa o depresiva; 20) mejora la calidad de vida y 21) reduce los gastos

en servicios de salud (Álvarez, 2013; Forrellat-Barrios et al., 2012; INGER, s/f; Knapik et al, 2019; Lemme, 2003; OMS, 2020; Ortín & Garcés, 2014; Palmberg et al., 2020; Pino, 2008; Ruiz et al., 2013; Sarafino & Smith, 2014; Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2012; Universidad Iberoamericana et al., 2009, 2011; Zanjani et al., 2004).

El ejercicio físico también tiene beneficios sociales, pues, al realizarse junto con otras personas, promueve la creación de relaciones de amistad, fortalece los lazos sociales, incrementa la socialización y aumenta el contacto con otras personas (Lemme, 2003; Ortín & Garcés, 2014; Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Los cambios en los sistemas respiratorio y cardiovascular debidos al envejecimiento primario no tendrían que significar un impedimento para la práctica regular de actividad física. No obstante, hay algunas enfermedades o condiciones de salud específicas donde se contraindica la realización de ejercicio vigoroso, como el caso de la EPOC (Ruiz et al., 2013).

#### 2.4.3 Sueño

El sueño es una necesidad humana, pues ayuda a mantener el equilibrio físico y psicológico mediante la consolidación de la memoria, la restauración de los tejidos corporales, el proceso homeostático y la restauración de la energía celular. Más que una opción, el sueño es una actividad necesaria para la supervivencia y bienestar de los organismos. Cuando éste no se satisface, se originan problemas de salud que afectan la calidad de vida, ya que altera el desempeño en variadas actividades y procesos cognitivos (i.e. formación de recuerdos, juicio, atención, respuesta emocional y ante el estrés, aprendizaje, vigilancia, toma de decisiones, funciones ejecutivas, entre otras) (Estrella & Torres, 2015; Guidozzi, 2015; Mueller et al., 2015; Pace-Schott & Spencer, 2015).

El sueño se define como un estado comportamental reversible donde se pierde o disminuye la reacción y percepción de los estímulos ambientales. Es un evento activo que implica cambios fisiológicos en todo el organismo, como una postura característica en cada especie, una reducción o ausencia de movimientos corporales, disminución de la reacción a estímulos externos, deterioro de las funciones cognoscitivas, movimientos oculares lentos y un estado de inconciencia reversible (Guidozzi, 2015).

Las principales variables relacionadas con dificultades para dormir en la vejez son las perpetuantes (i.e. creencias y conductas desadaptativas, miedo a dormir, malos hábitos de sueño), las predisponentes (i.e. edad, genética, sexo, estado de salud), las precipitantes (i.e. estresores), las ambientales (i.e. cambio de lugar para dormir, ruido, temperatura), el consumo de medicamentos (i.e. estimulantes del sistema nervioso central) o las psicológicas/psiquiátricas (i.e. sintomatología depresiva o ansiosa, demencia). También es frecuente que se produzcan despertares nocturnos por la poliuria (producción excesiva de orina durante el sueño) y la nocturia (necesidad constante de orinar durante las noches). La identificación de las causas de los problemas para mantener el sueño nocturno es un aspecto importante para tomar en cuenta al instrumentar un tratamiento (Estrella & Torres, 2015; Pace-Schott & Spencer, 2015; Rissling & Ancoli-Israel, 2009).

La regulación del ciclo sueño-vigilia puede efectuarse mediante el establecimiento de un horario para dormir y despertarse. Además, la actividad física regular puede favorecer la calidad del sueño. A diferencia del uso de fármacos para dormir, la combinación de estas estrategias no solamente carece de efectos adversos, sino que también reducen la fatiga y mejoran el rendimiento, el humor y la calidad de vida (Rissling & Ancoli-Israel, 2009).

Como se mencionó en el capítulo anterior, el sueño disminuye en la vejez, pero muchas personas mayores ignoran esto y pueden quejarse de experimentar insomnio. Sin embargo, es importante detectar cuándo sí se trata de un trastorno del sueño y cuando no. El insomnio es una dificultad persistente para permanecer dormido (a), para conciliar el sueño o un sueño que no produce descanso y genera consecuencias negativas durante el día. La prevalencia de este trastorno en personas adultas mayores es de hasta un 50% y es más frecuente en mujeres porque es resultado de los cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos de la menopausia. Las formas más comunes de insomnio son el terminal o despertares precoces (*terminal insomnia/early morning insomnia*) y el de mantenimiento (*sleep maintenance insomnia*) (IMSS, 2018; Mueller et al., 2015; Rissling & Ancoli-Israel, 2009; Yang et al., 2012).

El insomnio tiene un efecto negativo significativo en la calidad de vida y en la salud física y mental. Algunas consecuencias del insomnio son disminución en el tiempo de respuesta y en el rendimiento general, fatiga, problemas para mantener la atención y problemas de memoria. En el caso de las personas adultas mayores, los efectos pueden ser más intensos y podrían confundirse con demencia. Si el insomnio no se trata adecuadamente, aumenta el riesgo de tener accidentes, además de que incrementan las probabilidades de presentar deterioro cognitivo (Pace-Schott & Spencer, 2015; Rissling & Ancoli-Israel, 2009; Yang et al., 2012).

Los tratamientos no farmacológicos son los más recomendados para este grupo de edad, pues mantienen sus efectos a largo plazo, no presentan los efectos adversos que pueden tener los medicamentos (i.e. caídas y deterioro cognitivo) y son altamente efectivos. La terapia cognitivo conductual combina técnicas de modificación conductual (i.e. control de

estímulos e higiene del sueño) y la reestructuración cognitiva (i.e. trabajo con creencias poco realistas sobre el sueño) para mejorar el ciclo de sueño-vigilia. Otros tratamientos útiles para estos casos son incrementar la actividad física de tipo aeróbica o de resistencia y la musicoterapia (Estrella & Torres, 2015; Rissling & Ancoli-Israel, 2009; Yang et al., 2012).

A continuación, se mencionan algunos procesos relacionados con el sueño:

**Higiene del sueño.** La higiene del sueño consiste en un grupo de conductas y hábitos que favorecen el inicio y mantenimiento del sueño, reduciendo los trastornos del dormir como el insomnio. Estas estrategias son fáciles de implementar y tienen el objetivo de mejorar la cantidad y calidad del sueño (Estrella & Torres, 2015; Goldschmied et al., 2020; IMSS, 2018).

Para que las personas mayores mantengan una buena higiene del sueño se sugiere evitar labores estresantes o estimulantes antes de ir a la cama, mantener la habitación donde se va a dormir con una mínima cantidad de ruido, luz y a una temperatura adecuada, aumentar la actividad física (mínimo tres horas antes de dormir), acostarse al menos dos horas después de la cena, establecer un horario regular para acostarse y levantarse, no ingerir alimentos abundantes, no acostarse con hambre ni tomar bebidas abundantes o que contengan alcohol o cafeína/teína poco antes de dormir; seguir una rutina antes de acostarse (i.e. hacer ejercicios de relajación, cepillarse los dientes), incrementar la exposición a la luz solar (evitando exponerse directamente a la luz solar de las 12 a las 16 horas), usar la cama solamente para dormir y no fumar antes de irse a la cama. En caso de tener dificultades para conciliar el sueño, se sugiere levantarse de la cama, hacer una actividad relajante o que no sea muy estimulante y volver a la cama en cuanto se vuelva a experimentar somnolencia (Estrella & Torres, 2015; Goldschmied et al., 2020; INGER, s/f; Yang et al., 2012).



**Siestas.** Se considera que las siestas son normales en la vida de bebés y niños (as) pequeños (as), pero muchas personas continúan tomando siestas a lo largo de sus vidas. En la vejez, su frecuencia puede incrementar y es posible que éstas brinden beneficios a esta población (Milner & Cote, 2009).

Al revisar la literatura científica se encontraron dos posturas en torno a este tema: las que sostienen que éstas son beneficiosas (Hideki et al., 2019; Milner & Cote, 2009) y las que no las recomiendan por efectos perjudiciales en el sueño (Estrella & Torres, 2015; INGER, s/f). En el caso de las últimas, se recomienda que las personas eviten dormir durante el día y, en casos en los que se pueda tomar una siesta, ésta no debe realizarse después de las 16 horas ni debe tener una duración mayor a 20 minutos (Estrella & Torres, 2015; INGER, s/f).

Las posturas que refieren beneficios de las siestas señalan que éstas pueden reducir la somnolencia y ayudan a «recuperar» el sueño perdido (i.e. cuando el sueño es interrumpido por la necesidad de ir al baño durante las noches). Otros posibles beneficios son a) la mejora del desempeño cognitivo (pues facilitan la formación de recuerdos, el funcionamiento ejecutivo y el aprendizaje), del estado de ánimo y del estado de alerta, b) restablecen el vigor, c) mejoran la velocidad psicomotora, el tiempo de reacción, la precisión y la vigilancia, d) reducen la confusión, la somnolencia y la fatiga y e) cuando se combinan con ejercicio físico, mejora la salud psicológica y física (Hideki et al., 2019; Milner & Cote, 2009).

Los beneficios mencionados anteriormente dependen de varios factores, como de las características individuales (i.e., género, edad, historial de pérdida de sueño, experiencia con las siestas y el grado de somnolencia) y de la misma siesta (i.e. su frecuencia, duración, etc.). Generalmente, las personas que toman siestas de forma regular suelen ser quienes obtienen más beneficios (Hideki et al., 2019; Milner & Cote, 2009).

Otro factor relacionado con los beneficios de las siestas es la hora del día en que se realizan. Las personas que toman siestas en la tarde (de las 15 a las 17 horas) muestran un incremento en la alerta, mejor eficiencia del sueño, mayor cantidad de sueño de ondas lentas y menor latencia del sueño si se comparan con individuos que toman siestas cerca de la noche (19 a 21 horas). Además, las siestas realizadas en un mal momento del día (i.e. después de las 19 horas) pueden provocar inercia del sueño (es decir, disminución del rendimiento y de la habilidad para pensar, generalmente acompañada de aturdimiento, confusión y deficiencias en los procesos cognitivos). Todo lo anterior posiblemente está relacionado con los ritmos circadianos, por lo que se recomienda que, de tomar siestas, se realicen en las mañanas (sobre todo en casos de fatiga extrema o personas privadas de horas de sueño) o en las tardes (para quienes se sienten satisfechos con sus horas de sueño nocturno). Para determinar cuál es el mejor momento para una siesta, es indispensable tomar en consideración el horario de vigilia-sueño; las necesidades individuales de sueño; la calidad de las siestas, del sueño durante la noche y de la vigilia; y las tendencias matutino-vespertinas (Milner & Cote, 2009).

El aspecto más discutido de las siestas es el de su duración. El objetivo de una siesta es obtener los mayores beneficios en el menor y mayor tiempo posible, evitando la inercia del sueño. La duración de una siesta que cumple lo anterior oscila de 10 hasta 30 minutos. Cada uno de estos tiempos ha reportado diferentes beneficios. Las siestas de 10 minutos disminuyen la sensación de fatiga, incrementan el vigor y la alerta y mejoran el desempeño. Las siestas más largas mejoran y restauran la cognición y el rendimiento durante la vigilia. Sin embargo, las últimas podrían aumentar las probabilidades de presentar inercia del sueño, sobre todo las que tienen una duración igual o mayor a 30 minutos (INGER, s/f; Milner & Cote, 2009).

El último factor involucrado en la eficiencia de las siestas es la experiencia. Es decir, las personas que toman siestas de manera regular o frecuente (*habitual nappers*) suelen obtener más beneficios al practicarlas, ya que tienen una habilidad para quedarse dormidas más fácilmente y casi siempre despiertan descansadas. Los individuos que carecen de experiencia con las siestas pueden despertar más frecuentemente, tener un sueño más ligero, presentar dificultades para conciliar el sueño o experimentar consecuencias desagradables por tomar la siesta (i.e. inercia del sueño) (Milner & Cote, 2009).

Cualquier persona adulta mayor puede beneficiarse de las siestas, independientemente de si su estado de salud es bueno o no, ya que la combinación de actividad física de intensidad moderada y una siesta de 30 minutos durante las tardes disminuyen la somnolencia y la fatiga durante el día, mejoran la calidad del sueño, el estado de ánimo y el desempeño cognitivo al realizar tareas o ejercicios de detección visual, la memoria verbal y el razonamiento lógico (Milner & Cote, 2009).

#### 2.4.4 Atención médica y servicios de salud

Los sistemas de salud en todo el mundo pueden tener dificultades para satisfacer y atender las necesidades de las personas mayores, pues éstas suelen requerir de tratamientos prolongados derivados de las enfermedades no transmisibles. No obstante, es importante que estos sistemas implementen una atención integral dirigida a mantener las capacidades por el mayor tiempo posible, promoviendo la habilidad funcional, la dignidad y la autonomía de las personas (OMS, 2015; WHO, 2017).

En cuanto a la periodicidad con la que se debe acudir a atención médica, la recomendación depende de varios factores, como el sexo, la edad y el estado de salud de la persona. En general, se sugiere acudir con el (la) profesional de la salud por lo menos una

vez al año, aunque esa frecuencia puede ser mayor si se cuenta con diagnóstico de ciertas enfermedades, con la finalidad de prevenir complicaciones, o bien, el desarrollo o adquisición de enfermedades e infecciones mediante la promoción de un estilo de vida saludable, el aumento de la familiarización con el (la) proveedor (a) de servicios, la detección oportuna de patologías, la valoración del riesgo para presentar problemas en el futuro y la actualización de las vacunas (Matarazzo, 1984; MedlinePlus, 2020c, 2020d; Universidad Iberoamericana et al., 2009, 2010).

La atención médica de las personas mayores requiere de las siguientes pautas: hacer un seguimiento de las posibles reacciones adversas a los medicamentos; llevar un tratamiento de forma paulatina; comenzar el tratamiento lentamente y usar la menor cantidad posible de medicamentos. Las y los profesionales de la salud tienen que actualizarse constantemente en los nuevos fármacos y es esencial que informen a sus pacientes sobre las posibles interacciones entre medicamentos (Lemme, 2003).

Por otra parte, se recomienda acudir al dentista para promover la salud dental. La visita al dentista debe efectuarse de una a dos veces al año para realizar una limpieza y una valoración de la salud bucal. También es importante acudir a este servicio si se presenta molestia o dificultad al comer; sangrado de encías durante el cepillado; fractura de muelas o dientes; desgaste dental; inflamación de los labios, boca, encías o lengua; mal aliento; encías sensibles; tener dientes flojos, boca seca, sarro, caries, dolor en encías, dientes, boca o al usar una prótesis o dentadura; al presentar llagas, aftas o fuegos; si se rechinan los dientes mientras se duerme o si se tienen problemas para tragar (Kiyak, 1984; INGER, s/f; MedlinePlus, 2020c, 2020d; Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Un campo al que no se le ha otorgado la suficiente atención es el de la visión. Ésta tiene un papel fundamental en la calidad de vida, ya que es una de las principales maneras que tenemos para relacionarnos con el entorno. La visión tiene un rol considerable en la salud mental y en la capacidad funcional, el desarrollo cognoscitivo y la trayectoria personal o profesional. Por lo tanto, es relevante realizar revisiones oftalmológicas con cierta frecuencia (anualmente o máximo cada tres años), donde se lleven a cabo mediciones de la presión intraocular, de la agudeza visual y de la transparencia del cristalino, de la retina y de la córnea. Para personas con hipertensión arterial o diabetes, estas revisiones deben realizarse de una a dos veces al año (Cieza et al., 2017; INGER, s/f; MedlinePlus, 2020c, 2020d; Universidad Iberoamericana et al., 2010).

Algunas enfermedades o condiciones de salud afectan a la visión de las personas mayores y es frecuente que no se tenga acceso a los servicios que den pronta atención a estos problemas, ya que éstos no suelen incluirse en los programas de promoción de la salud. Es recomendable que los sistemas de salud brinden una atención integral que incluya la prevención, el tratamiento y la rehabilitación enfocada en el cuidado de los ojos, ya que las condiciones y patologías en estos órganos, incluyendo la pérdida de la visión, han incrementado a nivel global (Cieza et al., 2017).

Otros chequeos recomendados a las personas mayores son los del oído. Éstos deben realizarse por lo menos una vez al año, aunque también es importante acudir a una valoración si se presentan síntomas de disminución auditiva (INGER, s/f; MedlinePlus, 2020c, 2020d).

Por otra parte, las pruebas de detección son estudios y análisis que se realizan para detectar enfermedades antes de que éstas originen signos y síntomas. Algunos ejemplos son la toma de muestras de sangre para detectar colesterol alto y la toma de la presión arterial.

Varias de estas pruebas se realizan en cualquier consultorio enfocado a la salud, mientras que otras requieren de un equipo especial o de la intervención e interpretación de un (a) especialista (i.e. la colonoscopia) (*Agency for Healthcare Research and Quality & U.S. Preventive Services, 2014a*).

El tipo de pruebas que se recomiendan para una persona dependen de su edad y sexo. Tanto en hombres como en mujeres se recomienda realizar análisis regulares de sangre (cada cinco años en personas sanas y más frecuentes si hay cambios de dieta, de peso o si se tiene diabetes, problemas renales o cardiacos) para detectar el aumento de colesterol o glucosa en la sangre. La medición de la presión arterial debe realizarse por lo menos cada dos años si la presión sistólica es igual o menor a 120 mm Hg y la diastólica es igual o menor a 80 mm Hg; si la presión es mayor a los indicadores anteriores, se recomiendan mediciones anuales. El cálculo del IMC se utiliza para detectar sobrepeso y obesidad: un IMC mayor a 30 es indicador de obesidad, mientras que uno mayor a 25 y menor a 30 indica sobrepeso. Por lo tanto, la medición del peso y de la altura deben realizarse con regularidad (mínimo en cada ocasión que la persona acude al médico). Otra valoración sugerida es el examen para detectar la diabetes, que debe realizarse cada tres años (*Agency for Healthcare Research and Quality & U.S. Preventive Services, 2014a, 2014b; MedlinePlus, 2018, 2020b, 2020c, 2020d*).

Las personas menores de 65 años deben realizarse una prueba de detección de la hepatitis C (recomendada si el año de nacimiento fue de 1945 a 1965, si se recibió una transfusión de sangre antes de 1992 o si se han inyectado drogas), del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Si la persona tiene menos de 75 años, se recomienda realizar estudios para detectar el cáncer colorrectal (i.e. colonoscopia cada 10 años o examen de sangre en las heces cada año), mientras que quienes tienen más de 75 años

deben preguntar a su médico si es necesario realizar estas pruebas. Si la persona consume o consumía tabaco, se puede considerar la realización de un examen para detectar cáncer pulmonar, aunque esto depende del tiempo y la cantidad promedio de cigarrillos consumidos. Por último, el (la) profesional de la salud requiere realizar exámenes de la piel para detectar signos de cáncer de forma oportuna (*Agency for Healthcare Research and Quality & U.S. Preventive Services*, 2014a, 2014b; MedlinePlus, 2018, 2020b, 2020 c, 2020d).

Las pruebas recomendadas para las mujeres son el examen de Papanicolaou junto con la prueba del Virus de Papiloma Humano (VPH) cada tres o cinco años hasta la edad de los 65. Si la persona tiene más de 65 años y si cuenta con una histerectomía o si los resultados de las últimas tres pruebas realizadas en la última década fueron negativos, se debe preguntar al médico si todavía se requiere realizar estas pruebas. Se sugiere realizar mamografías cada uno o dos años hasta los 75 años, ya que así se puede detectar el cáncer de mama. Se pueden realizar autoexploraciones una vez al mes, pero todavía se duda sobre su efectividad para detectar el cáncer de forma oportuna. Finalmente, a partir de los 65 años es importante llevar a cabo estudios para valorar la fortaleza de los huesos mediante una prueba de densidad ósea (*Agency for Healthcare Research and Quality & U.S. Preventive Services*, 2014b; MedlinePlus, 2018, 2020d).

Por otro lado, los análisis para los hombres incluyen exámenes para detectar el cáncer de próstata hasta los 69 años (no se recomiendan estas pruebas a hombres de 70 o más años) o para detectar enfermedades en los testículos, aunque su frecuencia y pertinencia debe preguntarse al médico (MedlinePlus, 2020b, 2020c).

Existen varios obstáculos para que las personas mayores accedan a los servicios de salud. Entre éstos se incluye el desconocimiento de los servicios de salud y de los lugares

donde se ofrecen, lo que genera una alta demanda en los servicios de atención de primer nivel e influye en el poco alcance de las instituciones que cuentan con un equipo preparado para atender problemáticas específicas (Pino, 2008).

En adición, un alto porcentaje de servicios de salud se han centrado en las grandes ciudades, por lo que se desatienden y limitan el acceso a las personas que habitan en zonas rurales. A esto se suma la falta de acceso a los seguros médicos, lo que está principalmente relacionado con un bajo nivel educativo, con la vulnerabilidad social y que quienes habitan en las zonas rurales se han dedicado, en su mayoría, a empleos informales (Salgado et al., 2005; Shamah-Levy et al., 2008).

#### 2.4.5 Adherencia terapéutica

El término de adherencia terapéutica hace referencia al nivel en el que coinciden las acciones o conductas de una persona con las instrucciones y prescripciones médicas para mantener o recuperar la salud. La adherencia no solamente incluye consumir los medicamentos prescritos tal como fueron indicados, sino también seguir las recomendaciones de modificación de conductas (i.e. sobre la dieta, la higiene personal, las conductas sexuales de riesgo y la actividad física), tomar los fármacos de forma apropiada, asistir a las consultas de seguimiento, buscar atención médica y obtener las vacunas establecidas para cada grupo de edad, género y condición de salud (Nuñez, 2014; Sarafino & Smith, 2014; Souza & Cruz, 2008; Taylor, 2007; WHO, 2003).

Por otra parte, las personas mayores pueden tener dificultades para adherirse a un tratamiento, especialmente si éste es complejo. Algunos factores que intervienen en la adherencia terapéutica por parte de las y los pacientes son 1) un bajo nivel socioeconómico; 2) problemas para leer, recordar, oír o comprender las instrucciones (tanto por un deterioro



cognitivo o problemas de atención y memoria como por el detrimento de los órganos de los sentidos); 3) desconocimiento del tratamiento por malas explicaciones del profesional de la salud; 4) la polifarmacia; 5) las psicopatologías (i.e. depresión); 6) los tratamientos prolongados; 7) la falta de confianza; 8) falta de redes de apoyo; repeticiones u omisiones de dosis y 9) la suspicacia (Boron et al., 2006; Lemme, 2003; Pfizer, 2009; Sarafino & Smith, 2014; Souza & Cruz, 2008).

Por otro lado, las y los profesionales de la salud también tienen un rol relevante en la falta adherencia al tratamiento, pues son frecuentes las actitudes que disminuyen o impiden el establecimiento de una relación terapéutica sólida. Los factores que imposibilitan la relación terapéutica son las creencias edadistas de que las personas mayores no aprenden, son olvidadizas y olvidarán toda la información brindada; la evitación o limitación de la interacción con las personas mayores; y el pensamiento de “para qué esforzarse, si de cualquier forma es muy tarde para hacer algo” (Kiyak, 1984; Lama, 2003).

La falta de adherencia terapéutica tiene serias consecuencias en la salud de las personas adultas mayores. Algunas de ellas son a) el aumento de los costos de atención a la salud (pues incrementan las hospitalizaciones o se requiere de un nuevo tratamiento), b) más efectos adversos derivados de la interacción o de la duplicidad de medicamentos, c) incremento de la gravedad de una enfermedad o infección y d) aumento de las probabilidades de presentar otra(s) enfermedad(es) o discapacidad (Boron et al., 2006; Nuñez, 2014; Pfizer, 2009).

Por lo anteriormente mencionado, resulta primordial favorecer la cooperación y adherencia al tratamiento. Las técnicas que pueden emplear las personas mayores para seguir el tratamiento farmacológico tal como fue indicado se pueden dividir en internas y externas.

Las primeras se refieren a la implementación de estrategias cognitivas de asociación para recordar la forma correcta de ingesta de medicamentos. Las estrategias externas consisten en utilizar lugares u objetos específicos para facilitar el recuerdo de continuar con un tratamiento, por ejemplo, se requiere pedir información sobre los fármacos recetados (nombre, razón por la que fue recetado y leer la información de los recipientes) e informar detalladamente sobre los medicamentos que se están consumiendo (incluyendo los que no requieren prescripción, como los suplementos alimenticios); seleccionar solamente una farmacéutica para surtir las recetas y, en caso de presentar efectos adversos, comunicarlos (Boron et al., 2006; Lemme, 2003).

Por último, algunas sugerencias que las y los profesionales de la salud pueden emplear para fomentar la adherencia al tratamiento se enuncian a continuación: 1) evaluar la adherencia de manera periódica; 2) especificar y aclarar las instrucciones del tratamiento de forma reiterada y proporcionarlas de manera escrita, simple y entendible; 3) pedir a las y los usuarios de los servicios de salud que, cuando asistan a consulta, lleven los fármacos que están ingiriendo; 4) mantener contacto con el establecimiento que suministra los medicamentos; 5) verificar las interacciones con otros medicamentos y sus contraindicaciones; 6) buscar una comunicación óptima profesional de la salud-usuario de los servicios; 7) usar recordatorios (i.e., un calendario); 8) dar sesiones breves para evitar el agotamiento (preferentemente de 45 minutos o menos); 9) verificar que la persona acate el tratamiento correctamente y dar retroalimentación continuamente; 10) comenzar el tratamiento farmacológico con dosis pequeñas y con la menor cantidad de medicamentos posible; 11) tratar de juntar las horas de la medicación con otras actividades cotidianas (i.e., en el desayuno); 12) deshacerse de los medicamentos discontinuados o en desuso; 13) tratar

de que un medicamento no se proporcione por lapsos prolongados; 14) vigilar las reacciones adversas; 15) educar a las y los pacientes sobre el manejo de los medicamentos y cerciorarse de que la persona lo comprenda; 16) tratar de fortalecer las redes de apoyo del paciente (para que proporcionen apoyos cognitivos, instrumentales o de otro tipo); 17) utilizar recipientes que se puedan manipular fácilmente y que tengan diferentes colores o colocar rótulos con letras legibles y grandes (Boron et al., 2006; IMSS, 2018; Kiyak, 1984; Souza & Cruz, 2008).

#### 2.4.6 Higiene personal

El mantenimiento de una buena apariencia e higiene personal promueve la autoestima y la salud física, emocional y psicosocial de las personas adultas mayores. Aunado a los cambios provocados por el envejecimiento y a factores externos (i.e. la contaminación y la radiación solar), el mal cuidado de la piel puede acelerar o empeorar el estado de este órgano, incrementando la vulnerabilidad a infecciones y lesiones (Cowdell & Garrett, 2014; INGER, s/f; Universidad Iberoamericana et al., 2012).

A pesar de que la información científica sobre el cuidado de la piel en la vejez es escasa, se han realizado las siguientes recomendaciones: 1) la limpieza corporal debe realizarse utilizando solamente las manos enjabonadas y sin tallar la piel con zacates o estropajos ni con esponjas (con excepción de los pies, las axilas y los genitales de ser necesario); 2) bañarse con regularidad, pues esto incrementa la relajación y la autoestima, conserva una piel limpia, fomenta el bienestar y disminuyen las probabilidades de adquirir una infección y usar emolientes u otros artículos en lugar de jabones (los jabones y otros detergentes tienden a alterar el pH de la piel); 3) utilizar un atuendo limpio y suave (reduce los daños por fricción); 4) preferir el agua tibia a la caliente y no mantenerse en el agua por lapsos prolongados para no reseca la piel; 5) al terminar el baño, con la piel aún mojada,

utilizar crema corporal que no contenga colorantes ni perfumes; 6) al momento de secarse con la toalla, procurar no tallar la piel, sino dar ligeros golpecitos o suaves masajes y secar completamente los dedos de los pies antes de cubrirlos con calcetines de algodón o con el calzado; 7) tener un adecuado y suficiente consumo de alimentos y bebidas; y 8) no limpiar la piel en exceso, pues puede originar resequedad y picor (Cowdell & Garrett, 2014; Flether, 2005; INGER, s/f; Universidad Iberoamericana et al., 2012).

Para favorecer una piel saludable es preciso recomendar su cuidado; proporcionar libertad para escoger los productos que mejor se adecúen a las circunstancias de cada persona; favorecer la eliminación de la idea de que la piel vieja es fea; tomar en cuenta el estilo de vida al abordar el tema del cuidado de la piel; tratar de dar instrucciones de forma escrita; adecuar las técnicas de promoción de la salud a las necesidades de este grupo poblacional; fomentar la alimentación saludable; evitar tratar la piel de las personas mayores con medicamentos; y recomendar el empleo de productos de fácil acceso. Además, es importante sugerir la higiene regular, ya que la falta de ésta aumenta la presencia de patógenos que provocan infecciones (Cowdell & Garrett, 2014).

En cuanto al cuidado de las uñas de manos y pies, algunas personas adultas mayores pueden presentar dificultades para cortárselas por sí solas, ya sea porque no ven bien o porque no alcanzan sus pies. Si las uñas se dejan de cortar, éstas pueden deformarse y engrosarse, lo que incrementa las posibilidades de que se entierren y causen infecciones, por lo que es probable que requieran del apoyo de otra persona para realizarlo adecuadamente (Universidad Iberoamericana et al., 2012).

Ahora bien, la salud dental en ocasiones es considerada como algo extraño tanto para las personas mayores como para las y los profesionales dentistas. Parte de esta extrañeza se

debe al estereotipo de que la pérdida de piezas dentales y sus patologías son normales en la vejez. También es común que las personas mayores desconozcan el papel de los dientes en el mantenimiento de la salud general o el efecto dañino del consumo de sustancias psicoactivas (i.e. alcohol y tabaco) en la mucosa bucal y en los dientes, así como que este consumo es factor de riesgo para cáncer de boca (González et al., 2013; Kiyak, 1984).

Las conductas que promueven la higiene bucal en la vejez son: a) cepillar los dientes y la lengua usando pasta dental y un cepillo de dientes con cerdas suaves al menos tres veces al día; b) evitar consumir altas cantidades de bebidas alcohólicas; c) usar hilo dental y enjuague bucal; d) tratar de no consumir alimentos altos en carbohidratos o azúcar; e) cambiar de cepillo dental regularmente; f) evitar fumar tabaco; g) en caso de tenerlas, conservar una buena higiene de las dentaduras o prótesis removibles mediante su desinfección y cepillado regular; y h) acudir al dentista dos veces al año (Universidad Iberoamericana et al., 2009).

Una mala higiene bucal junto con un tratamiento inadecuado de los dientes origina la pérdida de piezas dentales, sobre todo en la población mayor. Los resultados de esto son, entre otras, alteración en la fonación y dicción, dificultades para masticar o deglutir, aumento en las probabilidades de padecer trastornos alimenticios y un aspecto físico desagradable para otras personas que puede generar aislamiento. Para evitar estos problemas y tener una dentadura saludable, las personas necesitan tener una limpieza bucal que retire la placa bacteriana (Aliani et al., 2013; González et al., 2013; IMSS, 2018).

Finalmente, hay ciertos problemas de salud que requieren más atención al cuidado bucal, como las enfermedades cardíacas, la osteoporosis, la desnutrición, la diabetes, el uso de prótesis dentales y si se tiene cualquier tipo de cáncer. Por esta razón, es recomendable

acudir a un (a) dentista o profesional de la salud especializado (a) que realice indicaciones específicas para su correcto mantenimiento (Universidad Iberoamericana et al., 2009).

#### 2.4.7 Sexualidad

La sexualidad es una manera de relacionarse con y dentro del mundo. Su expresión es individual e incluye el coito, el acompañamiento, la ternura, la proximidad, la confianza, la intimidad y el tacto, está mermada por aspectos históricos y culturales (i.e. qué está bien visto o mal visto de acuerdo con el sexo y edad de una persona) y una sexualidad satisfactoria es uno de los indicadores de la calidad de vida y bienestar en la vejez (Bauer et al., 2018; Gewirtz-Meydan et al., 2019; Morell-Mengual, et al., 2018; Perdomo et al., 2013; Valdés & Hernández, 2009).

En la vejez, las formas de ejercicio de la sexualidad más comunes son las relaciones sexuales vía vaginal, los besos, las caricias, los abrazos, la masturbación y otras formas de contacto sexual. Sin embargo, lo anterior varía enormemente entre individuos, ya que hay factores físicos, psicológicos, sociales y culturales que intervienen en estas prácticas (Universidad Iberoamericana et al., 2010).

A pesar de que la cantidad de investigaciones sobre la sexualidad en la vejez es insuficiente, se ha reportado que las personas mayores mantienen relaciones sexuales y experimentan deseo e interés sexual hasta después de los 80 años de edad. Además, la actividad sexual en la vejez fomenta la autoestima, la sensibilidad, el afecto y la autoafirmación, así como el sentirse deseados (as), amados (as) y reconocidos (as) (Gewirtz-Meydan et al., 2019; Hernández-Fernández et al., 2017; Perdomo et al., 2013; *Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report*, 1952; Valdés & Hernández, 2009).

Si bien las personas mayores pueden seguir experimentando interés en la actividad sexual, existen barreras para que éstas gocen libremente de su sexualidad, como son 1) las creencias, prejuicios y actitudes discriminatorias que pueden generar sentimientos de vergüenza o culpa; 2) tener alguna intervención quirúrgica –como la ooforectomía y la histerectomía–; 3) desconocer los cambios sexuales durante el envejecimiento que pueden dificultar la práctica de relaciones sexuales; 4) la falta de una pareja (más frecuente en mujeres, pues su esperanza de vida es mayor que la de los hombres); 5) el estado de salud (i.e. algunas enfermedades o problemas de salud, como el Parkinson, la arteriosclerosis, la lumbalgia, la depresión, la diabetes, el hipotiroidismo, la anemia, el derrame cerebral o el infarto al miocardio); 6) las condiciones del entorno, o sea, qué tanto favorece, restringe o impide contar con un espacio privado (i.e. la coexistencia de varias generaciones en una misma casa, donde se suele compartir la habitación con otros miembros de la familia, o las reglas en las residencias, donde no se permite la actividad sexual entre residentes); 7) el uso de medicamentos que generan impotencia sexual o reducen la libido; 8) el miedo a ser despreciados (as); 9) seguir información de fuentes de dudosa calidad (i.e., libros de autoayuda que apoyan los roles sexuales tradicionales de hombres y mujeres) y 10) la imagen corporal negativa (Gewirtz-Meydan et al., 2019; Hernández-Fernández et al., 2017; Hinchliff, 2009; Morell-Mengual, et al., 2018; Mueller, 1997; Perdomo et al., 2013).

Las disfunciones sexuales son otro obstáculo para el ejercicio de la sexualidad en la senectud. Las personas mayores que presentan alguna de estas disfunciones, como eyaculación precoz o disfunción eréctil en hombres y falta de interés sexual o disminución en la lubricación en mujeres, pueden experimentar dificultades para expresar sus intereses y deseos en continuar con su vida sexual (Bauer et al., 2018; Gewirtz-Meydan et al., 2019).

Como se mencionó en el Capítulo 1, los viejismos replicados por las y los profesionales de la salud suelen provocar sentimientos de culpa y vergüenza en las personas mayores. Para promover la conversación sobre la sexualidad en esta etapa de la vida, Gewirtz-Meydan et al. (2019) realizaron un estudio donde entrevistaron a 15 médicos especializados en sexología sobre las variables que promovían el abordaje de la sexualidad entre pacientes mayores y sus médicos. Los resultados mostraron que había tres puntos importantes en este intercambio: 1) aumentar la relevancia y visibilidad de la sexualidad en la senectud sin estigmatizarla, 2) difundir información científica sobre el tema entre profesionales de la salud e instituciones de salud, con las personas mayores y con la sociedad en general, y 3) mostrar apertura para hablar sobre la sexualidad en la vejez, siempre respetando y comprendiendo a la otra persona. Todos estos factores contribuyen a que las personas se sientan más cómodas y libres de hablar sobre sus deseos, dificultades, necesidades e intereses sexuales.

A pesar de que las personas adultas mayores sí pueden experimentar deseo sexual, la idea de que la práctica de relaciones sexuales termina únicamente cuando la persona fallece puede llevar a que las y los profesionales de la salud creen que es obligatorio mantenerse sexualmente activo (a) para conservar la salud. Esto podría llevar a la interpretación de la inactividad sexual como algo negativo que debe ser tratado con medicamentos. Por lo tanto, siempre es fundamental respetar las diferencias, deseos e intereses individuales (Brigeiro, 2005; Hinchliff, 2009).

El tema de la sexualidad ha cobrado interés en la psicología de la salud. Sin embargo, no se le ha dado suficiente importancia a la salud sexual de las personas adultas mayores, pues la mayoría de las investigaciones se realizan con personas de menos de 50 años. Contar



con investigaciones sobre la salud sexual en la vejez permitirá diseñar intervenciones enfocadas en la promoción de una sexualidad sana (Hinchliff, 2009).

Por otra parte, una ventaja de las tecnologías actuales es que la información sobre sexualidad se puede obtener de forma anónima, rápida y más sencilla que antes. Esto tiene aspectos positivos en la senectud, ya que, por una parte, permite visibilizar el placer sexual y, por otro lado, las personas mayores cuentan con mayor libertad para expresarse e incluso cuentan con más oportunidades de conocer en línea a otras personas. Otro de los beneficios es que se tiene acceso a una gran cantidad de información que podría favorecer la adopción de representaciones más fiables del envejecimiento y sobre cómo se vive la sexualidad (Hinchliff, 2009).

En vista de que las personas mayores no tienen la preocupación de tener un embarazo (especialmente en el caso de las mujeres) y dado que es alta la tendencia a pensar en el uso de condón solamente como método anticonceptivo, el riesgo de adquirir ITS en la vejez es mayor. Otro factor relacionado con lo anterior es la falta de una pareja sexual que motiva a la búsqueda de satisfacción del deseo sexual mediante la prostitución. Asimismo, las creencias que relacionan con las ITS exclusivamente con la juventud pueden contribuir al riesgo de su contagio en esta etapa (Annan, 2002; Hanzeliková, 2006; Kim et al., 2019; Lemme, 2003).

El tema de las ITS en la vejez no ha recibido suficiente atención, pero se estima que, en Estados Unidos, cerca del 4% de las personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) son adultas mayores y se prevé que este porcentaje incrementará por los cambios demográficos y por el desarrollo de tratamientos que aumentan las probabilidades de vivir hasta la vejez. Por lo tanto, las ITS, en un futuro, podrían

representar un relevante problema de salud en este grupo etario (Annan, 2002; Kim et al., 2019; Lemme, 2003; Mueller, 1997).

Debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento, sobre todo los relacionados con el sistema inmunológico, las personas adultas mayores que viven con VIH podrían experimentar la infección de una forma distinta a otros grupos poblacionales y se necesita de más información sobre cómo responden a los nuevos medicamentos retrovirales (Lemme, 2003; *National Institute of Aging* [NIA], 2017).

A lo anterior, se agregan la falta de realización de pruebas de detección y de la búsqueda de tratamientos para las ITS por miedo a ser discriminado (a), sentirse avergonzados (as) y la falta de acceso a información confiable. Además, las y los profesionales de la salud pueden adoptar etarismos sobre la sexualidad, por lo que no indagan sobre el comportamiento sexual de este grupo y, al mismo tiempo, algunos síntomas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) suelen ser mal diagnosticados como demencia o interpretados como características de un envejecimiento normal, lo que impide su oportuno tratamiento (Annan, 2002; Hanzeliková, 2006; Lemme, 2003; NIA, 2017).

Las recomendaciones generales para prevenir el contagio de ITS en la vejez son 1) informarse sobre los riesgos de adquirir una infección, 2) limitar el número de parejas sexuales, 3) realizarse una prueba de detección de ITS cada año, 4) hacerse una prueba de VIH si la persona o su pareja sexual recibió una transfusión de sangre o si tuvo una operación en un país en desarrollo, 5) indagar en la historia sexual o de consumo de sustancias psicoactivas de la (s) pareja (s) sexual (es), 6) no compartir jeringas ni agujas con otra persona y 7) usar condones femeninos o masculinos de poliuretano o látex durante las relaciones sexuales (NIA, 2017).

#### 2.4.8 Redes de apoyo

No hay un consenso sobre la definición de apoyo social. Sin embargo, algunos de sus componentes son los siguientes: la asistencia, ya sea cognoscitiva (i.e. orientación, asesoría o indicaciones sobre sí mismo o sobre el entorno), instrumental (es decir, el apoyo directo económico o material, como vivienda, dinero, alimento o vestido), afectiva (brinda sentimientos de pertenencia y comodidad mediante el cuidado, la confianza y las emociones agradables) o informativa, procedente de los diferentes entramados sociales, que tiene como objetivo favorecer el bienestar de una persona en situaciones de emergencia o cotidianas. Un aspecto esencial dentro del apoyo social es que la persona debe considerar que forma parte de esa red y que las personas miembros de ésta la aprecian, cuidan y quieren (Arias, 2009; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Universidad Iberoamericana et al., 2011).

Las redes de apoyo están compuestas por un grupo específico de vínculos interpersonales que proporcionan uno o más tipos de ayuda, generalmente de forma recíproca. Estos apoyos pueden estar disponibles para los momentos de crisis e impulsar la adopción de acciones para enfrentar dificultades e inconvenientes (Arias, 2009; Universidad Iberoamericana et al., 2011).

Se han identificado distintos tipos de apoyo en la vejez. De éstos, los conformados por amistades, parientes y parejas son reconocidos como los que producen niveles más significativos de satisfacción. Por una parte, las amistades suelen proporcionar, principalmente, acompañamiento mediante reuniones, paseos, conversaciones, visitas, realización de actividades, etc., y generalmente cumplen con funciones de apoyo diario. Por otro lado, los parientes, especialmente los (as) hijos (as), suelen proporcionar apoyos instrumentales (i.e. auxilio en los tratamientos de salud o acompañamiento a clínicas),

materiales (i.e., fármacos y comida), económicos o afectivos. Finalmente, la pareja brinda, sobre todo, apoyos de orientación cognoscitiva y afectivos, de confianza y cercanía (Arias, 2013; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Se han identificado distintos tipos de apoyo en la vejez. De éstos, los conformados por amistades, parientes y parejas son reconocidos como los que producen niveles más significativos de satisfacción. Por una parte, las amistades suelen proporcionar, principalmente, acompañamiento mediante reuniones, paseos, conversaciones, visitas, realización de actividades, etc., y generalmente cumplen con funciones de apoyo diario. Por otro lado, los parientes, especialmente los (as) hijos (as), suelen proporcionar apoyos instrumentales (i.e. auxilio en los tratamientos de salud o acompañamiento a clínicas), materiales (i.e., fármacos y comida), económicos o afectivos. Finalmente, la pareja brinda, sobre todo, apoyos de orientación cognoscitiva y afectivos, de confianza y cercanía (Arias, 2013; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Se puede clasificar a las fuentes de apoyo en formales e informales. Las primeras funcionan con métodos estandarizados y pautas determinadas. Éstas tienen una organización administrativa, proceden de esferas privadas o públicas, suelen ser limitadas y brindan asistencia en aspectos definidos previamente. Algunos ejemplos de este tipo de apoyo son los subsidios, las políticas públicas y los servicios brindados por personas voluntarias o profesionales. Por otra parte, las redes informales no cuentan con normas explícitas y suelen llevar a cabo tareas no planeadas. Ejemplos de este tipo de redes son los parientes, las amistades, los (as) vecinos (as), etc. El apoyo que proporcionan las fuentes informales complementa el recibido por los apoyos formales (Arias, 2013; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Antes se creía que con sólo disponer de una red social era suficiente para recibir apoyo. Sin embargo, al valorar la periodicidad, permanencia, calidad y clase de ayuda recibida por la red se ha determinado que la percepción de la cantidad y calidad del apoyo ofrecido en comparación con el recibido es un mejor indicador del grado de satisfacción con la red de apoyo (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Contar con múltiples redes de apoyo (i.e. parientes, eventos sociales, amistades, políticas públicas, institucionales, programas culturales, servicios sociales, etc.) otorga una gran variedad de recursos médicos, emocionales, familiares y económicos a este grupo etario. De esta manera, una red diversa permite obtener apoyos y satisfacer diferentes necesidades dependiendo de las posibilidades de cada elemento de la red, por lo que la ayuda no dependería de solamente un integrante (Arias, 2013; Salgado et al., 2005).

A continuación, se mencionarán algunos beneficios del apoyo social: 1) incrementa la calidad de vida y la autoestima; 2) estimula las funciones cognitivas y el estado de ánimo; 3) favorece la adopción de acciones que aceleran la recuperación después de una operación o enfermedad y reduce el lapso de hospitalización; 4) aumenta el bienestar; 5) disminuye los niveles de estrés y ansiedad; 6) ofrece retroalimentación sobre conductas de riesgo para la salud; 7) brinda significado a la vida; 8) empodera a las personas fomentando su autonomía; 9) influye en la adopción de conductas saludables y de cuidado; 10) reduce la presencia de síntomas depresivos e ideación suicida; 11) previene el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; y 12) favorece la forma como se vive el envejecimiento (Arias, 2009, 2013; Hernández et al., 2014; INGER, s/f; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Pino, 2008; Salgado et al., 2005; Stephens & Flick, 2010).

En los últimos años, el número de instituciones y comunidades de personas mayores ha incrementado. Éstas brindan espacios donde las personas pueden realizar actividades culturales, recreativas, pedagógicas, sociales, estéticas, políticas, deportivas, etc. La asistencia a estos lugares promueve el empoderamiento, favoreciendo el desarrollo y la práctica de habilidades para la resolución de problemas, el crecimiento de la confianza como agentes de cambio y fortalece a las personas a nivel social e individual. Esto se enriquece cuando se cuenta con múltiples relaciones de amistad y parentesco que brindan seguridad, intimidad, cercanía y bienestar (Arias, 2013).

A pesar de que existen programas de apoyo gubernamentales y privados dirigidos a las personas adultas mayores, muchas no pueden acceder a estos apoyos, por lo que suelen acudir a sus parientes para satisfacer sus necesidades básicas. Esto es un indicador de la incapacidad del estado y de otros organismos para responder a las necesidades de los grupos vulnerables, por lo que, en muchos casos, las personas se ven en la necesidad de habitar en los hogares de sus hijos (as) o de depender de su apoyo para comer y recibir atención médica. Por esta razón, las intervenciones de los organismos públicos y privados requieren de un mayor alcance, así como de mantenerse actualizados de forma constante sobre el proceso de envejecimiento, la vejez y sus necesidades, partiendo de una perspectiva de derechos humanos y que busque el aumento de la calidad de vida (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Debido al limitado alcance que llegan a tener las redes de apoyo formal, los individuos que están viviendo la vejez suelen recurrir al apoyo informal. Es frecuente que este apoyo se proporcione de forma bidireccional, es decir, las personas mayores reciben el apoyo y, a cambio, ofrecen ayuda, principalmente atendiendo a las y los nietos, realizando actividades económicas y ofreciendo las ganancias para los gastos del hogar o efectuando labores

domésticas. Empero, si se presentan dificultades para brindar ese apoyo, es común que se experimenten sentimientos y emociones desagradables, como la tristeza y los síntomas depresivos, entre otros (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Cabe señalar que no todas las relaciones con otras personas son beneficiosas. Los antecedentes de relaciones familiares violentas e insatisfactorias suelen influir en la calidad y cantidad de apoyo que pueden recibir de ellas en la vejez. Además, algunos vínculos que parecen ser redes de apoyo en realidad pueden afectar el bienestar individual. Si una persona mayor supone que el apoyo que recibe de otras personas no es seguro o que éste es condicionado, puede ser indicador de inestabilidad de las redes de apoyo, lo que genera una sensación de inseguridad social e incrementa el miedo y la vulnerabilidad personal (Lemme, 2003; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Stephens & Flick, 2010).

#### 2.4.9 Estimulación cognitiva

A pesar de que el proceso de envejecimiento genera cambios «normales» en las funciones cognitivas, es importante continuar estimulando estas funciones para evitar su deterioro. Para que el proceso de generación de células cerebrales se mantenga a lo largo de la vida, es fundamental realizar actividades de estimulación cognitiva, las cuales pueden incluir desde el ejercicio físico hasta tareas de aprendizaje (Giró, 2005; González, 2013; Santrock, 2006).

El deterioro de las funciones cognitivas tiene diversas causas, pero algunos de estos factores pueden ser modificados, sobre todo los relacionados con los hábitos y los rasgos de personalidad. Los hábitos limitados de lectura, la vida rutinaria, la falta de curiosidad, la poca práctica de aficiones y el desinterés por la cultura han sido reportados como factores de riesgo para el desarrollo de DTA. De forma similar, algunas morbilidades comunes en la vejez, como la neumonía, las enfermedades cardíacas, los ACV, la diabetes y la EPOC, pueden

influir negativamente en los procesos cognitivos, por lo que la prevención, control y seguimiento de estas condiciones permite detener o evitar el deterioro cognitivo (Castañeda, 2001; Fishman, 2017; González, 2013; Zanjani et al., 2004).

La estimulación cognitiva consiste en la práctica de ejercicios y actividades diseñados para favorecer la mejora y el mantenimiento de las funciones cognitivas básicas (i.e., memoria, cálculo, visoconstrucción, atención, razonamiento, lectoescritura, lenguaje, praxias y percepción). La estimulación y el mantenimiento de estas funciones conlleva una mejora en la capacidad para llevar a cabo actividades diarias. Esta práctica no considera a las funciones cognitivas como procesos separados, sino como procesos que están íntimamente relacionados, por lo que, por ejemplo, una actividad diseñada para fortalecer la memoria implicará también un proceso de atención (González, 2013).

La estimulación cognitiva reduce los niveles de estrés y promueve el estado de ánimo, la autonomía, la creatividad, la curiosidad, el bienestar y las relaciones interpersonales, lo cual impacta positivamente en el funcionamiento cerebral. Además, su realización junto con otros hábitos saludables (i.e. no consumir sustancias psicoactivas, tener una alimentación balanceada, hacer actividad física, realizarse chequeos médicos) ayuda a prevenir el deterioro cognitivo (Álvarez, 2013; INGER, s/f; Pino, 2008; Zanjani et al., 2004).

A continuación se mencionan algunos ejemplos de actividades de estimulación cognitiva: 1) jugar dominó; 2) resolver memoramas, sudokus, acertijos, crucigramas o sopas de letras; 3) practicar ajedrez, cartas u otros juegos de mesa; 4) aprender y cantar canciones; 5) asistir a conferencias o museos; 6) revisar fotografías; 7) reunirse con otras personas [i.e., amigos (as), parientes y hasta desconocidos (as)] y hacer actividades que requieran el desarrollo de destrezas y de atención; 8) recitar poemas; 9) leer libros, periódicos o revistas;



10) escribir la lista de compras y tratar de recordarla; 11) ver las noticias o programas interesantes en la televisión; y 12) hacer algunas actividades de recreación, como escultura, pintura, entre otras (Alvarez, 2013; INGER, s/f; Pino, 2008; Universidad Iberoamericana et al., 2011).

A pesar de que existe una oferta relativamente amplia de actividades para personas adultas mayores, una buena parte de ellas están dirigidas a grupos y a personas extrovertidas, por lo que, aunque pueden ser satisfactorias para muchos individuos, también puede apartar a las personas introvertidas o que prefieren realizar actividades con menos gente, por lo que es importante diseñar programas para todo tipo de personalidades (Craig, 2016).

#### 2.4.10 Otros hábitos y conductas saludables

El comportamiento de seguridad comprende conductas sobre el manejo de automóviles, de armas y utensilios potencialmente dañinos, así como el manejo del fuego y de sustancias tóxicas. Su empleo inadecuado provoca accidentes y muertes. Las medidas de seguridad recomendadas en la vejez son: usar el cinturón de seguridad al viajar en automóvil, eliminar o reducir los agentes peligrosos y modificar las estructuras, superficies o productos peligrosos (Morales, 1999; Oblitas, 2008; Zanjani et al., 2004).

Ya que existen modificaciones en los procesos cognitivos y sensoriales durante la vejez, existe una inquietud sobre sus capacidades para conducir. En este sentido, se ha encontrado que las y los conductores de más de 65 años que han tenido percances vehiculares muestran un desempeño deficiente en las pruebas cognoscitivas, especialmente aquellas que evalúan la velocidad de procesamiento o psicomotora, la habilidad espacial o visoconstructiva y la memoria espacial o visoespacial (Zanjani et al., 2004).

A pesar de que el riesgo de presentar enfermedades infecciosas y, sobre todo, de fallecer por estas infecciones es menor en comparación con otras épocas, algunas de éstas siguen formando parte de las principales causas de muerte. Su prevención mediante la aplicación de vacunas es, por tanto, primordial. Adicionalmente, el efecto de la vacunación no solamente es directo (es decir, en la persona que es vacunada), sino que también indirecto, conocido como inmunidad colectiva o de rebaño, que se refiere a una aplicación de vacunas a gran escala que reduce el número de personas susceptibles a ciertas enfermedades o infecciones (i.e. sarampión, rubéola, tos ferina, difteria, entre otras) y, por lo tanto, hay una menor probabilidad de encontrarse con un (a) portador (a) de éstas (Gutiérrez-Robledo et al., 2016; Vaqué, 2001).

En la vejez, la aplicación de vacunas ayuda a prevenir patologías severas (i.e. el tétanos y la neumonía), el deterioro de la calidad de vida e incluso la discapacidad. Éstas también reducen las hospitalizaciones por enfermedades infecciosas. El acceso a las vacunas es parte del derecho a la salud y contribuye al envejecimiento saludable, pues ayudan a prevenir millones de muertes al año y reducen el riesgo de discapacidad por hospitalización (Gutiérrez-Robledo et al., 2016; IMSS, 2015).

El esquema de vacunación de las personas mayores incluye tres vacunas:

- a) Neumocócica polisacárida. Se recomienda aplicar esta vacuna a partir de los 65 años, con un refuerzo cinco años después. Ayuda a prevenir la incidencia del neumococo, una bacteria que produce varias enfermedades, como la neumonía. También ayuda a disminuir el uso de antibióticos y los índices de mortalidad por esta enfermedad.

- b) Toxoides tetánico diftérico (Td). Utilizada para la prevención de la tos ferina (difteria) y el tétanos, enfermedades que perjudican al sistema respiratorio. Se aplica a partir de los 60 años, con una segunda dosis después de cuatro semanas y otra al tercer año; posteriormente, se aplica una dosis cada 10 años. Sus beneficios son la disminución de la bacteria en la población y del riesgo de su contagio y sus complicaciones.
- c) Influenza estacional. Esta vacuna, aplicada de forma anual (principalmente en los meses de octubre-diciembre), puede prevenir complicaciones por enfermedades respiratorias como asma, otitis media, bronquitis y sinusitis, e incluso disminuye las hospitalizaciones por neumonía hasta en un 50% y los fallecimientos por influenza hasta en un 68% (Gutiérrez-Robledo et al., 2016; IMSS, 2015; MedlinePlus, 2020a; Secretaría de Salud, 2015; Universidad Iberoamericana et al., 2011).

Otras conductas saludables están relacionadas con la recreación y el tiempo libre. Los beneficios de llevar a cabo actividades consideradas agradables, entretenidas o estimulantes son: a) ayudan a sobrellevar las limitaciones físicas al favorecer la coordinación y la psicomotricidad; b) fomentan la autonomía; c) incrementan los contactos interpersonales; d) fortalecen las funciones cognitivas; e) avivan la integración social; f) aumentan el bienestar y la satisfacción; g) proporcionan estrategias para enfrentar el estrés e incrementan la relajación; h) favorecen la productividad y la creatividad; i) contribuyen a aumentar la autoestima y la sensación de productividad (Universidad Iberoamericana et al., 2011).

## 2.5. Factores de riesgo que afectan la salud en la vejez

Los factores de riesgo son las variables biológicas (i.e. sexo, edad, fisiología, antecedentes familiares), ambientales o del comportamiento (i.e. hábitos, personalidad, estilo de vida, pensamientos y motivación relacionados con discapacidades, enfermedades y muerte; i.e. el consumo de sustancias psicoactivas, la hostilidad, la dieta alta en colesterol), también denominados patógenos conductuales, que incrementan las posibilidades de adquirir una infección o de desarrollar una enfermedad. Por sí solo, un factor de riesgo no suele ser suficiente para que una persona presente una patología (IMSS, 2018; Lemme, 2003; Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007). A continuación se presentan algunos ejemplos sobre hábitos de riesgo en la vejez.

### 2.5.1 Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas aunado al sedentarismo y al tabaquismo ha aumentado en las últimas décadas. Estos factores constituyen un riesgo para la salud de las personas mayores porque aumentan las probabilidades de presentar padecimientos, como discapacidad(es) y deterioro cognitivo (Daskalopoulou et al., 2019; Zanjani et al., 2004).

El tipo de sustancias más consumidas en la senectud son las psicoactivas (legales, e ilegales) y los fármacos psiquiátricos que requieren receta médica. En el caso de las primeras, el tabaco y el alcohol son las que han sido más reportadas en este grupo (Souza & Cruz, 2008).

El consumo de tabaco, de grandes cantidades de alcohol, de drogas ilegales y de medicamentos ingeridos de forma distinta a la señalada por profesionales de la salud (i.e. ingerirlos de forma excesiva o sin contar con una prescripción médica) genera problemas de salud en las personas mayores (Han & Moore, 2018).

El uso de pruebas para detectar el consumo nocivo de sustancias psicoactivas en personas adultas mayores no es muy frecuente. Esto se debe a 1) la falta de información, a estereotipos donde los síntomas de este consumo son considerados como parte del envejecimiento normal, 2) al lenguaje discriminatorio utilizado en la indagación del consumo de sustancias psicoactivas, 3) a la incomodidad que puede generar hablar sobre temas estigmatizados (tanto en las y los usuarios como en las y los profesionales de la salud), 4) a la falta de tiempo para llevar a cabo el análisis, 5) al diagnóstico erróneo del consumo nocivo de sustancias como otra enfermedad no transmisible o 6) al miedo a ser estigmatizado (a) o discriminado (a), lo que limita la búsqueda de ayuda y del tratamiento. Sin embargo, el empleo de escalas e instrumentos estandarizados es útil, ya que las personas pueden sentir más confianza para informar sobre las conductas de consumo (Haighton, 2016; Han & Moore, 2018).

### *Bebidas alcohólicas*

Generalmente se sugiere que las personas adultas mayores se abstengan de ingerir bebidas alcohólicas. No obstante, éstas son especialmente contraindicadas si las personas se encuentran bajo tratamiento farmacológico o si tienen algunas condiciones de salud particulares (i.e. diabetes, úlceras, hipertensión). Si las personas no están consumiendo medicamentos, se sugiere no tomar más de siete tragos estándar en una semana o no más de tres tragos estándar en un día (Han & Moore, 2018).

Aunque se ha reportado que el consumo ligero a moderado de alcohol (máximo un trago al día) tiene efectos positivos en la salud (puesto que se ha relacionado con menor riesgo de mortalidad y morbilidad y con una mejora o mantenimiento de los procesos cognoscitivos), se sugiere que una interpretación reservada de estos efectos, ya que también

se ha reportado que su consumo podría tener un impacto a corto y largo plazo en la cognición y en la salud en general (i.e., deterioro de la memoria, potencia los efectos adversos de los fármacos y reduce acción de estos últimos) (Daskalopoulou et al., 2019; Han & Moore, 2018; INGER, s/f; Kimmel, 1990; Souza & Cruz, 2008; Zanjani et al., 2004).

Debido a los cambios físicos y fisiológicos en la vejez, la reacción a las bebidas alcohólicas es distinta a la de otros grupos de edad. La facultad del hígado para metabolizar el alcohol, el nivel del agua total del organismo y la proporción de masa corporal magra disminuyen. Lo anterior sumado al incremento de la grasa corporal contribuye a tener más altos niveles de alcohol en la sangre. Asimismo, la tolerancia al alcohol es menor, lo que impacta en la psicomotricidad e incrementa el tiempo de reacción y el adormecimiento, aumentando las probabilidades de tener caídas o de sufrir un accidente (Han & Moore, 2018; INGER, s/f; Souza & Cruz, 2008).

En la senectud, el consumo nocivo de alcohol tiene consecuencias psicológicas, económicas, sociales y físicas, como el desarrollo o agravamiento de condiciones médicas (cirrosis, ACV, hipertensión, hemorragia gastrointestinal, insuficiencias nutricionales, arritmias y cáncer de cuello, cabeza y esófago, demencia, trastornos del sueño, incontinencia urinaria, ataxia, ideación suicida y depresión, e intoxicación aguda o neuropatía periférica), e incluso incrementa los riesgos de deterioro físico y cognoscitivo y este suele tener interacciones contraproducentes cuando se combina con medicamentos. Adicionalmente, cuando se interrumpe el consumo de alcohol, los síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser incorrectamente diagnosticados como otros problemas de salud (Haighton, 2016; Han & Moore, 2018; Souza & Cruz, 2008).

Para entender el consumo de alcohol en la vejez, el primer paso es conocer las razones por las que se consume esta sustancia (es decir, sus motivaciones). Un estudio realizado por Haighton (2016) mostró que el consumo de alcohol comenzó en entornos laborales o sociales durante la segunda o tercera década de la vida. Quienes tenían un consumo elevado de alcohol en la vejez referían haber comenzado a ingerirlo a edades tempranas y mostraban antecedentes familiares de consumo de esta sustancia. Los eventos vitales estresantes en la vejez, como la jubilación, solían desencadenar el consumo excesivo de alcohol en algunas personas. También se detectó que estas últimas solían ser quienes respondían más fácilmente a los tratamientos, se recuperaban espontáneamente y presentaban menos problemas de salud en comparación con las que comenzaron su consumo siendo más jóvenes.

Las principales razones por las que incrementa el consumo de bebidas alcohólicas en la vejez son las interacciones sociales, las ideas de un estilo de vida más activo y por disfrutar el consumo de alcohol. Asimismo, está relacionado con estrategias de afrontamiento para ansiedad, soledad, ataques de pánico, estrés, aburrimiento, búsqueda de pérdida de la conciencia, olvidar recuerdos dolorosos (i.e. situaciones de maltrato, pérdidas, problemas, culpa por la pérdida de un empleo), para disminuir el dolor o para reducir la sintomatología depresiva (Haighton, 2016).

Ahora bien, el consumo excesivo de alcohol en la vejez suele pasar inadvertido, ya que muchas de estas personas no conducen o no trabajan. Por lo tanto, su detección puede enfocarse en otros factores, como desnutrición, apartamiento de actividades, poco cuidado personal y problemas de salud (Souza & Cruz, 2008).

Para diagnosticar la dependencia al alcohol, es importante realizar estudios de laboratorio y elaborar una historia clínica. Asimismo, existen instrumentos y escalas útiles

para detectarlo, como el Perfil de Adicción Maudsley, la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol, el Índice de gravedad de la adicción, la Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol, el *Michigan Alcoholism Screening Test*, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y el cuestionario CAGE (Han & Moore, 2018; Souza & Cruz, 2008).

Es frecuente que, cuando una persona mayor tiene una dependencia al alcohol, el personal de salud dude de eliminar esa fuente de satisfacción o de privarla de sus beneficios sociales. Asimismo, la familia posiblemente no quiera participar en su tratamiento por la misma razón. En este sentido, es fundamental informar a la familia sobre las consecuencias negativas de continuar con su consumo y los beneficios de detenerlo (Haighton, 2016; Souza & Cruz, 2008).

### *Tabaco*

Contrario al alcohol, el consumo de tabaco no cuenta con ningún tipo de beneficio para la salud y éste es considerado como uno de los factores más importantes para el declive del estado de salud. El tabaquismo es un serio problema de salud pública relacionado con un aumento en las tasas de mortalidad y con más probabilidades de desarrollar diversas enfermedades, como deterioro cognitivo, daño de los sistemas respiratorio y cardiovascular, limitaciones funcionales y, en el caso de las personas adultas mayores, aumenta las probabilidades de padecer síndromes geriátricos (Daskalopoulou et al., 2019; Han & Moore, 2018; Medbø et al., 2011; Peters et al., 2008).

Por lo mencionado anteriormente, dejar de fumar conlleva ventajas, incluso, si esto se lleva a cabo en la vejez, pues reduce exponencialmente el riesgo de mortalidad cuando se



compara con personas que continúan fumando. Tal como sucede con el caso del alcohol, para reducir o eliminar el consumo de tabaco es importante conocer las razones o motivaciones por las que los individuos fuman. En muchas ocasiones, se consume cigarrillos para relajarse, como recompensa por algo, para regular el estrés o por comodidad. Además, es frecuente el consumo de tabaco para mantener cierta imagen o estatus, pues el tabaquismo también es una actividad social (Han & Moore, 2018; Medbø et al., 2011).

Los efectos negativos del consumo de tabaco han sido extensamente investigados, aunque las investigaciones no se han centrado tanto en la vejez. Fumar tabaco aumenta las probabilidades de desarrollar bronquitis crónica y enfisema pulmonar; deteriora el cerebro e incrementa el riesgo de desarrollar problemas o enfermedades cognitivas (i.e. DTA); influye negativamente en la calidad de vida; incrementa las probabilidades de presentar un infarto al miocardio; complica el desarrollo de morbilidades no transmisibles y está fuertemente relacionado con más de 14 tipos de cáncer (i.e. de pulmón) (INGER, s/f; Peters et al., 2008).

El consumo de tabaco y sus efectos negativos en la salud suelen presentarse después de largos lapsos de su consumo. Asimismo, el tabaquismo también afecta a los individuos de su entorno expuestos (as) al humo del cigarro, también conocidos como fumadores pasivos. Finalmente, cabe señalar que la magnitud de las consecuencias del consumo de tabaco y qué tan adversas sean depende del nivel socioeconómico, ya que las personas con altos ingresos pueden acceder a los servicios de salud con más facilidad (Bennett & Murphy, 2001).

#### *Otras sustancias psicoactivas*

Existe muy poca información sobre la dependencia y el abuso de narcóticos en las personas adultas mayores, aunque se ha reportado que su consumo excesivo es inusual. El uso de otras

sustancias psicoactivas, como mariguana, benzodiazepinas y opioides, tiene un efecto más fuerte en la senectud. La sustancia ilegal más consumida por este grupo es la mariguana y sus usos más comunes son para el tratamiento de la esclerosis múltiple, control del dolor crónico y como parte de tratamientos médicos para la epilepsia y otras enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la información sobre los beneficios y riesgos del consumo de esta sustancia es escasa (Han & Moore, 2018; Souza & Cruz, 2008).

El consumo de mariguana se ha relacionado con un mayor riesgo de adquirir infecciones respiratorias. Ésta también podría aumentar la frecuencia cardiaca e incrementar las probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se considera que su uso puede ser factor de riesgo que deteriora el funcionamiento cognitivo (i.e. de la memoria y dificultades en el aprendizaje), de eventos cerebrovasculares y puede interactuar con otras sustancias farmacológicas (Grant et al., 2003; Han & Moore, 2018).

Por mucho tiempo, se ha reportado que las personas adultas mayores no suelen consumir grandes cantidades de sustancias psicoactivas, ya que es frecuente que se reduzca su consumo conforme se envejece. Sin embargo, estas circunstancias han empezado a cambiar debido a la modificación de las creencias en torno al uso de drogas legales e ilegales y al aumento en los porcentajes de personas que llegan a la etapa de la vejez, por lo que es sumamente importante investigar este fenómeno y crear intervenciones adecuadas para las personas adultas mayores (Han & Moore, 2018).

La otra sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia es la cocaína, aunque su prevalencia es mucho menor al compararla con el alcohol y el tabaco. El consumo del resto de las sustancias psicoactivas suele ser bastante escaso, aunque, debido a la incomodidad que pueden presentar las y los profesionales de la salud al abordar este tema o al desconocimiento

sobre cómo indagarlo, es posible que su consumo real sea mayor. Al igual que con el uso de otras drogas, el efecto de la cocaína es más dañino en la vejez y afecta especialmente al sistema cerebrovascular e incrementa el riesgo de presentar discapacidades o de fallecer (Haighton, 2016; Han & Moore, 2018).

### 2.5.2 Ingesta de medicamentos

Las personas adultas mayores son el grupo que mayor cantidad de medicamentos consume, pues suele presentar una o varias enfermedades no transmisibles. La combinación de múltiples fármacos puede generar reacciones potencialmente dañinas, es costoso y complica su adecuado manejo, por lo que este grupo está en gran riesgo de presentar situaciones adversas, como incontinencia urinaria, caídas, depresión, deterioro cognitivo, fractura de cadera, delirio, malnutrición y fatiga (Han & Moore, 2018; IMSS, 2018; Kimmel, 1990; Lemme, 2003; Souza & Cruz, 2008).

Además, el uso de fármacos para el tratamiento de enfermedades no transmisibles comunes en la vejez (i.e., hipertensión, neoplasias, diabetes, enfermedades neurológicas, hepatopatías, cardiopatías y osteoartritis) incrementa las posibilidades de desarrollar una DTA (León-Arcila et.al., 2009).

El fenómeno de la polifarmacia (uso de tres o más fármacos al mismo tiempo, incluyendo los alopáticos, homeopáticos y herbolarios) en la vejez es peligroso y bastante frecuente, ya que existen medicamentos que presentan efectos sinérgicos (es decir, su efecto cambia cuando se mezclan con otros fármacos). Estos efectos pueden provocar un incremento en las hospitalizaciones; errores en los diagnósticos; falta de adherencia terapéutica; complicaciones en la alimentación derivadas del uso de medicamentos (como indigestión y necesidad de consumir antiácidos, laxantes, etc.); el efecto del fármaco aminora su acción

terapéutica; los tiempos de hospitalización se alargan y aumenta el costo de su atención; aumentan las probabilidades de que se presenten efectos adversos dañinos e incluso, puede ocasionar la muerte. Los efectos adversos pueden representar un obstáculo para que las personas accedan a otras formas de tratamiento; y afectaciones a nivel social y laboral. Además, los efectos adversos suelen afectar, en gran medida, a las mujeres, pues su masa corporal es menor que la de los hombres (Alhawassi et al., 2014; Han & Moore, 2018; IMSS, 2018; Lemme, 2003; Martínez-Arroyo et al., 2014, Souza & Cruz, 2008).

La polifarmacia no es una situación que depende únicamente del (la) paciente, sino que también involucra a quien (es) prescribe (n) los medicamentos de forma inadecuada. Asistir con diferentes profesionales de la salud puede convertirse en un problema, ya que es probable que alguno (a) [o varios de ellos (as)] ignore o desconozca la prescripción de ciertos fármacos, lo que incrementa las posibilidades de presentar reacciones adversas. A esto se suma la prescripción de muchos fármacos, la falta de seguimiento del tratamiento y de un historial médico completo (que incluya vitaminas, complementos alimenticios, hormonas y fármacos que no requieren prescripción), así como la falta de claridad o adecuación de las instrucciones (IMSS, 2018; Lemme, 2003).

El acceso a fármacos que no requieren prescripción médica es frecuente, pues éstos suelen ser más baratos y menos complicados de obtener. Además, las personas pueden creer que no son sustancias dañinas porque no necesitan receta para adquirirlas. Sin embargo, su consumo puede ser perjudicial por diversas razones. Estas sustancias pueden tener componentes que interactúen negativamente con patologías comunes en la vejez (i.e., hipertensión y enfermedades coronarias) o con otros tratamientos, incrementando las probabilidades de presentar efectos desagradables. En el caso de las plantas medicinales,

éstas pueden generar dificultades médicas y respuestas alérgicas. Por esta razón, es sumamente importante evitar la automedicación y solamente las y los profesionales de la salud capacitados pueden prescribir y dar seguimiento a los tratamientos farmacológicos (Caskie et al., 2002; INGER, s/f; Lemme, 2003; Pino, 2008; Souza & Cruz, 2008).

Las reacciones adversas por el consumo de medicamentos que pueden presentar las personas mayores, ya sea de forma pronta o después de un lapso de su consumo, incluyen problemas digestivos (como constipación), confusión, inapetencia, olvidos, intranquilidad, cansancio, depresión, conmoción o agitación y agotamiento. Cuando estos síntomas se presentan después de un tiempo, las posibilidades de que éstos se detecten como derivados del consumo de medicamentos se reducen, por lo que frecuentemente son mal diagnosticados (Lemme, 2003).

Para controlar los tratamientos que recibe una persona, ésta debe llevar un registro actualizado con todos los fármacos y medicinas alternativas que está consumiendo en ese momento. En cada visita médica, se debe pedir al (la) profesional que examine el registro y es conveniente obtener o realizar anotaciones sobre cómo seguir el tratamiento y cómo almacenar los fármacos adecuadamente. Por otra parte, el (la) médico debe indagar en el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas y debe evitar prescribir fármacos que puedan ser fácilmente consumidos de forma nociva o repetitiva. Finalmente, es importante visitar al médico si se experimentan efectos adversos (Han & Moore, 2018; INGER, s/f; Kimmel, 1990; Pino, 2008).

### 2.5.3 Otros factores de riesgo en la vejez

En el estudio BOLSA (Thomae & Lehr, 2002) también se encontró que la percepción de eventos estresantes en la vejez se relaciona con la salud y la familia. En el caso de la primera,

se reportó que, aunque los médicos estimaban un buen estado de salud en algunas personas, éstas podían visualizarla como deteriorada. Esta discrepancia puede explicarse por la diferencia entre las pautas objetivas de la salud (i.e. diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer) y las percepciones subjetivas de ésta (i.e. fases eventuales de salud, complicaciones para moverse, oír y ver).

De igual forma, las psicopatologías juegan un rol relevante dentro de salud en la senectud. Por mencionar algunas, el delirio aumenta los tiempos de hospitalización y el riesgo de presentar otras enfermedades o de fallecer y la depresión se relaciona con un incremento en la morbilidad y mortalidad (tanto por suicidio como por la vulnerabilidad ante múltiples patologías), así como en los costos emocionales y económicos para la persona, su familia y los sistemas de atención a la salud (Roiijers et al., 2020; Zanchettin & Mangini, 2020).

Los accidentes y las caídas son otros dos factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores, pues representan una de las principales causas de enfermedad y muerte. Las variables que se correlacionan con las caídas se pueden clasificar en extrínsecas e intrínsecas. Las primeras hacen referencia al entorno (i.e. la iluminación, el relieve y material del suelo, entre otros) y las intrínsecas se refieren a aquellas situaciones ligadas a la persona (i.e. cambios psicológicos y físicos). Como se había mencionado en el capítulo 1, las caídas tienen consecuencias serias tanto a nivel psicoemocional (a manera de síntomas de ansiedad y depresión) como a nivel físico (pues incrementa la frecuencia y duración de las hospitalizaciones) y social (genera aislamiento y dependencia) (de Azevedo et al., 2017).

Por otra parte, la fragilidad es otro factor asociado con hospitalizaciones, institucionalización y mortalidad. Hay múltiples causas de la fragilidad, incluyendo variables biológicas (i.e. sistema neuroendócrino), sociodemográficas (como género, edad y nivel

educativo), psicológicas (i.e. sintomatología depresiva y ansiosa, redes sociales insuficientes, emociones displacenteras), físicas (incluyendo el IMC y enfermedades no transmisibles como la hipertensión) y del estilo de vida (como la dieta y el consumo de sustancias psicoactivas). Para reducir la incidencia de fragilidad, es necesario intervenir en los factores de riesgo modificables, como los relativos al estilo de vida (Feng et al., 2017).

Considerando que los estilos de vida juegan un papel importante en la morbimortalidad en la senectud, en seguida se hace una revisión de estudios que indagan la manera en qué se miden hábitos y conductas vinculadas con la salud en este grupo etario.

## 2.6 Investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables

Debido a la cantidad de investigaciones sobre factores vinculados con el proceso salud-enfermedad, así como de las condiciones de salud de la población en etapa de senectud (i.e. Gruzieva et al., 2021; Matud et al., 2019; Tabue-Teguo et al., 2017; van der Putten, 2019), surge la necesidad de indagar en instrumentos que sean sensibles, válidos y confiables para la población adulta mayor mexicana enfocados en la evaluación integral de hábitos y conductas saludables. A continuación, se realizará una descripción general de algunas investigaciones relacionadas con salud, hábitos y conductas de personas adultas mayores.

Caskie et al. (2002) realizaron un estudio donde se compararon las recetas médicas con los auto reportes en personas adultas mayores. Se utilizó el método de la bolsa café, que consistió en pedir las prescripciones médicas, colocarlas en una bolsa de papel y registrar los medicamentos recetados. Debido a los bajos porcentajes de exactitud, se concluyó que los auto reportes no son una medida confiable para conocer los tratamientos seguidos.

Por otra parte, en un estudio realizado por Zanjani et al. (2004) se aplicó una batería compuesta por 29 instrumentos que evaluaban conductas de salud y se dividió a la muestra en tres grupos: a) personas de 29 a 54 años (n=244), b) de 55 a 67 años (n=237) y c) de 68 a 96 años (n=489). Los resultados mostraron que la mayor parte de la muestra pertenecía a altos niveles educativos y socioeconómicos, por lo que es posible que estas variables influyeran en que los resultados en las pruebas cognitivas fueran más altos y que se obtuvieran resultados inconsistentes entre variables.

Albala et al. (2005) evaluaron el envejecimiento y la salud mediante una encuesta aplicada en diferentes ciudades. Recabaron datos sociodemográficos, la autovaloración del estado de salud, el empleo y accesibilidad a servicios de salud, el uso de fármacos, las características del hogar, la depresión, las ABVD y AIVD, las enfermedades no transmisibles, los ingresos económicos e historia laboral, las transferencias institucionales y familiares, el desempeño cognitivo, las propiedades y se realizó una valoración nutricional. Además, se evaluó el estado funcional, la economía familiar, las barreras ambientales, el uso del tiempo libre, las medidas antropométricas, la solicitud de recursos técnicos de apoyo, la evaluación de maniobras físicas, la recreación y los servicios y bienes en el hogar.

Se encontró que las distribuciones de edad más jóvenes pertenecían a la CDMX y São Paulo, y las más longevas a Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown. Sus resultados demográficos mostraron que el porcentaje de personas que trabajaba disminuía conforme aumentaba la edad, pero este seguía siendo muy alto. Además, había una mayor proporción de mujeres sin pareja que de hombres, y ésta aumenta conforme incrementa la edad. Finalmente, los hombres contaban con niveles educativos más altos que las mujeres y las cohortes más longevas tenían un menor nivel educativo que las más jóvenes.



Salgado et al. (2005) llevaron a cabo un estudio en tres estados de México mediante cuestionarios con información sociodemográfica y de salud. Se encontró que la mayoría de las y los participantes sabían leer y escribir, eran casados (as) o viudos (as) y el 63.5% realizaba alguna actividad remunerada. La mayoría de las personas de Guerrero obtenían algún tipo de apoyo gubernamental o no gubernamental. Las patologías más comunes de las y los residentes de Morelos fueron enfermedades hepáticas, respiratorias, estomacales, renales y de la piel, así como problemas auditivos y visuales y ocasionados por el empleo de pesticidas. Las personas jaliscienses reportaron enfermedades cardíacas y diabetes, y las guerrerenses, padecimientos por accidentes laborales, artritis, «empacho» y otras patologías, como hernias, epilepsia, columna desviada, enfermedades de próstata y trombosis. Los alimentos más consumidos fueron pan, huevos, chile, verduras, leche, tortillas, carne y frutas.

La tercera parte de las personas del estudio refirió que el deterioro de su estado de salud representaba un obstáculo en su vida laboral y, con menor proporción, en su vida diaria. “Padecer de nervios” se relacionó de forma significativa con más morbilidades. Más del 63% de la muestra refirió ingerir remedios y fármacos para regular y mitigar los síntomas de sus enfermedades. Las personas de Guerrero consumían menores cantidades de alimento en comparación con los otros estados. Por último, 52.6% de las personas de Guerrero, 40.2% de las de Morelos y 43.5% de las de Jalisco mencionaron consumir tabaco, y una pequeña proporción refirió consumir alcohol regularmente.

Pino (2008) realizó un programa de educación para la salud con una duración de siete semanas y se aplicó el Cuestionario sobre el estado de salud, la Escala de Depresión Geriátrica, el Examen Cognoscitivo, la Escala de Recursos Sociales y dos escalas de AIVD, entrevistas e historias clínicas. Para el programa se diseñaron actividades sobre manejo y

consumo de fármacos, nutrición, enfermedades no transmisibles, manejo de la incontinencia urinaria, práctica de actividad física, salud psicológica, relaciones sociales, sexualidad y familiarización con recursos de apoyo social formales y contó con una asistencia del 92%. Los temas que más llamaron la atención a las y los participantes fueron estimulación cognitiva, actividad física y alimentación.

Shamah-Levy et al. (2008) recabaron datos sociodemográficos, sobre derechohabiencia, IMC, circunferencia de la cintura, diagnóstico de enfermedades (anemia, hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, depresión, hipercolesterolemia, enfermedades del riñón, hipertrigliceridemia), consumo de alcohol y tabaco, presión arterial y concentración de colesterol. Se encontró que cerca de dos terceras partes de la muestra, vivían en zonas urbanas; la mayoría tenía un bajo nivel educativo y la mayor parte de las mujeres se dedicaban al cuidado del hogar, mientras el 43.3% de los hombres realizaban labores remuneradas. Un 40% de ellos y ellas no contaba con derechohabiencia. Menos del 2% presentó desnutrición, siendo más común en las personas de más de 80 años (4% en hombres, cerca del 5% en mujeres).

Más de la mitad de la muestra (74% mujeres, 64% hombres) tenía obesidad o sobrepeso, y la obesidad abdominal se presentó en cerca del 74% de las mujeres y 70% de los hombres. La proporción de mujeres (34.8%) con anemia fue mayor que la de los hombres (17%). El 41.3% de las mujeres y el 28.5% de los hombres había sido diagnosticado con hipertensión, y el 26.4% de los hombres y 22.2% de las mujeres sin este diagnóstico mostraron niveles elevados de presión arterial. Cerca del 28% de los hombres y 32% de las mujeres sin diagnóstico de hipercolesterolemia mostraron altos niveles de colesterol. El 19% de las

mujeres presentaba alguna enfermedad renal y la prevalencia de patologías cardíacas era similar en hombres y mujeres (cerca del 10% de la muestra).

Martínez-Martín et al. (2009) validaron la Escala de Independencia Funcional en población adulta mayor en España. Se aplicó una batería compuesta por el Cuestionario de Pfeiffer para evaluar el deterioro cognitivo (*Short Portable Mental Status Questionnaire*, SPMSQ); la Escala de Ansiedad y Depresión de Zigmond (HADS) para detectar trastornos depresivos y ansiosos en servicios hospitalarios no psiquiátricos; el indicador de comorbilidad (ICM); el Índice de Barthel que evalúa diez actividades de la vida diaria (IB) y el EQ-5D como medida de la calidad de vida. Se encontró que la mayor parte de la muestra estaba compuesta por mujeres casadas o viudas.

Los tres factores que explicaban poco más del 70% de la varianza fueron 1) autocuidado y movilidad, compuesto por reactivos de cuidado personal (bañarse, tomar medicamentos y cortarse las uñas), movilidad dentro de casa (quedarse solo/a por la noche, entrar y salir de la bañera, usar el teléfono) y movilidad exterior. 2) tareas de la casa y 3) actividades básicas de la vida diaria (vestirse, levantarse/acostarse, limpiarse, moverse por la casa y comer).

Pelcastre-Villafuerte et al. (2011) llevaron a cabo ocho grupos focales con personas de más de 60 años residentes de zonas marginadas de México. Se abordaron temas de apoyo formal (institucional), significado de la vejez, vínculos sociales y de parentesco, sugerencias para mejorar la vivencia del envejecimiento, estado de salud y percepción de bienestar. Poco más de la mitad de las y los participantes no tenía educación formal y más del 40% no contaba con derechohabiencia, sobre todo las mujeres. Una gran cantidad de participantes autopercibían su estado de salud como malo, y esto se relacionaba con un gran desgaste físico

por actividades laborales, condiciones de vivienda desfavorables, comienzo de la vida laboral en edades tempranas y nutrición insuficiente. La mayoría vivía con su pareja o con sus familias. Era común que las personas mayores brindaran apoyo a sus hijos(as) y nietos (as) mientras recibían apoyo por parte de sus parientes. Los hombres mencionaron la importancia de tener una mujer a su lado, aunque en Chilpancingo se señaló que el apoyo entre parejas era mutuo.

Se detectó una baja percepción de convivencia cotidiana (platicar, pasar tiempo juntos/as) y de inclusión en actividades laborales y sociales. Hombres y mujeres mencionaron sentirse obligados (as) a hacer o dar algo a cambio del apoyo familiar. Por esta razón, la idea de pedir o exigir algo de sus parientes y de participar o interferir en conflictos familiares era considerada como poco plausible. Además, las personas consideraban que daban más ayuda de la que recibían. Las y los participantes refirieron que la relación actual con sus familias dependía mucho de cómo ésta había sido en el pasado, y suponían que la mejor forma de evitar problemas era mantener cierta distancia. Se mencionó que los (as) hijos (as) suelen ser más cercanos (as) a las madres y las personas mayores esperaban recibir algo de ellos (as) por el tiempo que dedicaron como padres o madres.

En el tema institucional, se refirió que las organizaciones no tienen un gran alcance y los recursos que llega a brindar el gobierno o la iglesia son escasos. El tipo de apoyo formal variaba en cada estado y muchos de ellos no dependían de la edad, sino de vivir en condiciones de pobreza. También se detectó una necesidad de contar con espacios para llevar a cabo actividades con pares. Se cree que para recibir apoyos del gobierno o de la iglesia se debe tener suerte, porque estos apoyos no siempre llegaban a las personas que más lo necesitaban; además, en muchas ocasiones se prometían apoyos en periodos electorales y no

se brindaban cuando éstos terminaban. Los institutos con mayor presencia en la comunidad fueron el INAPAM y el Desarrollo Integral de las Familias (DIF). Finalmente, se comentó que es esencial crear programas que ofrezcan empleo a las personas mayores.

Forellat-Barrios et al. (2012) aplicaron un cuestionario para evaluar la salud y el ejercicio y realizaron análisis de laboratorio mediante muestras de sangre en ayunas. Encontraron que la mayoría de las personas del estudio eran mujeres y tenían un nivel educativo medio a medio superior. Se reportaron una o más enfermedades en la mayor parte de la muestra, especialmente hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y diabetes. Tres personas refirieron consumir tabaco y otras tres consumían alcohol ocasionalmente. El 67.4% de las y los participantes ingerían multivitamínicos. Se concluyó que las alteraciones encontradas en los análisis, clasificadas como leves y normalizadas en un seguimiento realizado un mes después, se relacionaron con la adherencia al estilo de vida saludable.

Nordin et al. (2012) aplicaron una serie de instrumentos de evaluación neuropsicológica en un estudio sobre cognición y detección del olor. La batería incluyó el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y algunas subescalas de los siguientes instrumentos: *Revised Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-R), *Boston Naming test*, *FAS word fluency test*, *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC), *Associate Learning and Visual Reproduction of the Wechsler Memory Scale* (WMS), *Digit Span Forward test*, *Corsi Block Tapping Span test* y el *Simple Reaction Time test*. Se encontró que el grupo de personas mayores obtuvo altas puntuaciones en inteligencia general, función visoespacial, atención, habilidad verbal y memoria. Los resultados indicaron que la edad per se no implica un deterioro en la capacidad para detectar olores.

Sabia et al. (2012) implementaron un cuestionario de conductas saludables como parte del *Whitehall II cohort study*. Este consistió en evaluaciones clínicas cada cinco años: la primera se realizó en 1985-1988 con personas de 35 a 55 años. Los seguimientos se realizaron en 1991-1994, 1997-1999, 2002-2004 y 2007-2009. Para el estudio, se definió como conductas saludables nunca haber fumado, consumir alcohol de forma moderada, mantenerse físicamente activo (a) y consumir frutas y verduras diaria mente. Se encontró que 953 participantes cumplieron el criterio de «envejecimiento exitoso» y éste se relacionaba significativamente con todas las conductas evaluadas.

Wu et al. (2012) realizaron una investigación donde se obtuvieron datos sociodemográficos, el auto reporte de enfermedades no transmisibles diagnosticadas por médicos y una autoevaluación del estado de salud. También se aplicaron instrumentos sobre actividad física, depresión y sueño. Se encontró que el 42% de la muestra dormía, en promedio, siete horas y el 22% de ellos (as) utilizaban algún tipo de medicación para mejorar el sueño. Los principales factores que interrumpían esta necesidad fueron ir al baño (78%), tener ronquidos (19%) y las pesadillas (19%). La calidad del sueño de las mujeres fue significativamente menor comparada con lo reportado por los hombres. Casi la mitad de las y los participantes reportaron una mala calidad del sueño ( $PSQI > 5$ ). Además, las enfermedades como la hipertensión, patologías endócrinas, musculoesqueléticas, cardiovasculares y metabólicas se relacionaron con una menor calidad del sueño.

Bautista et al. (2013) realizaron un estudio para determinar la tolerancia o intolerancia a dos potenciadores de sabor: glutamato monosódico y sal yodada. Se evaluó la presión arterial, el sodio sérico y se tomaron medidas antropométricas. Se realizaron entrevistas con un cuestionario para indagar en la percepción de la tolerancia o intolerancia de los

potenciadores de sabor. La mayoría de las y los participantes reportaron que la comida tenía buen sabor y no enfermaron durante la intervención, sugiriendo una buena tolerancia a ambos potenciadores. La presión arterial sistólica se mantuvo en niveles clasificados como prehipertensión y la presión diastólica se mantuvo en niveles normales después de la intervención. La presión sistólica aumentó en ambos grupos, aunque los niveles de sodio no incrementaron. Se concluyó que el uso de los potenciadores de sabor incrementó el consumo de alimentos en las personas institucionalizadas, y éstos pudieron influir en el aumento del peso corporal.

González et al. (2013) aplicaron cuestionarios sobre el cuidado dental y se encontró que las funciones de los dientes más mencionadas por las y los participantes fueron masticación (78.2%), estética (67.3%) y fonación (23.1%). Solo el 23.7% refirió que la higiene bucal contribuye a la prevención de enfermedades.

Por su parte, Perdomo et al. (2013) evaluaron la cantidad de relaciones sexuales que tenían las personas en la etapa de la vejez empleando un cuestionario. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes eran hombres casados o tenían pareja. El 36% de los hombres mantenían relaciones sexuales quincenalmente, y el 27% tenían relaciones semanalmente. El 95% refirió estar interesado (a) en obtener información sobre sexualidad, y el 62.5% creía que las relaciones sexuales eran buenas para la salud.

Por otra parte, Hendi & Leshem (2014) aplicaron cuestionarios sobre salud, sueño, consumo de tabaco, actividad física, nocturia y dieta, la escala de humor *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) y un instrumento de preferencia de sal. Se encontró que las mujeres practicaban menos ejercicio y no consumían tabaco en comparación con los hombres. Se concluyó que la necesidad de tomar grandes cantidades de agua en las personas

adultas mayores podría deberse a cambios fisiológicos de la vejez y que la preferencia por los alimentos salados puede relacionarse, principalmente, a una respuesta condicionada.

Hernández et al. (2014) realizaron una investigación utilizando cuestionarios sobre conductas practicadas en la mediana edad, estilos de vida, salud, pareja, estado de ánimo, autocuidado, carácter, aficiones, pérdidas, autoimagen y satisfacción con la familia, amistades y con la vida. Solamente se incluyó a las personas que consideraban su salud como buena o muy buena. La inclusión de quienes se autopercibían como sanos redujo a la población en más de un 50%. Los resultados mostraron que las mujeres de la muestra presentaban más enfermedades que los hombres (aunque esta diferencia no fue significativa) y que la autoevaluación del estado de salud se correlacionaba con el número de enfermedades, es decir, a mayor número de patologías, peor autoevaluación del estado de salud. Las personas también reportaron que cuidaban más de su salud en la vejez que cuando eran jóvenes. El resto de las variables estudiadas no mostraron correlaciones estadísticamente significativas.

Seo, et al. (2016) llevaron a cabo un programa para reducir el consumo de sal en la vejez en un centro de servicio de comidas congregadas con una duración de cuatro semanas. Se evaluaron los resultados del programa mediante encuestas y entrevistas a profundidad. La mayoría de las personas del estudio mostraron disposición para reducir su consumo de sal, especialmente quienes recibieron educación sobre una dieta saludable. La encuesta mostró que la mayoría de las personas estaban satisfechas con las comidas recibidas, así como con su sabor. Por otra parte, los proveedores del servicio de comida manifestaron dudas acerca del efecto del programa a largo plazo y detectaron que quienes participaron en las sesiones educativas mostraron una menor predilección por ciertos platillos o por la cantidad de comida



solicitada, consumían menores cantidades de alimentos y no traían ni añadían sal a sus platillos.

Castrejón-Pérez et al. (2017) evaluaron la fragilidad de una muestra de personas adultas mayores de la Ciudad de México utilizando los siguientes criterios: pérdida de peso en los últimos seis meses, agotamiento y baja actividad física. Se realizaron exámenes subjetivos (entrevistas) y clínicos (exámenes dentales) para valorar la salud oral y la fragilidad, los autores refieren que las características socioeconómicas y culturales de la vejez en México están asociadas con una salud oral pobre y con una menor utilización de los servicios dentales, lo cual se ha reflejado en el número de dientes que conservan y en otros padecimientos bucales. La prevalencia de periodontitis fue del 20.1%. Por último, la fragilidad fue mayor en las personas que tomaban más medicamentos y que tenían diagnóstico de hipertensión, osteoporosis o diabetes.

Fernández-Villa et al (2017) aplicaron un cuestionario dividido en 12 secciones, incluyendo salud y evaluación de creencias sobre hábitos saludables mediante la pregunta: “¿Crees que una persona de tu edad puede mejorar su salud mediante el ejercicio regular, una dieta balanceada o dejando de fumar?”, con formato de respuesta tipo sí/no. Se encontró que el 91% de las y los participantes (n=5 798) creía que el ejercicio, la dieta balanceada o dejar de fumar podía modificar el estado de salud.

Fishman (2017) retomó información del *Aging, Demographics, and Memory Study* (ADAMS), un estudio longitudinal que evalúa la salud cognoscitiva y la demencia en una muestra estadounidense representativa. Se aplicó una batería conformada por instrumentos neuropsicológicos y se encontró que los hombres de 70 años tienen 26.9% de probabilidades

de desarrollar esta enfermedad en algún momento de sus vidas, y, en el caso las mujeres de la misma edad, ésta es de 34.7%.

Jun et al. (2017) evaluaron hábitos saludables mediante un cuestionario. Encontró que era más probable que las mujeres jóvenes de áreas urbanas y con niveles educativos más altos siguieran un estilo de vida saludable que el resto de la muestra. Tener bajo peso, fumar y la obesidad abdominal se relacionaron con el riesgo de presentar un evento coronario mayor. El sobrepeso y la obesidad fueron factores de riesgo para derrame cerebral y la enfermedad coronaria. Un peso bajo se relacionó con el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria.

Podhorecka et al. (2017) aplicaron cuestionarios sobre sueño y actividad física. Se encontró que las personas físicamente activas informaron rapidez para conciliar el sueño, más tiempo de sueño, escasos despertares durante la noche y mejor calidad de sueño. Además, las personas que reportaron problemas de sueño notaron dificultades para mantenerse alerta y falta de energía durante el día.

En un estudio realizado por Amorim et al. (2018) se realizaron evaluaciones con actigrafía y se aplicaron escalas sobre actividad física, depresión y sueño. Encontraron que la calidad del sueño tiene un efecto en la conectividad cerebral, especialmente en la percepción del medio, el lenguaje y la conciencia. Asimismo, reportaron que la calidad del sueño puede ser afectada por el IMC (pues un alto IMC incrementa las probabilidades de desarrollar patologías como diabetes, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares, las cuales pueden disminuir la calidad del sueño) y por el nivel educativo (éste puede influir en el entendimiento de la información sobre la salud y en el acceso a los servicios médicos). Los cambios cerebrales relacionados con el envejecimiento y el impacto en la calidad del sueño pueden relacionarse, de forma bidireccional, con las conexiones regionales, pues las últimas

podrían ser resultado de una mala calidad del sueño prolongada (es decir, mantenida a lo largo de la vida).

Daskalopoulou et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de cuatro conductas saludables en el envejecimiento saludable y en las probabilidades de sobrevivencia en el seguimiento. Se evaluaron el consumo de tabaco, la actividad física, el consumo de verduras y frutas y la ingesta moderada de alcohol en personas de 65 o más años de cinco países de Latinoamérica y el Caribe y se realizó un seguimiento cuatro años después. Los resultados mostraron que seguir varias conductas saludables incrementaba las probabilidades de tener un envejecimiento saludable y de sobrevivir.

Troncoso et al. (2018) aplicaron cuestionarios de actividad física, consumo de sustancias psicoactivas, sueño y alimentación. También se tomaron medidas antropométricas (altura, peso, circunferencia de cadera y cintura). Se encontró que, conforme aumentaba la edad, era menos probable que las personas mantuvieran hábitos saludables.

Por otra parte, Chen (2019) evaluó la independencia relativa y el estado de salud mediante cuestionarios. Se encontró que las y los participantes mostraron bajos niveles de seguridad económica y una baja salud social. La salud psicológica se relacionó con la independencia. También se encontraron diferencias entre personas que vivían en zonas urbanas y rurales, ya que las primeras mostraban niveles de salud física más altos y las segundas tenían mejores niveles de salud psicológica, pero menores en salud social y en seguridad económica.

Daskalopoulou et al. (2019) evaluaron información sociodemográfica, hábitos saludables y capacidades funcionales en personas de más de 50 años. Se hizo un estudio

donde se aplicaron cuestionarios sobre actividad física, ingesta de frutas y verduras, consumo de alcohol y tabaco, dolor, desempeño cognitivo, problemas de sueño, discapacidad(es), dificultades diarias, características sociodemográficas, historia médica individual y familiar e información sobre reproducción femenina. De acuerdo con los resultados, clasificaron a las y los participantes del estudio en cuatro grupos de acuerdo con su trayectoria de envejecimiento saludable o no saludable: a) el grupo de declive (*decliners*: personas que contaban con buena salud al inicio del estudio pero que mostraron el mayor nivel de deterioro durante los seguimientos o de fallecer), b) los moderadamente estables (*moderate-stable*: al inicio del estudio tenían un nivel moderado de salud y se mantuvo durante los seguimientos), c) los altamente estables (*high-stable*: tenían muy buena salud al inicio del estudio, se mantuvieron de esa manera durante los 14 años de seguimiento y mostraron las tasas más bajas de mortalidad) y d) los poco-estables (*low-stable*: al inicio del estudio tenían mala salud, durante los seguimientos mantuvieron ese estado y tuvieron más probabilidades de morir durante los seguimientos). Se encontró que los grupos de declive y poco-estables tenían más probabilidades de fallecer durante los seguimientos a diferencia del grupo de los altamente estables, quienes mostraron los mayores índices de supervivencia durante los seguimientos.

Medford et al. (2019) elaboraron un análisis estadístico para determinar si había un aumento de la expectativa de vida en Dinamarca y Suecia. Ninguna de las regresiones realizadas con la población sueca fue significativa. Esto puede indicar que no existe un aumento de la longevidad en Suecia, aunque es distinto en el caso de Dinamarca, donde sí se observó un aumento en la expectativa de vida. Las diferencias entre los dos países pueden

relacionarse con una disminución en el consumo de alcohol y tabaco, la práctica de actividad física, los programas de apoyo financiero y la mejora en los tratamientos de las enfermedades.

Yunus et al. (2019) estudiaron la relación entre el abuso y negligencia en la vejez y la calidad del sueño. Se empleó la *Conflict Tactic Scale* para la evaluación del abuso y negligencia (EAN) en la vejez. La calidad del sueño se midió con el PSQI. El apoyo social se evaluó con el *Duke Social Support Index* y los síntomas depresivos se evaluaron con la GDS. También se obtuvieron datos sociodemográficos, sobre salud (comorbilidades y autoevaluación de la salud) y la función física. Se encontraron diferencias significativas entre la calidad del sueño y la EAN. Sin embargo, por los niveles obtenidos en el PSQI, los resultados no se consideraron como clínicamente significativos. Otras variables que mostraron una influencia significativa en la calidad del sueño fueron la presencia de comorbilidades, una alta puntuación en el GDS, los ingresos familiares y la autoevaluación negativa de la salud.

Palmberg et al. (2020) realizaron una investigación donde se evaluó la necesidad insatisfecha de actividad física mediante dos preguntas: “¿Crees que tendrías la oportunidad de incrementar tu nivel de actividad física si alguien te recomendara hacerlo?” y “¿Te gustaría incrementar tu nivel de actividad física?” El formato de respuesta fue de tipo dicotómico (Sí/No). También se realizó una valoración del sueño por medio de preguntas relacionadas con la percepción de la calidad y duración del sueño y de las siestas. Los autores clasificaron a las horas de sueño como corto (menos de seis horas), normativo (de seis a ocho horas) y largo (más de ocho horas). Si las personas respondían que su calidad de sueño era buena o bastante buena fue evaluada como buena y si respondían mala o bastante mala fue clasificada como mala. En el estudio, las dificultades para movilizarse fueron abordadas

como dificultades para caminar y clasificadas como “sin dificultades” cuando podían desplazarse sin dificultad y “con dificultades” cuando tenían dificultades menores o mayores, necesitaban ayuda para desplazarse o no podían moverse. La actividad física fue reportada como sedentaria (no más de actividad ligera dos o menos veces por semana), moderada (actividad ligera mínimo tres veces por semana) y alta (actividad moderada o vigorosa tres o más veces por semana).

Quienes querían aumentar su nivel de actividad física pero no creían que tuvieran la oportunidad de hacerlo fueron categorizadas como con una necesidad insatisfecha de actividad física (*having unmet physical activity need*). Se concluyó que el sueño insuficiente y el cansancio durante el día podrían estar relacionados con una menor percepción de oportunidades para hacer ejercicio, por lo que el deseo de ser físicamente activo persistía. Las personas que no duermen lo suficiente podrían tener menor energía para realizar actividades durante el día y las personas mayores que sienten cansancio mientras realizan actividad física podrían empezar a creer que el ejercicio es imposible para ellas. La mayoría de las participantes refirieron tener un sueño de duración habitual (6-8 h) y este fue más común en las personas que no reportaron una necesidad insatisfecha de actividad física.

En el Anexo 1 se resumen las formas de evaluación, la muestra y los principales hallazgos de 35 investigaciones sobre salud, hábitos o conductas de personas adultas mayores (principalmente) publicadas de 2002 a 2020 y realizadas en los países de Estados Unidos, Argentina, Barbados, Cuba, Uruguay, Brasil, Chile, España, Reino Unido, China, Filipinas, Italia, Israel, Corea, Polonia, Portugal, Puerto Rico, República Dominicana, Perú, Dinamarca, Suecia, Malasia y México.

Una vez revisados los diversos estudios sobre evaluación de salud, hábitos y conductas saludables en este grupo etario, se procede a mencionar algunos aspectos a considerar en el desarrollo de evaluaciones en esta área.

## 2.7 Medición y evaluación de la salud en la vejez

De acuerdo con Zúniga et al. (1999), los instrumentos para evaluar la salud individual deben de contar con las siguientes características: posibilidad de ser aplicados a múltiples grupos demográficos; permitir obtener información precisa sobre lo que se evaluó; ser breves y, preferentemente, que puedan ser autoadministrados. Sin embargo, puede ser necesario aplicar los cuestionarios autoadministrados junto con la persona para evitar que omitan responder algunos reactivos (Vilagut et al., 2005).

Por razones temporales, económicas y éticas, muchas investigaciones utilizan autoinformes del estado de salud para determinar las variaciones en el estado de salud a lo largo de la vida y para categorizar a las personas como saludables o enfermas. A pesar de su practicidad, este método ha sido cuestionado, puesto que se desconoce la exactitud de los auto reportes como pauta confiable del estado de salud (Lemme, 2003; Caskie et al., 2002).

El uso de instrumentos para valorar los componentes de la salud tiene beneficios en la práctica clínica. Por ejemplo, éstos pueden favorecer la relación de los pacientes con los médicos, ya que para las y los pacientes puede ser un punto de referencia sobre el personal de salud y, para estos últimos, brindan información sobre la efectividad del tratamiento proporcionado (Zúniga et al., 1999).

Independientemente del método empleado para estudiar al envejecimiento y la vejez, cualquier investigación debe apegarse a los principios de autonomía y dignidad humanas,

protegiendo a las y los participantes de daños y perjuicios, por lo que es de suma importancia utilizar el consentimiento informado y limitar el empleo de técnicas de engaño (Lemme, 2003).

## 2.8 Las particularidades de la evaluación en la vejez

Debido a los cambios en la vejez, los instrumentos utilizados deben adaptarse a las circunstancias y características particulares de esta etapa de la vida. En el caso del posible deterioro de los órganos sensoriales, se deben tomar pautas que faciliten la lectura de recursos escritos, como son: 1) el papel donde se imprime el material, así como la tinta, deben tener acabados mate, minimizando así los reflejos de luz; 2) evitar utilizar palabras con mayúsculas, inclinadas o en itálicas; 3) utilizar tamaños de letra grandes (de preferencia, más de 16 puntos); 4) preferir el uso de letras en negritas, ya que son más gruesas; 5) ubicar letras de color claro en un fondo oscuro, preferentemente letras blancas en espacios negros; 6) usar espacios más grandes entre letras y líneas; 7) no usar letras decorativas, sino las estandarizadas y de fácil lectura; y 8) emplear marcadores para facilitar la lectura por líneas (Lemme, 2003; Schaie, 2003).

Muchas evaluaciones realizadas a personas adultas mayores han dejado de lado algunos puntos esenciales en esta etapa, como el entendimiento social, la planificación a largo plazo, la sabiduría, el discernimiento y la creatividad. Estas variables suelen medirse erróneamente con las pruebas e instrumentos más utilizados actualmente, por lo que es importante generar nuevas formas de incluir estos aspectos (Lemme, 2003).

En ocasiones, se han aplicado reactivos sesgados o que favorecen los estereotipos negativos sobre este grupo, por lo que se recomienda vigilar posibles actitudes o sesgos “viejistás” en las y los investigadores y evitar utilizar instrumentos o cuestionarios con este



tipo de reactivos. Asimismo, se ha discutido la utilización de pruebas que fueron creadas en muestras con otras características de género, pertenencia étnica, edad y nacionalidad, ya que esto podría generar desventajas para las personas que no forman parte de esos grupos. Por mencionar un ejemplo, las pruebas de inteligencia donde se utilizan cronómetros para evaluar la velocidad de reacción pueden poner en desventaja a las personas mayores (Lemme, 2003; García et al., 2010).

Una práctica común, pero errada, es utilizar pruebas o cuestionarios que solamente fueron traducidos al español y calificarlas con las mismas pautas usadas en la muestra original. Esto debe evitarse, ya que es indispensable validar esos instrumentos en los grupos donde serán utilizados. En ocasiones también es necesario identificar los constructos que pueden adquirir un significado distinto dependiendo del grupo en el que se aplica, por lo que resulta fundamental elaborar pruebas que expresen esas diferencias (García et al., 2010).

A pesar de las desventajas que pueda implicar aplicar algunas pruebas en la senectud, éstas también cuentan con beneficios. Por ejemplo, la aplicación de instrumentos cognitivos puede dar una medida de las capacidades individuales y, además, éstos permiten la comparación con otros grupos etarios o la posibilidad de dar un seguimiento al proceso de envejecimiento (Lemme, 2003).

### 2.8.1 Importancia de la evaluación

La psicología puede hacer aportaciones relevantes al campo del envejecimiento saludable. Una de éstas es la creación de pruebas e instrumentos enfocados en la valoración de la vejez y del envejecimiento, las cuales no solamente posibilitan el desarrollo de intervenciones y actividades adecuadas para esta población, sino que también brindan información sobre su

efectividad (García et al., 2010; *Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report*, 1952; Zúniga et al., 1999).

Para promover la salud en la vejez, el primer paso es desarrollar, validar y difundir instrumentos y programas que permitan realizar evaluaciones, tratamientos y seguimientos interdisciplinarios. Esta evaluación permite identificar áreas o situaciones susceptibles de cambio, retomando las características particulares de los individuos y sus contextos mientras se adoptan enfoques a largo plazo que favorezcan el logro de beneficios durables y eficientes (Pino, 2008; Urbina, 2004).

Asimismo, es importante complementar el estudio del envejecimiento saludable con los hallazgos de investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales y con la participación de equipos interdisciplinarios, lo cual favorece la discusión y difusión de hallazgos con la comunidad científica y con las y los responsables de la toma de decisiones. Para lograr lo anterior, es necesario contar con pruebas e instrumentos especializados en personas mayores que permitan evaluar su estado de salud y los factores que intervienen en su mantenimiento, deterioro u optimización (Albala et al., 2005; Zúniga et al., 1999).

Por lo anteriormente expuesto, a continuación se describe un cuestionario diseñado para indagar en las siguientes dimensiones sobre hábitos y conductas saludables en personas adultas mayores: 1) alimentación balanceada, 2) actividad física y ejercicio, 3) sueño e higiene del sueño, 4) consumo de sustancias, 5) higiene personal y cuidado de la piel, 6) cuidado de los ojos y de la visión, 7) prevención y control de infecciones y enfermedades, 8) adherencia terapéutica, 9) seguridad vial, 10) estimulación cognitiva y actividades sociales.

## Método

### Planteamiento del problema

#### Justificación

El número de personas adultas mayores ha aumentado en todo el mundo (OMS, 2015). En México, una persona es considerada como adulta mayor cuando cumple 60 años (Diario Oficial de la Federación, 2002). En nuestro país, la proporción de personas con esta característica supera a los 15 millones; es decir, 12% de la población nacional tiene 60 años o más de edad (INEGI, 2020a; Ruiz et al., 2013).

En la actualidad, muchas personas mayores presentan una o más enfermedades no transmisibles. Algunas de las más comunes son diabetes, demencia, osteoartritis, enfermedades coronarias y pulmonares (Lama, 2003; Ruiz et al., 2013; WHO, 2017). En México, las principales causas de muerte están relacionadas con enfermedades no transmisibles e infecciosas, como diabetes, cardiopatía isquémica, cirrosis, ACV y EPOC. La hipertensión, un alto IMC y la práctica de hábitos nocivos para la salud son algunos de los factores de riesgo más importantes de discapacidad y mortalidad en este grupo de edad (IHME, 2019; OPS & OMS, 2004; OMS, 2015; Wong, 2013).

Muchas de estas enfermedades fueron resultado de la práctica continua de hábitos nocivos (i.e. sedentarismo, consumo de alimentos altos en grasas y carbohidratos, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros) (Albala et al., 2005; Sarafino & Smith, 2014), por lo que resulta fundamental implementar programas de promoción de la salud enfocados en fomentar estilos de vida saludables que contribuyan al envejecimiento saludable e incrementen la independencia y la calidad de vida (Lemme, 2003). Para llevar a cabo estos programas, es necesario evaluar las conductas y hábitos de las personas mayores, pues así se

identificarán las áreas a intervenir (Pino, 2008) y se obtendrá información valiosa sobre los indicadores del proceso salud-enfermedad (Zúniga et al., 1999).

Las conductas saludables en la senectud incluyen una alimentación balanceada, nulo o moderado consumo de sustancias nocivas, participación social, ejercitarse, mantener la higiene personal, realizarse chequeos médicos regulares, adherirse al tratamiento farmacológico y dormir lo necesario, entre otras (Daskalopoulou et al., 2018; Fernández-Villa et al., 2017; INGER, s/f).

En México, la mayor parte de las evaluaciones de hábitos y conductas saludables se ha realizado mediante encuestas a gran escala (i.e. MHAS, ENSANUT, SABE) (Fernández-Villa et al., 2017; Aguilar-Salinas, 2013; Albala et al., 2005), evaluaciones cualitativas (i.e. grupos focales) (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011) o cuestionarios enfocados en solo un grupo de hábitos, como la alimentación balanceada, el consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio y el sueño (i.e. Troncoso et al., 2018). Por lo tanto, se requiere de instrumentos de hábitos y conductas de salud vistos de forma integral, que incorporen más factores relacionados con el mantenimiento de la salud (i.e. cepillado de dientes, adherencia al tratamiento médico, seguridad vial, entre otros) y que sean válidos, confiables y diseñados específicamente para este grupo etario que consideren sus necesidades y particularidades.

#### Pregunta de investigación

¿Cómo construir un cuestionario sobre hábitos y conductas saludables en personas adultas mayores?

#### Objetivo general

Elaborar un cuestionario sobre hábitos y conductas saludables en personas adultas mayores.

### Objetivos específicos

Revisar la literatura científica sobre los constructos “hábitos y conductas saludables” en personas adultas mayores.

Redactar un banco de reactivos para cada una de las dimensiones sobre las variables de interés.

Realizar una revisión de la primera versión del cuestionario por expertos en psicología de la salud.

Realizar una evaluación piloto con personas adultas mayores para determinar la claridad, suficiencia y legibilidad del cuestionario.

Obtener la validez de contenido del cuestionario mediante el juicio de expertos.

Obtener los porcentajes de acuerdo interjueces por criterio de evaluación para las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia.

Obtener los porcentajes de acuerdo entre jueces por cada reactivo del cuestionario.

Obtener el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall para determinar el nivel de concordancia entre las y los jueces.

### Hipótesis

Hipótesis estadísticas sobre la validez de contenido

$H_0$ : los rangos entre jueces no concuerdan, es decir, son independientes.

$H_1$ : hay concordancia significativa entre los rangos otorgados por las y los jueces.

## Definición de variables

Variables dependientes: Hábitos y conductas saludables.

## Definiciones conceptuales

Hábitos saludables: son un conjunto de comportamientos que disminuyen las probabilidades de adquirir o desarrollar una enfermedad (Amigo, 2015).

Conductas saludables: «cualquier actividad realizada por las personas para mantener o mejorar su salud, independientemente de su percepción del estado de salud o si esa conducta alcanza ese objetivo» (Sarafino & Smith, 2014, p. 136).

A continuación, se definen las dimensiones de los hábitos y conductas saludables incorporados en el Cuestionario de Hábitos y Conductas Saludables en Personas Adultas Mayores (HACOSPAM):

- Alimentación balanceada: es el consumo de alimentos en las proporciones adecuadas para satisfacer la necesidad de nutrimentos requeridos por el cuerpo (Bedworth & Bedworth, 2010).
- Actividad física: «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía». La actividad física es cualquier movimiento para desplazarse de un lugar a otro, incluyendo actividades de ocio y laborales (OMS, 2020).
- Ejercicio: es el conjunto de actividades físicas que tienen el objetivo de desarrollar o fortalecer el funcionamiento cardiovascular y muscular de una persona mediante una serie de movimientos corporales organizados, planeados y repetitivos que promueven o conservan la salud física (Bedworth & Bedworth, 2010; Ruiz et al., 2013).

- Sueño: es una necesidad humana caracterizada por un estado comportamental reversible donde se pierde o disminuye la reacción y percepción de estímulos ambientales. Es un evento activo que implica cambios fisiológicos en todo el organismo (Guidozzi, 2015).
- Higiene del sueño: grupo de conductas y hábitos que favorecen el inicio y mantenimiento del sueño (Estrella & Torres, 2015; IMSS, 2018).
- Servicios de salud: son todas las funciones médicas y relacionadas con la salud enfocadas en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, discapacidades y muerte prematura, así como el restablecimiento de la salud. Incluye a diferentes profesiones, como las médicas, psicológicas, de salud y dentales (Bedworth & Bedworth, 2010).
- Adherencia terapéutica: nivel en que coinciden las acciones o conductas de una persona con las instrucciones y prescripciones médicas (Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007).
- Higiene personal: es parte del cuidado personal que consiste en la implementación de normas y técnicas de aseo, cuidado y limpieza (Bedworth & Bedworth, 2010).
- Apoyo social: hace referencia a las ayudas, cuidados, apoyos y afectos proporcionados por otros individuos o grupos, como la familia, la pareja, los amigos, los vecinos y los profesionales de la salud, entre otros (Universidad Iberoamericana et al., 2011).
- Estimulación cognitiva: es la práctica de ejercicios y actividades diseñados para favorecer la mejora y mantenimiento de las funciones cognoscitivas (González, 2013).

- Sustancias psicoactivas: son todas aquellas sustancias que son introducidas al organismo por cualquier vía de administración y que generan una modificación en el funcionamiento del sistema nervioso (Ministerio de Justicia y del Derecho, s. f.).
- Consumo de sustancias: se refiere al consumo constante de bebidas alcohólicas, tabaco, sustancias ilegales o el uso inadecuado de fármacos y medicinas alternativas, los cuales suelen generar consecuencias negativas (MedlinePlus, 2020a).
- Seguridad vial: comprende conductas de manejo de automóviles de tal manera que se prevengan accidentes y muertes, como el uso del cinturón de seguridad (Oblitas, 2008).

#### Definición operacional

Hábitos y conductas saludables: Se diseñó un cuestionario compuesto por un consentimiento informado, cinco preguntas para recabar datos sociodemográficos, cuatro para obtener información sobre salud y 47 reactivos con diferentes formatos de respuesta [tipo Likert (i.e. “Nunca”, “Casi nunca”, “Casi siempre”, “Siempre”), opción múltiple (i.e. “No tiene lentes”, “Los utiliza en todo momento”, “Para ver objetos de cerca o de lejos”, “Al usar la computadora”, “Cuando tiene que leer o escribir algo”, “Cuando siente dolor en los ojos o vista cansada”, “No necesita o nunca utiliza sus lentes”), dicotómicas (“Sí”, “No”) y abiertas (i.e. “Otro: \_\_\_”)], que abarcan las siguientes secciones (para conocer algunos ejemplos de reactivos, ver Anexo 2):

- Sección de datos sociodemográficos (cinco reactivos).
- Medidas físicas (un reactivo).
- Atención médica (tres reactivos).
- Alimentación balanceada (cinco reactivos).



- Actividad física y ejercicio (dos reactivos).
- Sueño e higiene del sueño (11 reactivos).
- Consumo de sustancias (seis reactivos).
- Higiene personal y cuidado de la piel (ocho reactivos).
- Cuidado de los ojos y de la visión (dos reactivos).
- Prevención y control de infecciones y enfermedades (siete reactivos).
- Adherencia terapéutica (cuatro reactivos).
- Seguridad vial (un reactivo)
- Estimulación cognitiva y actividades sociales (un reactivo).

#### Participantes

Estudio piloto: se utilizó una muestra por conveniencia conformada por 12 personas adultas mayores, seis mujeres y seis hombres, con edades de 60 a 72 años ( $\bar{X} = 62.55$ ,  $s = 3.88$ ). La mayoría indicó estar casados (as) y tener estudios de licenciatura. Los ingresos mensuales aproximados más frecuentes fueron de 2 700 a 6 799 pesos mexicanos. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1***Características sociodemográficas de las y los participantes en la prueba piloto*

	Hombres	Mujeres
<b>Edad</b>		
$\bar{x}$	65	60.5
s	4.79	.83
Mínimo	60	60
Máximo	72	62
<b>Total</b>	5	6
<b>Estado civil</b>		
	N	N
Soltero (a)	-	1
Casado (a)	4	3
Divorciado (a)	1	1
Separado (a)	-	1
<b>Escolaridad</b>		
	N	N
Primaria	1	-
Secundaria	-	2
Preparatoria, bachillerato o técnica	1	1
Licenciatura	2	3
Posgrado	1	-
<b>Ingresos mensuales aproximados</b>		
	N	N
De 2 700 a 6 799	2	2
De 6 800 a 11 599	1	2
De 11 600 a 34 999	1	1
De 35 000 a 84 999	-	1
Más de 85 000	1	-

Jueces: en el juicio de expertos participaron diez profesionales de las ciencias de la salud, seis hombres y tres mujeres, con estudios de posgrado. Las y los jueces contaban con amplios conocimientos y experiencia (de al menos seis años) en gerontología, psicología de la salud, geriatría, psicogerontología o psicometría.

#### Instrumento

El cuestionario está dirigido a personas adultas mayores con 60 o más años de edad, hombres y mujeres, con residencia en la Ciudad de México y Zona Metropolitana. Los criterios de

exclusión son presentar algún desorden físico, neurológico o psiquiátrico sumamente discapacitante que impida comprender las preguntas o dar información confiable y los criterios de eliminación son no firmar el consentimiento informado, seleccionar que no están de acuerdo con el mismo o que no se complete el cuestionario.

El HACOSPAM tiene como objetivo evaluar los hábitos y conductas saludables en este grupo poblacional. Este puede autoadministrarse o ser aplicado por una alguien capacitado o por profesionales de la salud y está compuesto por un consentimiento informado, cinco preguntas sobre datos sociodemográficos, cuatro reactivos sobre salud y 47 reactivos con diferentes formatos de respuesta [tipo Likert, dicotómicas (Sí/No), opción múltiple y abiertas] sobre las siguientes dimensiones: alimentación balanceada (cinco reactivos), actividad física y ejercicio (dos reactivos), sueño e higiene del sueño (11 reactivos), consumo de sustancias (seis reactivos), higiene personal y cuidado de la piel (ocho reactivos), cuidado de los ojos y de la visión (dos reactivos), prevención y control de infecciones y enfermedades (siete reactivos), adherencia terapéutica (cuatro reactivos), seguridad vial (un reactivo) y estimulación cognitiva y actividades sociales (un reactivo).

#### Procedimiento

El proceso de construcción del HACOSPAM se realizó en seis etapas que se describen a continuación:

##### *Primera etapa: revisión de la literatura*

Se realizó una búsqueda de la literatura científica en diferentes bases de datos (i.e. *EBSCO*, *ScienceDirect*, *PUBMED*, *SCIELO*, entre otras) y utilizando diversos buscadores y operadores booleanos (*and* y *or*). Las palabras clave de búsqueda de información fueron: *vejez*, *personas mayores*, *personas adultas mayores*, *envejecimiento*, *tercera edad*, *salud*, *hábitos*,

*hábitos saludables, conductas de salud, inventario, escala, cuestionario, instrumento, test, prueba, medición, alimentación, sueño, siesta, ejercicio, actividad física, deporte, atención médica, estudios médicos, evaluación médica, servicios de salud, consumo de sustancias, consumo de sustancias psicoactivas, adicción, alcohol, tabaco, droga, sustancias ilegales, medicamentos, fármacos, consumo de fármacos, consumo de medicamentos, adherencia terapéutica, adherencia al tratamiento, higiene, limpieza, higiene personal, sexualidad, relaciones sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual, uso de condón, redes de apoyo, apoyo social, red social, estimulación cognitiva, ejercicios cognitivos y ejercicios mentales.*

También se realizó una búsqueda de inventarios, escalas, cuestionarios, instrumentos, pruebas, guías e índices en el Catálogo de Escalas Psicosociales y de la Salud en Español, de la Facultad de Psicología de la UNAM (<https://planeacion.psicol.unam.mx/escalas/inventarios/buscar>), con el objetivo de identificar instrumentos de evaluación de salud, hábitos o conductas saludables estandarizados en personas adultas mayores mexicanas o de América Latina.

Para la búsqueda en este Catálogo se usaron las palabras clave de *vejez, envejecimiento, personas mayores, personas adultas mayores, tercera edad, salud, hábitos, conductas saludables, alimentación, sueño, ejercicio, actividad física, deporte, atención médica, consumo de sustancias, adicción, alcohol, tabaco, droga, medicamentos, fármacos, adherencia, higiene, sexualidad, apoyo y estimulación cognitiva*. De los resultados, se descartaron las escalas que no estaban enfocadas en la evaluación de la salud, hábitos o conductas saludables en personas adultas mayores o que no habían incluido a este grupo en su estandarización.

*Segunda etapa: construcción de la versión preliminar del cuestionario*

En esta etapa se redactó la versión preliminar de los reactivos del cuestionario, el cual consistió en un consentimiento informado, cuatro preguntas sobre información sociodemográfica (edad, sexo, nivel de escolaridad, ingresos mensuales aproximados), tres preguntas sobre salud (problemas de salud, altura y peso, servicios de salud) y 42 reactivos sobre hábitos y conductas saludables.

*Tercera etapa: revisión del cuestionario por profesionales de la salud*

Se solicitó una revisión del cuestionario a personas expertas en psicología de la salud con el objetivo de verificar que la información contenida en éste fuera pertinente y entendible. Tres expertos (as) con estudios de posgrado y amplia experiencia en el área señalaron sugerencias de forma verbal y escrita y, con base en esas observaciones, se realizaron modificaciones en la redacción de los reactivos, los formatos de respuesta y el consentimiento informado.

*Cuarta etapa: estudio piloto*

Se realizó un estudio piloto, donde se aplicaron 12 cuestionarios a personas de 60 o más años (seis hombres y seis mujeres), con el objetivo de determinar si el consentimiento informado era claro, si las preguntas y formato de respuesta eran legibles, claras, entendibles y suficientes, así como si consideraban que había reactivos repetitivos o faltantes.

Las y los participantes fueron divididos en dos grupos, cada uno con tres mujeres y tres hombres. Se realizaron entrevistas presenciales o por llamada telefónica a quienes participaron en el grupo 1 y los cuestionarios fueron autoadministrados en el grupo 2. Al finalizar la aplicación del cuestionario, en ambos grupos se pidió que respondieran las preguntas del Anexo 3 (Cuestionario sobre la claridad y suficiencia del contenido del cuestionario).

En el grupo 1, una persona entrenada leyó el contenido del cuestionario, anotó las respuestas de las y los participantes y observó o anotó las reacciones y comentarios realizados sobre dificultades para comprender la información solicitada. En el grupo 2, se otorgaron los cuestionarios a las personas adultas mayores y solamente se les indicó que lo respondieran en su totalidad. De acuerdo con estas aplicaciones, se realizaron las modificaciones pertinentes al cuestionario.

*Quinta etapa: obtención de la validez de contenido mediante el análisis de juicio de expertos*

Con base en la literatura revisada en la primera etapa y en las observaciones realizadas por las y los expertos en psicología de la salud, se agruparon a los reactivos en las siguientes categorías: 1) sección de datos sociodemográficos, 2) medidas físicas, 3) atención médica, 4) alimentación balanceada, 5) actividad física y ejercicio, 6) sueño e higiene del sueño, 7) consumo de sustancias, 8) higiene personal y cuidado de la piel, 9) cuidado de los ojos y de la visión, 10) prevención y control de infecciones y enfermedades, 11) adherencia terapéutica, 12) seguridad vial, y 13) estimulación cognitiva y actividades sociales.

Posteriormente, se elaboró una base de datos en *Excel* para el juicio de expertos. Para elaborar esta base se empleó la planilla de juicio de expertos de Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008). Ésta contenía instrucciones sobre el proceso de evaluación del cuestionario y solicitaba la siguiente información sobre la o el experto: nombre completo, formación académica, áreas de experiencia profesional, tiempo, cargo actual e institución. La base también contenía información sobre las dimensiones de los reactivos, las categorías empleadas para su evaluación (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) y un espacio para comentarios por reactivo. Estos criterios de evaluación se encuentran en la Tabla 2

**Tabla 2**  
*Criterios de evaluación del HACOSPAM*

<b>Categoría</b>	<b>Calificación</b>	<b>Indicador</b>
<i>Suficiencia</i> Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión. Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total. Se deben incrementar algunos reactivos para poder evaluar la dimensión completamente. Los reactivos son suficientes.
<i>Claridad</i> El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	El reactivo no es claro. El reactivo requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo. El reactivo es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<i>Coherencia</i> El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión. El reactivo tiene una relación tangencial con la dimensión. El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<i>Relevancia</i> El reactivo es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. El reactivo es relativamente importante. El reactivo es muy relevante y debe ser incluido.

Posteriormente, se envió una copia de la base de datos y del cuestionario por correo electrónico a 13 jueces y se pidió que determinaran si los reactivos del cuestionario eran suficientes, claros, coherentes y relevantes. El objetivo de este procedimiento fue calcular la validez de contenido [es decir, verificar el grado en que el cuestionario mide lo que pretende medir (García et al., 2010)] mediante el juicio de expertos, que es una de las formas de valorar si los reactivos propuestos son característicos del constructo (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008; Kerlinger & Lee, 2002).

De los correos enviados, se obtuvo respuesta de 10 expertos (as). A partir de los archivos recibidos, se obtuvieron los porcentajes de acuerdo por cada categoría de evaluación (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) y los porcentajes totales por cada reactivo. Finalmente, se calculó el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall con un intervalo de confianza del 95%, ya que este valor permite “conocer el grado de asociación entre  $k$  conjuntos de rangos” (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008, p.32). El coeficiente tiene un valor que varía entre el 0 (total desacuerdo) y 1 (total acuerdo) y, dependiendo de los resultados, puede modificarse el reactivo hasta que se consiga el objetivo que se pretende lograr de una forma adecuada. El nivel de significancia de  $W$  de Kendall tiene que ser inferior a 0.05 para que sea considerado como significativo.

#### *Sexta etapa: modificaciones al cuestionario*

Se realizaron modificaciones al cuestionario de acuerdo con los comentarios y sugerencias de las y los jueces, siempre y cuando éstos concordaran con la literatura revisada. La versión final del HACOSPAM estuvo compuesta por un consentimiento informado, cinco preguntas sobre datos sociodemográficos, cuatro reactivos sobre salud y 47 reactivos sobre las siguientes dimensiones: alimentación balanceada (cinco reactivos), actividad física y



ejercicio (dos reactivos), sueño e higiene del sueño (11 reactivos), consumo de sustancias (seis reactivos), higiene personal y cuidado de la piel (ocho reactivos), cuidado de los ojos y de la visión (dos reactivos), prevención y control de infecciones y enfermedades (siete reactivos), adherencia terapéutica (cuatro reactivos), seguridad vial (un reactivo) y estimulación cognitiva y actividades sociales (un reactivo).

## Resultados

### *Primera etapa: revisión de la literatura científica*

Se realizó la revisión de la literatura de agosto a noviembre del 2019 en diferentes buscadores y bases de datos: *EBSCO Host*, Colecciones Digitales de la Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información, *Elsevier*, *SpringerLink*, *Scielo*. *Google*, *Google Scholar*, Bibliotecas ONU, Biblioguías-Biblioteca de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Biblioteca virtual INGER (repositorio). Se buscaron artículos en inglés y español utilizando las palabras clave mencionadas en el apartado de procedimiento.

De la búsqueda realizada, se eligieron 173 artículos que 1) contenían mínimo una palabra clave relacionada con salud, hábitos o conductas saludables (i.e. actividad física) y 2) tenían mínimo una palabra clave relacionada con la vejez (i.e. personas mayores). De esos, se eliminaron 58 porque no contenían información sobre hábitos o conductas específicas que mantenían o mejoraban la salud de las personas adultas mayores y se eligieron a 115 artículos que sí contaban con esta información. Con estos últimos se elaboró la versión preliminar del cuestionario.

Ahora bien, en la búsqueda realizada en el Catálogo de Escalas Psicosociales y de la Salud en español se obtuvieron muy pocos resultados. En total, se encontraron seis escalas que estaban relacionadas con salud, hábitos o conductas saludables. De éstas, solamente dos fueron estandarizadas o enfocadas en personas adultas mayores, pero ninguna fue creada en México. Las cuatro escalas restantes fueron estandarizadas en un amplio grupo de edades (de 14 a 81 años). En la Tabla 3 se muestran los resultados de esta búsqueda.

**Tabla 3***Resultados de la búsqueda en el Catálogo de Escalas Psicosociales y de la Salud*

<b>Escalas validadas en personas adultas mayores</b>				
<b>Nombre de la escala</b>	<b>Autor y año</b>	<b>País</b>	<b>Edad de la muestra</b>	<b>Constructo medido</b>
Inventario de Envejecimiento Exitoso (SAI).	Gallardo-Peralta et al. (2017)	Chile	60 años en adelante	Envejecimiento exitoso
Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Duke-UNC, DUFSS).	Ayala et al. (2012)	España	60 años en adelante	Apoyo social funcional
<b>Escalas validadas en personas de diferentes grupos de edad</b>				
<b>Nombre de la escala</b>	<b>Autor y año</b>	<b>País</b>	<b>Edad de la muestra</b>	<b>Constructo medido</b>
Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria.	Palacios et al. (2017)	México	14 a 74 años	Alimentación y autoeficacia
Escala de Sueño.	Pineda et al. (2013)	México	18 a 78 años	Sueño
Escala Breve del Síndrome de la Dependencia de la Nicotina (NDSS-S).	Becoña et al. (2012)	España	18 a 81 años	Susceptibilidad al consumo de tabaco
Cuestionario de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS).	Londoño et al. (2012)	Colombia	18 a 77 años	Apoyo social

*Segunda etapa: construcción de la versión preliminar del cuestionario*

A partir de la revisión de la literatura científica, se redactó la versión preliminar del cuestionario. Esta versión contaba con cuatro reactivos sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad, ingresos mensuales aproximados), tres preguntas sobre salud (problemas de salud, altura y peso, servicios de salud) y 42 reactivos sobre hábitos y conductas saludables divididos en siete dimensiones, las cuales se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4***Versión preliminar de los reactivos del cuestionario*

<b>1. Alimentación</b>
1. Generalmente, ¿cuántas veces al día ingiere alimentos?
2. De la siguiente lista con grupos de alimentos, seleccione la frecuencia con la que suele consumirlos en una semana
3. Generalmente, ¿cuáles se las siguientes sustancias utiliza para cocinar y dar sabor a sus comidas y/o bebidas?
4. ¿Qué cantidad de agua suele consumir diariamente?
5. ¿Toma algún tipo de suplemento alimenticio?
6. ¿Cuántas veces al día suele cepillarse los dientes?
7. De la siguiente lista, seleccione los productos de limpieza bucal que utiliza regularmente
<b>2. Actividad física</b>
8. Seleccione el tipo o tipos de actividades o ejercicios que suele realizar y la duración semanal con la que lo (s) suele realizar
9. Generalmente, ¿cuánto tiempo al día suele pasar sentado o acostado?
<b>3. Sueño</b>
10. ¿Qué tan frecuente es que tome siestas?
11. Regularmente, ¿cuánto tiempo suele durar cada siesta?
12. Generalmente, ¿en qué momento del día suele tomar siestas?
13. ¿Cuántas horas diarias suele dormir (excluyendo el tiempo de siestas)?
14. Cuando despierta por las mañanas, ¿se siente descansado (a)?
15. ¿Tiene un horario fijo para acostarse y levantarse?
16. Regularmente ¿consume café o té (verde, negro, etc.) por las tardes o por las noches?
17. ¿Suele beber líquidos abundantes o tener comidas copiosas dos o menos horas antes de ir a dormir?
18. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir (p. ej., cepillarse los dientes, ponerse pijama, ejercicios de relajación)?

(Continúa)

**Tabla 4.** *Versión preliminar de los reactivos del cuestionario (Continuación)*

<b>4. Consumo de sustancias</b>
19. Generalmente, ¿con qué frecuencia consume alcohol?
20. Seleccione qué tipo de sustancias alcohólicas suele consumir
21. Generalmente, ¿qué cantidad de alcohol suele consumir en un día?
22. Generalmente, ¿con qué frecuencia consume tabaco en una semana?
23. Generalmente, ¿cuántos cigarros suele fumar en un día?
24. Actualmente, ¿consume algún (as) de las siguientes sustancias sin prescripción médica?
<b>5. Atención médica, adherencia terapéutica y limpieza</b>
25. ¿Con qué frecuencia acude a realizarse las siguientes mediciones?
26. ¿Con qué frecuencia realiza chequeos médicos?
27. ¿Cuenta con las vacunas recomendadas para su rango de edad y condición de salud?
28. Cuando asiste con profesionales de la salud, ¿les informa sobre todos los tratamientos farmacológicos y alternativos que está llevando en ese momento?
29. ¿Consume los medicamentos recetados por los profesionales de la salud de la forma como le indican?
30. ¿Cuele concluir los tratamientos farmacológicos recetados, aún después de notar mejoría en su salud?
31. ¿Con qué frecuencia utiliza protector solar?
32. Generalmente, ¿cuántas veces a la semana suele bañarse?
33. Regularmente, ¿utiliza crema para cara, cuerpo, cuello y/o para manos?
34. ¿En qué momento suele cortar sus uñas de manos y pies?
35. ¿Cada cuándo suele lavarse las manos?
36. Cuando no puede lavarse las manos, ¿utiliza gel antibacterial u otro tipo de desinfectante?
37. ¿Ante qué situaciones suele utilizar lentes de contacto o anteojos?
38. ¿Suele utilizar lentes de sol?

(Continúa)

**Tabla 4.** *Versión preliminar de los reactivos del cuestionario (Continuación)*

---

<b>6. Sexualidad</b>
39. Al tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia hace uso de condón (femenino y/o masculino)?
40. ¿Se ha realizado alguna prueba para detectar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?

---

<b>7. Estimulación cognitiva y recreación</b>
41. De la siguiente lista de actividades, seleccione aquellas que realiza o practica y con qué frecuencia las suele hacer
42. Cuando viaja en vehículos, ¿suele utilizar el cinturón de seguridad?

---

*Tercera etapa: revisión del cuestionario por profesionales de la salud*

Se solicitó una revisión de la versión preliminar del cuestionario a tres personas expertas en psicología de la salud. El objetivo de la revisión era determinar la suficiencia y claridad de los reactivos propuestos. De acuerdo con esta revisión, se realizaron modificaciones al cuestionario en cuanto a: 1) datos sobre salud (se agregó un reactivo sobre los servicios de salud a los que suelen acudir cuando tienen un problema de salud), 2) orden, redacción y número de los reactivos, 3) modificaciones a las dimensiones propuestas. Las modificaciones realizadas a los reactivos sobre las dimensiones de hábitos y conductas de salud del cuestionario se muestran en la Tabla 5.

**Tabla 5**

*Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de psicólogos (as) de la salud*

---

**Alimentación**

---

1. Generalmente, ¿cuántas veces al día ingiere alimentos?
2. Señale la frecuencia con la que suele consumir cada alimento semanalmente
3. ¿Qué cantidad de agua suele consumir diariamente?
4. ¿Toma algún tipo de suplemento alimenticio?
5. De la siguiente lista, seleccione lo que generalmente utiliza para cocinar y para dar sabor a sus comidas y/o bebidas

---

**Higiene y cuidado de la piel**

---

6. ¿Cuántas veces al día suele cepillarse los dientes?
7. De la siguiente lista, seleccione los productos de limpieza bucal que utiliza regularmente
26. ¿Con qué frecuencia utiliza protector solar?
27. ¿Cuántas veces a la semana suele bañarse?
28. Regularmente, ¿utiliza crema para cara, cuerpo, cuello y/o para manos?
29. ¿En qué momento suele cortar las uñas de manos y pies?
30. ¿En qué situaciones suele lavarse las manos?
31. Cuando no puede lavarse las manos con jabón, ¿utiliza gel antibacterial u otro tipo de desinfectante?

---

**Actividad física y ejercicio**

---

8. ¿Cuánto tiempo al día suele pasar sentado (a) y/o acostado (a)?
9. De la siguiente lista, marque con una X las actividades que suele realizar. También especifique cuántos días a la semana las hace y el tiempo que dedica a ellas

---

**Sueño e higiene del sueño**

---

10. ¿Cuántas horas suele dormir por las noches?
11. En promedio, ¿cuántas veces suele despertar por las noches?
12. Después de dormir, ¿se siente descansado (a)?

(Continúa)

---



**Tabla 5. Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de psicólogos (as) de la salud (Continuación)**

- 
13. ¿Tiene un horario fijo para acostarse y levantarse?
14. ¿Con qué frecuencia toma siestas?
15. En promedio, ¿cuánto tiempo dura cada siesta?
16. ¿En qué momento suele tomar las siestas?
17. Regularmente, ¿consume café o té verde, negro, etc. (con cafeína) por las tardes o por las noches?
18. Poco antes de ir a dormir (menos de dos horas antes de ir a la cama), ¿suele beber y/o comer abundantemente?
19. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir (p. ej., cepillarse los dientes, ponerse pijama, etc.)?
- 

**Consumo de sustancias**

---

20. Generalmente, ¿con qué frecuencia consume alcohol?
21. Seleccione qué tipo de sustancias alcohólicas suele consumir
22. Cuando consume alcohol, ¿qué cantidad suele beber en un día?
23. ¿Con qué frecuencia consume tabaco?
24. Cuando fuma, ¿cuántos cigarrillos consume en un día?
25. Recientemente, ¿ha consumido algún (as) de las siguientes sustancias (sin prescripción médica)?
- 

**Cuidado de los ojos y visión**

---

32. ¿En qué situaciones suele utilizar anteojos o lentes de contacto?
33. ¿Suele utilizar lentes de sol?
- 

**Prevención y control de infecciones y enfermedades**

---

34. ¿Con qué frecuencia se realiza las siguientes mediciones?
35. ¿Con qué frecuencia suele asistir a los siguientes servicios de salud?
36. ¿Cuenta con las vacunas recomendadas para su rango de edad y condición de salud?
37. ¿Con qué frecuencia se realiza los siguientes estudios?
43. En los últimos cinco años, ¿ha mantenido relaciones de tipo sexual?
44. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia hace uso de condón (femenino y/o masculino)?
- 

(Continúa)

**Tabla 5.** *Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de psicólogos (as) de la salud (Continuación)*

45. ¿Se ha realizado pruebas para detectar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?
<b>Adherencia terapéutica</b>
38. Cuando asiste con el médico, ¿le informa sobre todos los tratamientos que está llevando en ese momento?
39. ¿Suele concluir los tratamientos farmacológicos recetados, aún después de notar mejoría en su salud?
40. ¿Consumo los medicamentos recetados tal como le fue indicado?
41. De la siguiente lista, seleccione las razones que dificultan el cumplimiento del tratamiento médico que le fue indicado
<b>Seguridad vial</b>
42. Cuando viaja en vehículos, ¿con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad?
<b>Estimulación cognitiva y actividades sociales</b>
46. Marque la frecuencia con la que realiza cada una de las siguientes actividades

*Cuarta etapa: estudio piloto*

En esta etapa se aplicaron 12 cuestionarios a personas adultas mayores. Después, se realizó un análisis descriptivo de la información sociodemográfica y de salud obtenida mediante esta aplicación. Uno de los participantes no contestó los reactivos, por lo que se excluyó su información de este análisis. Sin embargo, sí se tomó en cuenta la retroalimentación verbal que hizo del cuestionario para ampliar o modificar los reactivos.

En la Tabla 6 se muestra la información de los reactivos sobre estatura y peso de las y los participantes de la prueba piloto. La estatura se reportó en metros y el peso en kilogramos.

**Tabla 6**  
*Medidas físicas e información sobre atención médica de la prueba piloto*

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Estatura (m)</b>		
$\bar{x}$	1.65	1.54
$s$	.05	.06
<b>Peso (kg)</b>		
$\bar{x}$	74.8	67.8
$s$	11.56	9.90

La Tabla 7 muestra la información sobre los reactivos de atención médica: servicios de salud con los que contaban y los servicios a los que las y los participantes solían acudir cuando tenían un problema de salud.

**Tabla 7***Frecuencias de afiliación y asistencia a servicios de salud en la prueba piloto*

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Afiliación a servicios de salud</b>			
IMSS	3	2	5
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	1	3	4
Centro de Salud	0	1	1
Ninguno	1	0	1
<b>Asistencia a servicios de salud</b>			
Médicos económicos (i.e. Farmacias Similares y Farmacias del Ahorro)	4	4	8
Instituciones privadas	3	1	4
IMSS	2	1	3
ISSSTE	0	2	2
Otros	0	2	2
Homeópata	0	1	1
Médico particular	0	1	1

Por último, la Tabla 8 muestra la frecuencia de los problemas de salud diagnosticados por un (a) profesional de la salud y reportados por las y los participantes, así como si recibían o no un tratamiento para el mismo. Tres personas indicaron el diagnóstico de un padecimiento, pero no señalaron si reciben tratamiento médico para éste.

**Tabla 8***Frecuencia de diagnóstico de padecimientos y si se recibe tratamiento*

	Sí recibe tratamiento	No recibe tratamiento	Desconocido	Total
<b>Padecimiento diagnosticado</b>				
Sobrepeso	-	3	1	4
Hipertensión	3	-	-	3
Diabetes	1	-	1	2
Osteoporosis	1	-	-	1
Anemia	-	-	1	1
Otra (hígado graso)	1	-	-	1
<b>Total</b>	6	3	3	12

De acuerdo con las dificultades para comprender algunos reactivos y tomando en cuenta las sugerencias verbales de las y los participantes de la prueba piloto, se realizaron varias modificaciones al cuestionario. También se hizo una revisión de todo el cuestionario y se mejoró la redacción de algunos reactivos. El resumen de estos cambios se muestra en la Tabla 9.

**Tabla 9***Modificaciones al cuestionario de acuerdo con los resultados del estudio piloto*

<b>Alimentación</b>
1. ¿Cuántas veces al día suele ingerir alimentos?
2. Señale la frecuencia con la que suele consumir cada uno de los siguientes alimentos en una semana
3. ¿Qué cantidad de agua suele consumir diariamente?
4. ¿Toma algún tipo de suplemento alimenticio?
5. De la siguiente lista, seleccione lo que suele utilizar para cocinar y para dar sabor a sus comidas y/o bebidas
<b>Higiene y cuidado de la piel</b>
6. ¿Cuántas veces al día suele cepillarse los dientes?
7. De la siguiente lista, seleccione los productos de limpieza bucal que suele utilizar
26. ¿Con qué frecuencia utiliza protector solar?
27. ¿Cuántas veces a la semana suele bañarse?
28. Regularmente, ¿utiliza crema para cara, cuerpo, cuello y/o para manos?
29. ¿En qué momento suele cortar las uñas de manos y pies?
30. ¿En qué situaciones suele lavarse las manos?
31. Cuando no puede lavarse las manos con jabón, ¿utiliza gel antibacterial u otro tipo de desinfectante?
<b>Actividad física y ejercicio</b>
8. ¿Cuántas horas al día suele pasar sentado (a) y/o acostado (a)?
9. De la siguiente lista, marque con una X las actividades y ejercicios que realiza regularmente
<b>Sueño e higiene del sueño</b>
10. ¿Cuántas horas suele dormir?
11. En promedio, ¿cuántas veces se despierta por las noches?
12. Después de dormir, ¿se siente descansado (a)?
13. ¿Tiene un horario fijo para acostarse y levantarse?

(Continúa)

**Tabla 9. Modificaciones al cuestionario de acuerdo con los resultados del estudio piloto (Continuación)**

- 
14. ¿Con qué frecuencia toma siestas?
15. ¿En qué momento suele tomar las siestas?
16. En promedio, ¿cuánto tiempo dura cada siesta?
17. ¿Suele consumir café, té con cafeína (verde, negro, etc.) y/o bebidas alcohólicas por las tardes o por las noches?
18. ¿Suele comer y/o tomar líquidos de forma abundante pocas horas antes de ir a dormir?
19. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir (p. ej., cepillarse los dientes, ponerse pijama, etc.)?
- 

**Consumo de sustancias**

---

20. ¿Con qué frecuencia suele consumir alcohol?
21. Seleccione qué tipo de sustancias alcohólicas suele consumir
22. Cuando consume alcohol, ¿qué cantidad bebe en un día?
23. ¿Con qué frecuencia consume tabaco?
24. Cuando fuma, ¿cuántos cigarrillos consume en un día?
25. Recientemente, ¿ha consumido algún (as) de las siguientes sustancias (sin prescripción médica)?
- 

**Cuidado de los ojos y visión**

---

32. ¿En qué situaciones suele utilizar anteojos o lentes de contacto?
33. ¿Suele utilizar lentes de sol?
- 

**Prevención y control de infecciones y enfermedades**

---

34. ¿Con qué frecuencia se realiza las siguientes mediciones?
35. ¿Con qué frecuencia suele asistir a los siguientes servicios de salud?
36. ¿Cuenta con las vacunas recomendadas para su rango de edad y condición de salud?
37. ¿Con qué frecuencia suele realizarse los siguientes estudios?
43. En los últimos años, ¿ha mantenido relaciones sexuales?
44. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia hace uso de condón (femenino y/o masculino)?
45. ¿Se ha realizado pruebas para detectar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?
- 

(Continúa)

**Tabla 9.** *Modificaciones al cuestionario de acuerdo con los resultados del estudio piloto (Continuación)*

<b>Adherencia terapéutica</b>
38. Cuando asiste con el médico y con otros profesionales de la salud, ¿les informa sobre todos los tratamientos farmacológicos y alternativos que está llevando en ese momento?
39. ¿Suele concluir los tratamientos farmacológicos recetados, aún después de notar mejoría en su salud?
40. ¿Consume los medicamentos recetados tal como le fueron indicados?
41. De la siguiente lista, seleccione los motivos por los cuales se le puede dificultar cumplir con el tratamiento médico que le fue indicado
<b>Seguridad vial</b>
42. Cuando viaja en vehículos, ¿con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad?
<b>Estimulación cognitiva y actividades sociales</b>
46. Marque la frecuencia con la que suele realizar cada una de las siguientes actividades



*Quinta etapa: juicio de expertos*

De los 13 correos enviados, se obtuvo respuesta de 10 expertos (as), pero la mitad de ellos (as) no completó la sección de datos profesionales y un archivo de Excel no contaba con calificaciones para las categorías de evaluación, aunque sí contenía observaciones al cuestionario. Por lo tanto, se decidió excluir ese archivo de los análisis porcentuales y estadísticos, pero sí se tomaron en consideración sus observaciones y sugerencias.

El análisis del juicio de expertos se realizó de la siguiente manera: 1) se obtuvo el puntaje total, es decir, la suma de las puntuaciones otorgadas por las y los jueces en cada categoría (suficiencia, claridad, coherencia y suficiencia), 2) se obtuvo el porcentaje de acuerdo por categoría de evaluación, 3) se sumó el puntaje total por reactivo, es decir, la suma de las puntuaciones de las cuatro categorías por cada reactivo y 4) se calculó el porcentaje de acuerdo por reactivo.

De este análisis, se determinó que un porcentaje de acuerdo igual o mayor a 80 era adecuado para un reactivo, por lo que éste podía conservarse. La Tabla 10 muestra los porcentajes de acuerdo por categoría (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) y totales (es decir, el porcentaje que incluye a las cuatro categorías por reactivo).

**Tabla 10**  
*Porcentajes de acuerdo de jueces por categoría y por reactivo (% total)*

<b>Reactivo</b>	<b>Suficiencia</b>	<b>Claridad</b>	<b>Coherencia</b>	<b>Relevancia</b>	<b>% total</b>
1. ¿Cuántas veces al día suele ingerir alimentos?	100	100	100	100	100
2. Señale la frecuencia con la que suele consumir cada uno de los siguientes alimentos en una semana:	100	97.22	100	100	99.31
3. ¿Qué cantidad de agua suele consumir diariamente?	97.22	97.22	97.22	100	97.92
4. ¿Toma algún tipo de suplemento alimenticio?	97.22	100	100	97.22	98.61
5. De la siguiente lista, seleccione lo que suele utilizar para cocinar y para dar sabor a sus comidas y/o bebidas:	97.22	97.22	100	97.22	97.92
6. ¿Cuántas veces al día suele cepillarse los dientes?	97.22	100	97.22	100	98.61
7. De la siguiente lista, seleccione los productos de limpieza bucal que suele utilizar:	100	100	97.22	100	97.92
8. ¿Cuántas horas al día suele pasar sentado (a) y/o acostado (a)?	100	100	100	100	100
9. De la siguiente lista, marque con una X las actividades y ejercicios que realiza regularmente.	100	100	100	97.22	99.31
10. ¿Cuántas horas suele dormir?	100	100	100	100	100
11. En promedio, ¿cuántas veces se despierta por las noches?	100	100	100	100	100
12. Después de dormir, ¿se siente descansado (a)?	100	94.44	100	100	98.61
13. ¿Tiene un horario fijo para acostarse y levantarse?	100	100	100	100	100
14. ¿Con qué frecuencia toma siestas?	97.22	100	100	100	99.31
15. ¿En qué momento suele tomar las siestas?	100	100	94.44	94.44	97.22
16. En promedio, ¿cuánto tiempo dura cada siesta?	100	100	100	100	100
17. ¿Suele consumir café, té con cafeína (verde, negro, etc.) y/o bebidas alcohólicas por las tardes o por las noches?	86.11	77.78*	77.78*	100	85.42

(Continúa)

**Tabla 10.** Porcentajes de acuerdo de jueces por categoría y totales (por reactivo) (Continuación)

<b>Reactivo</b>	<b>Suficiencia</b>	<b>Claridad</b>	<b>Coherencia</b>	<b>Relevancia</b>	<b>% total</b>
18. ¿Suele comer y/o tomar líquidos de forma abundante pocas horas antes de ir a dormir?	100	91.67	91.67	100	95.83
19. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir?	100	100	100	100	100
20. ¿Con qué frecuencia suele consume alcohol?	100	91.67	100	100	97.92
21. Seleccione qué tipo de sustancias alcohólicas suele consumir:	88.89	100	91.67	91.67	93.06
22. Cuando consume alcohol, ¿qué cantidad bebe en un día?	100	100	100	100	100
23. ¿Con qué frecuencia consume tabaco?	97.22	97.22	100	100	98.61
24. Cuando fuma, ¿cuántos cigarrillos consume en un día?	100	100	100	100	100
25. Recientemente, ¿ha consumido algún (as) de las siguientes sustancias?	100	100	97.22	100	99.31
26. ¿Con qué frecuencia utiliza protector solar?	100	94.44	94.44	97.22	95.14
27. ¿Cuántas veces a la semana suele bañarse?	94.44	97.22	100	100	97.92
28. Regularmente, ¿utiliza crema para cara, cuerpo, cuello y/o para manos?	91.67	88.89	94.44	91.67	91.67
29. ¿En qué momento suele cortar las uñas de manos y pies?	96.88	96.88	96.88	90.63	95.31
30. ¿En qué situaciones suele lavarse las manos?	100	100	100	100	100
31. Cuando no puede lavarse las manos con jabón, ¿utiliza gel antibacterial u otro tipo de desinfectante?	100	100	100	100	100
32. ¿En qué situaciones suele utilizar anteojos o lentes de contacto?	100	97.22	100	94.44	97.92
33. ¿Suele utilizar lentes de sol?	100	100	100	97.22	99.31
34. ¿Con qué frecuencia se realiza las siguientes mediciones?	94.44	100	100	100	98.61
35. ¿Con qué frecuencia suele asistir a los siguientes servicios de salud?	100	100	100	100	100

(Continúa)

**Tabla 10.** *Porcentajes de acuerdo de jueces por categoría y totales (por reactivo) (Continuación)*

<b>Reactivo</b>	<b>Suficiencia</b>	<b>Claridad</b>	<b>Coherencia</b>	<b>Relevancia</b>	<b>% total</b>
36. ¿Cuenta con las vacunas recomendadas para su rango de edad y condición de salud?	94.44	97.22	94.44	100	96.53
37. ¿Con qué frecuencia suele realizarse los siguientes estudios?	91.67	100	97.22	94.44	95.83
38. Cuando asiste con el médico y con otros profesionales de la salud, ¿usted les informa sobre todos los tratamientos farmacológicos y alternativos que está llevando en ese momento?	100	100	100	100	100
39. ¿Suele concluir los tratamientos farmacológicos recetados, aún después de notar mejoría en su salud?	100	100	100	100	100
40. ¿Consumo los medicamentos recetados tal como le fueron indicados?	100	100	100	100	100
41. De la siguiente lista, seleccione los motivos por los cuales se le puede dificultar cumplir con el tratamiento médico que le fue indicado	100	100	100	100	100
42. Cuando viaja en vehículos, ¿con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad?	91.67	97.22	100	97.22	96.53
43. En los últimos años, ¿ha mantenido relaciones sexuales?	100	100	100	100	100
44. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia hace uso de condón?	97.22	100	100	100	99.31
45. ¿Se ha realizado pruebas para detectar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?	97.22	94.44	97.22	100	97.22
46. Marque la frecuencia con la que suele realizar cada una de las siguientes actividades	100	100	97.22	100	99.31

\*Porcentajes que no cumplen con el criterio  $\geq 80\%$  de acuerdo.

Como se puede observar, todos los reactivos tuvieron un porcentaje total mayor a 80. Solamente el reactivo número 17 tuvo el porcentaje más bajo (85.42%), pero se mantuvo en el cuestionario porque cumplió con el criterio de conservación. Sin embargo, como los porcentajes de las categorías de claridad y coherencia de este reactivo fueron menores a 80 (77.78% en cada uno), como el porcentaje de relevancia fue de 100 y como fue sugerido por las y los jueces, se decidió dividirlo en dos: a) “¿Suele consumir café o té con cafeína (por ejemplo, verde, negro, etc.) por las tardes o por las noches?” y b) “¿Suele consumir bebidas alcohólicas por las tardes o por las noches?”].

Por último, se calculó el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall para conocer el valor de acuerdo entre los jueces. El valor  $W$  de Kendall señala la fuerza de la concordancia: mientras más se acerque el valor a 1, mayor concordancia entre jueces (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). El valor obtenido en este análisis fue de .16 ( $p = .007$ ), lo cual corresponde a una concordancia muy débil (Power et al., 2020), pero significativa.

#### *Sexta etapa: modificaciones al cuestionario*

Finalmente, se retomaron las sugerencias de las y los jueces expertos sobre el cuestionario y se modificó la redacción de varios reactivos. Al consentimiento informado se agregó información sobre el tiempo aproximado para contestar el cuestionario. A la sección de datos sociodemográficos se agregaron las siguientes opciones: a) opción de “Otro” en el reactivo de Sexo, b) opción de “Otro” en el reactivo de Estado civil y c) opción de “No deseo responder” en el reactivo de Ingresos mensuales aproximados. En la Tabla 11 se muestra la versión modificada de los reactivos sobre hábitos y conductas saludables, ordenados por dimensiones.

**Tabla 11**

*Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de las y los jueces*

---

**Alimentación balanceada**

---

1. ¿Cuántas veces al día suele ingerir alimentos? (Incluya colaciones)
  2. Señale la frecuencia con la que suele consumir cada uno de los siguientes alimentos y bebidas en una semana. Si lo consume menos de una vez a la semana (por ejemplo, 1 vez al mes), escoja la opción de “Rara vez”
  3. ¿Qué cantidad de agua o de otros líquidos suele consumir diariamente? (1 litro de agua equivale a 4-5 vasos)
  4. ¿Toma algún tipo de suplemento alimenticio? (por ejemplo, vitaminas, zinc, calcio)
  5. De la siguiente lista, seleccione lo que suele utilizar para cocinar y para dar sabor a sus comidas o bebidas:
- 

**Higiene personal y cuidado de la piel**

---

6. ¿Cuántas veces al día suele cepillarse los dientes?
  7. De la siguiente lista, seleccione los productos de limpieza bucal que suele utilizar
  27. ¿Con qué frecuencia utiliza protector solar?
  28. ¿Con qué frecuencia suele bañarse en una semana?
  29. Regularmente, ¿utiliza crema hidratante para la piel (cuerpo, cara, manos, pies, etc.)?
  30. ¿En qué momento suele cortar las uñas de manos y pies?
  31. ¿En qué situaciones suele lavarse las manos?
  32. Cuando no puede lavarse las manos con jabón, ¿utiliza gel antibacterial u otro tipo de desinfectante?
- 

**Actividad física y ejercicio**

---

8. ¿Cuántas horas al día suele pasar sentado (a) o acostado (a)? No cuente el tiempo que pasa dormido (a) ni el de las siestas
  9. De la siguiente lista, marque con una X las actividades y ejercicios que realiza regularmente. Especifique cuántos días a la semana las hace y el tiempo que dedica a ellas
- 

**Sueño e higiene del sueño**

---

10. ¿Cuántas horas suele dormir? (excluyendo el tiempo de las siestas)
  11. En promedio, ¿cuántas veces se despierta por las noches?
- 

(Continúa)

**Tabla 11.** *Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de las y los jueces (Continuación)*

- 
12. Después de dormir, ¿se siente descansado (a)?
13. ¿Tiene un horario fijo para acostarse y levantarse?
14. ¿Con qué frecuencia toma siestas?
15. ¿En qué momento suele tomar las siestas?
16. En promedio, ¿cuánto tiempo dura cada siesta?
17. ¿Suele consumir café o té con cafeína (por ejemplo, verde, negro, etc.) por las tardes o por las noches?
18. ¿Suele consumir bebidas alcohólicas por las tardes o por las noches?
19. ¿Suele comer o tomar líquidos de forma abundante pocas horas antes de ir a dormir?
20. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir (p. ej., cepillarse los dientes, ponerse pijama, etc.)?
- 

**Consumo de sustancias**

---

21. ¿Con qué frecuencia suele consumir bebidas alcohólicas?
22. Seleccione qué tipo de sustancias alcohólicas suele consumir
23. Cuando consume alcohol, ¿qué cantidad suele beber en un día?
24. ¿Con qué frecuencia consume tabaco?
25. Cuando fuma, ¿cuántos cigarrillos consume en un día?
26. En los últimos 3 meses, ¿ha consumido algún (as) de las siguientes sustancias sin prescripción o supervisión médica?
- 

**Cuidado de los ojos y de la visión**

---

33. ¿En qué situaciones suele utilizar anteojos o lentes de contacto?
34. ¿Suele utilizar lentes de sol?
- 

**Prevención y control de infecciones y enfermedades**

---

35. ¿Con qué frecuencia se realiza las siguientes mediciones?
36. ¿Con qué frecuencia asiste a los siguientes servicios de salud?
37. ¿Qué vacunas le aplican regularmente y con qué frecuencia?
38. ¿Con qué frecuencia suele realizarse los siguientes estudios?
- 

(Continúa)

**Tabla 11.** *Modificaciones al cuestionario de acuerdo con las sugerencias de las y los jueces (Continuación)*

---

44. En los últimos 5 años, ¿ha mantenido relaciones sexuales?

45. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia hace uso de condón (femenino o masculino)?

46. ¿Se ha realizado pruebas para detectar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (por ejemplo, VIH, virus de papiloma humano, sífilis, herpes, etc.)?

---

**Adherencia terapéutica**

---

39. Cuando asiste con el médico y con otros profesionales de la salud, ¿usted les informa sobre todos los tratamientos farmacológicos y alternativos que está llevando en ese momento?

40. ¿Suele concluir los tratamientos farmacológicos recetados, aún después de notar mejoría en su salud?

41. ¿Consume los medicamentos recetados tal como le fueron indicados?

42. De la siguiente lista, seleccione los motivos por los cuales se le puede dificultar cumplir con el tratamiento médico que le fue indicado

---

**Seguridad vial**

---

43. Cuando viaja en automóvil, ¿con qué frecuencia utiliza el cinturón de seguridad?

---

**Estimulación cognitiva y actividades sociales**

---

47. Marque la frecuencia con la que suele realizar cada una de las siguientes actividades. Si no realiza la actividad, seleccione el primer recuadro (nunca)

---



## Discusión

La importancia del estudio y evaluación de los hábitos y conductas saludables radica en su papel dentro del mantenimiento o mejora de la salud. El desarrollo de diversas enfermedades no transmisibles en la vejez (i.e. las enfermedades cardiovasculares) está relacionado con la práctica prolongada de hábitos y conductas nocivas para la salud (Jun et al., 2017) y éstas representan altos costos económicos, tanto a nivel individual o familiar como a nivel institucional y gubernamental (Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007), por lo que su prevención se ha convertido en un tema prioritario de salud pública.

Con el objetivo de crear un tamizaje para detectar hábitos y conductas saludables en la vejez, se elaboró el Cuestionario de Hábitos y Conductas Saludables en Personas Adultas Mayores (HACOSPAM). En el campo de la psicología de la salud, la creación y aplicación de este tipo de instrumentos permite 1) recaudar vastas cantidades de información sobre un amplio grupo de personas, 2) detectar necesidades de la población, 3) identificar factores protectores y de riesgo para la salud, 4) diseñar y evaluar intervenciones y, por tanto, 5) reducir los costos en la atención a la salud (Albala et al., 2005; Kerlinger & Lee, 2002; Lemme, 2003; Zúniga et al., 1999).

Dado que el HACOSPAM no se aplicó en una muestra representativa (y, por lo tanto, no se obtuvieron otras propiedades psicométricas de validez y confiabilidad), los siguientes párrafos se enfocarán en la comparación de este cuestionario con otros similares, en las características de las y los participantes del estudio piloto y en el juicio de expertos.

Comenzando por la comparación con otros estudios y mediciones sobre salud, hábitos o conductas saludables en la vejez, y a diferencia de otras investigaciones (i.e. Amorim et al., 2018; Hernández et al., 2014; Wu et al., 2012), el HACOSPAM no pretende excluir a las

personas participantes por su condición de salud, pues su objetivo es detectar factores protectores y de riesgo para un envejecimiento saludable. Lo importante no es enfocarse solamente en la capacidad intrínseca, sino promover la capacidad funcional (Baumann, 2017; OMS, 2015).

En cuanto a los hábitos y conductas saludables en esta etapa vital, muchos estudios han incorporado la evaluación de la alimentación balanceada. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones solamente se enfocan en el consumo diario de dos grupos de alimentos: las frutas y las verduras (Daskalopoulou et al., 2018, 2019; Sabia et al., 2012; Troncoso et al., 2018). A pesar de que éstos son parte de una alimentación saludable, se deja de lado otros aspectos de la nutrición que son igual de importantes. Pocas investigaciones han aplicado instrumentos que evalúen otros grupos de alimentos, como Hendi & Leshem (2014), Jun et al. (2017); Leyton et al. (2018) y Zanjani et al. (2004), quienes incluyeron platillos típicos del país o alimentos de origen animal (i.e. pescado, cerdo). Ninguno de los estudios realizados en México o en países latinoamericanos que fueron revisados en este trabajo aplicaron instrumentos que incluían otros grupos de alimentos, por lo que, para ampliar esta sección en el HACOSPAM, se utilizaron manuales técnicos de frutos, verduras y frutas (ABC de frutas y verduras, 2005) y tablas de composición de alimentos para la población mexicana del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (2016) y de la Secretaría de Salud (2010). Como fue llevado a cabo en ciertas investigaciones (i.e. Hendi & Leshem, 2014; Troncoso et al., 2018), la clasificación de los alimentos en cada uno de sus grupos permitirá hacer una estimación un poco más precisa sobre el contenido nutricional de la dieta.

Otro aspecto poco evaluado en esta dimensión está relacionado con el número de comidas realizadas durante el día y si se llevan a cabo en horarios fijos. Por ejemplo, Leyton et al. (2018) evaluaron el apego a horarios fijos para desayunar, comer y cenar. En el HACOSPAM se diseñó un reactivo sobre la cantidad de ocasiones en las que se ingieren alimentos, sin especificar si éstos se consumen en horarios establecidos.

Pocas publicaciones incluían más componentes de la alimentación balanceada, como la preparación de los alimentos. Si los instrumentos incluían esa información, generalmente se hacía referencia al uso de aceites, sal, azúcar, chiles o grasas al cocinar (Hendi & Leshem; 2014; WHO, 2018b; Zanjani et al., 2004). Algunos otros (i.e. Troncoso et al., 2018) estimaban el consumo de sal mediante análisis de orina. En el HACOSPAM no solamente se incluyeron las sustancias mencionadas anteriormente, sino que también incluyó sus sustitutos y otros condimentos que son muy utilizados en la cocina mexicana. El beneficio adicional este reactivo es que permitiría detectar si las personas utilizan potenciadores de sabor distintos a la sal, lo cual sería un indicador del riesgo o protección ante ciertas enfermedades no transmisibles (Bautista et al., 2013).

Un tema que solo se había incluido en un estudio fue el uso de suplementos alimenticios, solamente en forma de multivitamínicos (Forellat-Barrios et al., 2012). El reactivo que se incluyó en el HACOSPAM indaga en el consumo de suplementos y también si éstos se consumen bajo supervisión médica.

Por otra parte, la actividad física y ejercicio suelen ser de los hábitos más evaluados. El HACOSPAM, como otros instrumentos, valora el nivel de actividad física de acuerdo con el tipo de actividad realizada -i.e. en actividades domésticas (Daskalopoulou et al., 2019; Jun et al., 2017; WHO, 2018b), laborales (WHO, 2018b) y recreativas o de diversión (Jun et al.,

2017; WHO, 2018b) – y su frecuencia o duración en una semana (Daskalopoulou et al., 2018, 2019; Hendi & Leshem; 2014; Jun et al., 2017; Podhorecka et al., 2017; Troncoso et al., 2018; Zanjani et al., 2004). Solamente algunos instrumentos también incluyen el sedentarismo en esta dimensión y generalmente esta información se obtiene de dos maneras: preguntando sobre el tiempo que se pasa reclinado (a) o sentado (a) (Podhorecka et al., 2017; Troncoso et al., 2018; WHO, 2018b) o indagando en la cantidad de actividad física realizada regularmente (i.e. llevada a cabo dos o menos veces por semana) (Palmberg et al., 2020). Debido a que las personas mayores pueden mantenerse activas sin, por ejemplo, realizar ejercicio físico en forma de actividades deportivas (i.e. llevando a cabo caminatas, haciendo labores domésticas pesadas y bailando) (Ruiz et al., 2013), se decidió evaluar el sedentarismo mediante el tiempo que la persona pasa acostada o sentada.

Otra dimensión abordada por el HACOSPAM fue el sueño. Éste usualmente se ha evaluado mediante el número de horas que duerme la persona (Daskalopoulou et al., 2019; Leyton et al., 2018; Troncoso et al., 2018; Palmberg et al., 2020) o mediante el PSQI (Podhorecka et al., 2017; Wu et al., 2012; Yunus et al., 2019), el cual es un instrumento que explora la calidad del sueño mediante las razones por las que el sueño es interrumpido (i.e. despertares, nocturia, pesadillas, ronquidos, dolor) y el desempeño durante el día (i.e. somnolencia, cansancio, afectación en las actividades sociales). El HACOSPAM incluye reactivos similares sobre sueño, pero también incorpora información que usualmente se suele omitir en otros instrumentos -con excepción de Palmberg et al. (2020)-, que es el tema de las siestas. Posiblemente por la falta de conocimiento sobre los factores que intervienen en qué tan beneficiosas pueden llegar ser, muy pocas investigaciones las han incluido como un hábito o conducta saludable (Guarnieri et al., 2019; Hideki et al., 2019; Milner & Cote, 2009).

Además del tema de las siestas, es poco frecuente encontrar instrumentos que incluyan a la higiene del sueño. Solamente la investigación de Zanjani et al. (2004) valoraba el consumo de café, té con cafeína y refrescos. Sin embargo, los autores clasificaron el reactivo como parte de la alimentación y no como higiene del sueño. Ya que estos hábitos tienen un papel importante en la iniciación y mantenimiento del sueño en la vejez (Estrella & Torres, 2015; Goldschmied et al., 2020; Horowitz, 2020; IMSS, 2018; Liu et al., 2019), el HACOSPAM incluyó algunos reactivos para evaluar estos componentes.

Ahora bien, el consumo de sustancias es otro elemento ampliamente incluido en otros instrumentos. No obstante, la mayoría se enfocan en el consumo de tabaco (Daskalopoulou et al., 2018, 2019; Hendi & Leshem; 2014; Jun et al., 2017; Leyton et al., 2018; Sabia et al., 2012; Troncoso et al., 2018; WHO, 2018b; Zanjani et al., 2004) o de alcohol (Daskalopoulou et al., 2018, 2019; Jun et al., 2017; Sabia et al., 2012; Troncoso et al., 2018; WHO, 2018b; Zanjani et al., 2004). Además, se suele considerar el consumo moderado de alcohol como una conducta saludable en la vejez (Daskalopoulou et al., 2019; Sabia et al., 2012). Algunos autores (Han & Moore, 2018; INGER, s/f; Souza & Cruz, 2008) han sugerido que este grupo etario evite ingerir bebidas alcohólicas por las siguientes razones: 1) algunos de los medicamentos que se consumen pueden interactuar negativamente con el alcohol, 2) las personas mayores suelen presentar una enfermedad crónica donde se contraindica este consumo (i.e. diabetes, úlceras, hipertensión) o 3) la vejez va acompañada de cambios físicos (i.e. la disminución de la facultad del hígado para metabolizar el alcohol y la reducción de la masa corporal) que favorecen el mantenimiento de altos niveles de esta sustancia en la sangre y decrementan la tolerancia al alcohol, lo cual tiene un mayor impacto en la psicomotricidad y aumenta el adormecimiento y el tiempo de reacción, incrementando las probabilidades de

tener accidentes o caídas. Por lo tanto, que el consumo moderado de alcohol sea evaluado como saludable o no depende del patrón de consumo y de las características de salud de la persona (Sacco, 2016).

Pocos instrumentos incorporaron otros aspectos importantes sobre el consumo de sustancias, como el tipo de tabaco consumido (Jun et al., 2017; WHO, 2018b). El cuestionario STEPS (WHO, 2018b), en su versión extensa, no solamente se enfoca en la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, sino que divide el consumo de tabaco en productos que se pueden fumar (i.e. cigarrillos fabricados o liados, pipas, puros) y en los que se pueden consumir de otra forma (i.e. masticado), la edad en la que se comenzó a fumar, si alguien ha aconsejado a la persona sobre dejar de fumar y un reactivo sobre fumadores pasivos (éste último no se había encontrado en ningún otro instrumento revisado en este trabajo). El mismo cuestionario tiene una sección sobre consumo de alcohol que indaga en la procedencia del alcohol, problemas para controlar el consumo y dificultades con otras personas que ingieren alcohol. El HACOSPAM solamente incluyó el tipo de bebidas alcohólicas frecuentemente consumidas.

Sólo algunos estudios revisados evaluaron el consumo de medicamentos sin receta (i.e. Caskie et al., 2002). Ninguna de las investigaciones revisadas en esta tesis evaluaba el consumo de otras sustancias en la vejez, como la marihuana, los opiáceos y la cocaína. Además, en general existen muy pocos estudios donde se aborda el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, como el de Han & Moore (2018) y Souza & Cruz (2008). Por esa razón, en el HACOSPAM se incluyó un reactivo que indaga en el consumo de medicamentos sin receta y solamente se incorporaron las sustancias psicoactivas reportadas en los estudios mencionados anteriormente. Como los instrumentos enfocados únicamente en personas

mayores no indagan en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, el reactivo incluido en el Cuestionario se basó en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (OPS & OMS, 2011).

Las dimensiones mencionadas a continuación, las que fueron incluidas en el HACOSPAM, fueron todavía menos frecuentes en los instrumentos psicométricos revisados. La primera fue la higiene personal y el cuidado de la piel. Únicamente Zanjani et al. (2004) valoraron el cuidado dental mediante el cepillado de los dientes. Otra investigación aplicó un cuestionario sobre el cuidado dental, pero todo estaba enfocado en los conocimientos sobre las funciones de los dientes y el cepillado dental (González et al., 2013). Aparte del cuidado dental, ningún otro instrumento consideraba otros aspectos sobre la higiene personal o el cuidado de la piel.

Otro aspecto al parecer ignorado en diversas investigaciones es el del cuidado de los ojos y de la visión. Solamente Zanjani et al. (2004) incluyeron un reactivo sobre los chequeos médicos de los ojos, pero su cuestionario no contenía más reactivos sobre otras conductas relacionadas con la protección de estos órganos. Como mencionan algunos autores, los problemas visuales en la vejez pueden provocar accidentes, dificultades para llevar a cabo actividades, entre otras situaciones adversas (Belsky, 1996; Cieza et al., 2017; de Azevedo et al., 2017; Papalia & Martorell, 2017; Schaie, 2003), por lo que su cuidado forma parte de la prevención de estas complicaciones.

La siguiente dimensión raramente abordada en otros instrumentos fue la de los chequeos médicos. El cuestionario STEPS de la OMS (WHO, 2018b) incluye varias secciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, como presión arterial alta, diabetes, colesterol elevado, enfermedades cardiovasculares y cáncer de

cuello uterino. Por su parte, Zanjani et al. (2004) incluyeron chequeos específicos como parte del cuidado de la salud, como el dental, el de algunos órganos sensoriales (vista y oído), el físico y el del colesterol. Este último estudio también fue el único que incluyó la vacunación de la influenza como parte de las conductas saludables. El HACOSPAM, además de incluir lo mencionado anteriormente, evalúa otras mediciones físicas, vacunas y servicios de salud, tanto especializados como generales. Respecto a la vacunación, el instrumento incluyó los tres tipos de vacunas señalados por el esquema nacional de vacunación (Gutiérrez-Robledo et al., 2016; IMSS, 2015; Secretaría de Salud, 2015).

Los únicos cuestionarios que se revisaron en este trabajo y que estaban enfocados en la sexualidad de las personas mayores se enfocaban en preguntas sobre la práctica de relaciones sexuales, el deseo sexual, la satisfacción sexual, creencias sobre sexualidad o si estaban interesados (as) en recibir información sobre la sexualidad en la vejez (Perdomo et al., 2013; Valdés & Hernández, 2009). Ninguno de los instrumentos revisados incluía reactivos sobre el uso de condón femenino o masculino ni sobre la realización de pruebas para detectar ITS. Esto podría estar relacionado con creencias erróneas sobre la sexualidad en la senectud o en la idea de que las ITS solamente se presentan en la población joven (Annan, 2002; Hanzeliková, 2006). Puesto que la información sobre estos temas continúa siendo escasa, el HACOSPAM solamente incluyó tres reactivos sobre la salud sexual, enfocados principalmente en la prevención de ITS.

Por otra parte, la evaluación de la adherencia terapéutica en esta etapa de la vida se ha enfocado en el consumo de fármacos tal como fueron recetados (Caskie et al., 2002) o en estrategias que facilitan la adherencia farmacológica (Boron et al., 2006). El HACOSPAM contiene una serie de reactivos enfocados en el seguimiento de las indicaciones médicas sobre



el uso de los fármacos, pero el cuestionario también podría utilizarse para evaluar otros signos de adherencia, ya que ésta no se limita únicamente al tratamiento farmacológico, sino a la modificación de conductas y hábitos perjudiciales para la salud (Nuñez, 2014; Sarafino & Smith, 2014; Taylor, 2007), por mencionar algunos.

En el caso de las conductas sobre seguridad vial, solamente un instrumento incluyó el uso del cinturón de seguridad como parte de las conductas saludables (Zanjani et al., 2004). Debido a algunos cambios físicos, existen dudas sobre las capacidades de las personas adultas mayores para conducir adecuadamente (Barco & Carr, 2021; Belsky, 1996; Zanjani et al., 2004), pero es necesario conocer más información sobre las personas mayores mexicanas que siguen conduciendo para contemplar la inclusión de más reactivos sobre esta dimensión.

Finalmente, ninguna de las investigaciones e instrumentos revisadas incluyó una sección sobre estimulación cognitiva y pocos estudios evaluaban las actividades y el apoyo social como parte del envejecimiento saludable, aunque éstos tenían un corte cualitativo, como el estudio de Pelcastre-Villafuerte et al. (2011), donde se llevaron a cabo grupos focales.

Ahora bien, las características de las y los participantes del estudio piloto no concordaron con las obtenidas en otros estudios, lo cual puede deberse al tipo de muestra seleccionada. La característica más llamativa es que la mayoría de las y los participantes contaba con una escolaridad de nivel medio superior o superior, lo cual no es representativo de la población adulta mayor mexicana, pues la mayor parte de esta población tiene un bajo nivel educativo (Shamah-Levy et al., 2008; Souza & Cruz, 2008). La otra característica que llama la atención está relacionada con la anterior: la mayoría de las y los participantes tenían acceso a servicios de salud como el IMSS o ISSSTE, principalmente, y solamente una

persona no contaba con ningún seguro. Esto no concuerda con lo obtenido en otros estudios, ya que un considerable porcentaje de personas mayores en el país no cuenta con derechohabencia (Shamah-Levy et al., 2008; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Por último, para conocer la validez de contenido del cuestionario se realizó un juicio de expertos y se calcularon los porcentajes de acuerdo y el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall. El valor obtenido de este último análisis fue muy débil, pero significativo. Esto pudo deberse a una o varias de las siguientes razones. Primero, la muestra de las y los jueces que participaron en el juicio de expertos posiblemente no fue homogénea. De acuerdo con Skjong & Wentworth (2001), es importante que todos (as) cuenten con entrenamiento, experiencia y educación lo más similar posible, así como que tengan las siguientes características: 1) conocimientos y experiencia sobre el tema, 2) experiencia realizando juicios y tomando decisiones basadas en el tema (i.e. investigación, años de experiencia, grados, publicaciones, etc.), 3) buena reputación en la comunidad científica, 4) deseo e intención de participar, 5) ser imparciales y 6) poseer cualidades como adaptabilidad y autoconfianza. Segundo, es probable que hubiera una falta de entrenamiento en el tema evaluado por el cuestionario, que necesitaría del siguiente procedimiento: 1) introducir e instruir a las y los jueces en el proceso del juicio, 2) proporcionar información detallada sobre el contexto en el que se desarrolla el problema, 3) interrogar a las y los jueces sobre los parámetros utilizados y 4) guiar a las y los jueces en la discusión para obtener información importante (Skjong & Wentworth, 2001). Tercero, el valor del  $W$  de Kendall pudo estar relacionado con el contenido del cuestionario y la forma de redacción de algunos reactivos, por lo que es posible que éste sea distinto si se vuelve a realizar un juicio de expertos con la versión modificada del HACOSPAM.

### Sugerencias y limitaciones

La idea inicial del HACOSPAM era aplicarlo y obtener todas sus cualidades psicométricas. Sin embargo, debido a la pandemia de SARS-CoV-2 se decidió no realizar la aplicación a gran escala, pues, en caso de contagio, las personas mayores tienen más probabilidades de presentar complicaciones o de fallecer (WHO, 2020a). Por lo tanto, no se obtuvo la validez de constructo y confiabilidad del cuestionario. Una alternativa era realizar aplicaciones en línea, pero esta opción era poco factible por la brecha digital que permanece en este grupo etario (Sunkel & Ullmann, 2019).

Debido a las últimas modificaciones realizadas al instrumento, es conveniente hacer un nuevo juicio de expertos para verificar la validez de contenido mediante los porcentajes de acuerdo y el *W* de Kendall. Otra opción para validar el contenido del Cuestionario es utilizar el método Delphi, que consiste en compartir las medianas obtenidas de las respuestas de los jueces y solicitarles reflexionar sobre su juicio hasta obtener un acuerdo sobre la representatividad del cuestionario (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). Sin embargo, este último método podría mostrar sesgos, ya que el juicio puede verse “alterado” por las opiniones extremas o por lo que responde la mayoría (Skjong & Wentworth, 2001).

Asimismo, una futura revisión del HACOSPAM podría considerar la adición o modificación de los reactivos para algunas dimensiones. Como fue señalado en la discusión, para la dimensión de alimentación balanceada se podría modificar o añadir un reactivo sobre el seguimiento de los horarios de comida. Dado que no realizar las comidas en horarios regulares se ha relacionado con enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad (ya que dificulta la sincronización del sistema circadiano) (Bohórquez, 2017), sería importante identificar los horarios como factor protector o de riesgo para la salud en las

personas mayores. Por otra parte, la dimensión de consumo de sustancias podría incorporar el tipo de tabaco, los fumadores pasivos y la procedencia de las bebidas alcohólicas.

El reactivo sobre vacunación incluyó solamente las vacunas que se encuentran en el esquema nacional de vacunación. Dado que se han creado nuevas vacunas para la prevención de la enfermedad por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) y, ya que se desconoce la duración de la protección de estas vacunas (OPS, 2021), es posible que sea necesario incluirlas en el Cuestionario en cuanto se conozca esta información. En cuanto a la dimensión de seguridad vial, una posterior revisión podría considerar otros reactivos que evalúen, por ejemplo, el uso del paso peatonal o el acatamiento a los señalamientos y semáforos.

La última sugerencia se relaciona con la aplicación del cuestionario a una muestra representativa de personas adultas mayores mexicanas para obtener otros tipos de propiedades psicométricas esenciales en el proceso de construcción de instrumentos, como la confiabilidad y otros tipos de validez (de constructo y de criterio).

## Referencias

- ABC de frutas y verduras. (2005). Manual técnico de frutas y verduras. En *ABC de las frutas y verduras*. Grupo PM.
- Abellán, A., y Pérez, J. (2018). Implicaciones sociales del envejecimiento demográfico. *Tiempo de paz*, 130, 23–31.
- Agency for Healthcare Research and Quality, & U.S. Preventive Services. (2014a). *Hombre: Conserve su salud después de los 50*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Agency for Healthcare Research and Quality, & U.S. Preventive Services. (2014b). *Mujer. Conserve su salud después de los 50*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://archive.ahrq.gov/patients-consumers/prevention/lifestyle/women50sp.pdf>
- Aguilar-Salinas, C. A. (2013). Comentarios a la ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55, S347–S354.
- Aguilera, M. (2010). *Salud y jubilación*. Página Seis.
- Albala, C., Lebrao, M. L., León, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., Peláez, M., y Pratts, O. (2005). Encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 17(5/6), 307–322. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500003>
- Alhawassi, T. M., Krass, I., Bajorek, B., & Pont, L. G. (2014). A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2079–2086. <https://doi.org/10.2147/CIA.S71178>
- Aliani, M., Udenigwe, C. C., Girgih, A. T., Pownall, T. L., Bugera, J. L., & Eskin, M. N. A. (2013). Zinc Deficiency and Taste Perception in the Elderly. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 53, 245–250. <https://doi.org/10.1080/10408398.2010.527023>
- Álvarez, R. (2013). Mitos y realidades de la vejez. En O. Rivero (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 59–72). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Pirámide.
- Amorim, L., Magalhães, R., Coelho, A., Silva, P., Portugal-Nunes, C., Costa, T., Marques, P., Sousa, N., & Correia, N. (2018). Poor Sleep Quality Associates With Decreased Functional and Structural Brain Connectivity in Normative Aging: A MRI Multimodal Approach. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00375>
- Annan, K. (2002). *El VIH/SIDA y las personas de edad*. Naciones Unidas.
- Ángeles-Castellanos, M., Becerril, C., Cervantes, G., Rojas-Granados, A., Salgado-Delgado, R., y Escobar, C. (2011). Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(2), 33–40.

- Aranda, C., Pando, M., y Aldrete, M. (2001). Jubilación, depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor en la Zona Metropolitana de Guadalajara. *Investigación en Salud*, 3(3), 193–199.
- Arias, C. J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147–158.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Kairós Gerontología*, 16(4), 313–329.
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317–324. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
- Baraniak, A. (2013). Promoting the Application of Health Psychology in Primary Health Care. En M. Forshaw & D. Sheffield (Eds.), *Health Psychology in Action* (pp. 17–27). Wiley-Blackwell.
- Barco, P. P., y Carr, D. B. (2021, 9 septiembre). *La conducción en la tercera edad*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/la-conducci%C3%B3n-en-la-tercera-edad/la-conducci%C3%B3n-en-la-tercera-edad>
- Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2018). Organisational enablers and barriers to the recognition of sexuality in aged care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 858–868. <https://doi.org/10.1111/jonm.12743>
- Baumann, S. L. (2017). Engaging and Honoring Older Adults in Research. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 65–66. <https://doi.org/10.1177/0894318416680706>
- Bautista, E. N., Tanchoco, C. C., Tajan, M. G., & Magtibay, E. V. J. (2013). Effect of flavor enhancers on the nutritional status of older persons. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 17(4), 390–392. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0438-9>
- Beauvoir, S. de. (2016). *La vejez*. Penguin Random House.
- Becoña, E., Fernández, E., López, A., Míguez, M., Castro, J., Nogueiras, L., Flórez, G., Álvarez, S. y Vázquez, D. (2011). La escala breve de evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. *Psichotema*, 23(1), 126-132.
- Bedworth, D. A., & Bedworth, A. E. (2010). *Dictionary of health education*. Oxford. <https://doi.org/10.5860/choice.47-2352>
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Masson.
- Bennett, P., y Murphy, S. (2001). Mediadores psicosociales de la salud. En M. García, M. Rojas, y B. I. Vargas (Eds.), *Psicología clínica y de la salud. Perspectivas teóricas* (pp. 368–386). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Bohórquez, A. (2017). *Efecto del horario de alimentación en el ritmo circadiano, obesidad y alteraciones metabólicas relacionadas. Revisión sistemática* [Tesis de doctorado]. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Boron, J. B., Rogers, W. A., & Fisk, A. D. (2006). Medication adherence strategies in older adults. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society*, 170–174. <https://doi.org/10.1177/154193120605000201>
- Briceño-León, R., Minayo, M. C. de S., y Coimbra, C. E. A. (2000). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. En *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415122>
- Brigeiro, M. (2005). “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1), 102–109.
- Carbajo, M. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 18, 237–254.
- Caskie, G. I. L., Zanjani, F., Schaie, K. W., & Willis, S. (2002). A Comparison of Self-reported Medication Use to Actual Prescription Records. *Annual Meeting of the Gerontological Society of America*
- Castañeda, M. (2001). *Deterioro cognitivo incipiente: un estudio con Spect de activación y neuropsicología* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castellano, C. L., y de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259–278. <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/261/estereotipos-viejistas-en-ancianos-actualizaci-ES.pdf>
- Castrejón-Pérez, R. C., Jiménez-Corona, A., Bernabé, E., Villa-romero, A. R., Arrivé, E., Dartigues, J., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Borges-Yáñez, S. A. (2017). Oral Disease and 3-Year Incidence of Frailty in Mexican Older Adults. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 72(7), 951–957. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw201>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2020). *Estigma y discriminación*. [censida.gob.mx. https://www.gob.mx/censida/es/articulos/estigma-y-discriminacion?idiom=es](https://www.gob.mx/censida/es/articulos/estigma-y-discriminacion?idiom=es)
- Chara, P. J. (2019). Sleep. En *Salem Press Encyclopedia of Science*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=87690398&lang=es&site=eds-live>
- Chaves, R. A. P. (2015). Sleep disturbances and mild cognitive impairment: A review. *Sleep Science*, 8(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2015.02.001>
- Chen, C.-Y. (2019). Comparison of two health measurements among older adults. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1001–1010. <https://doi.org/10.1177/1359105317736574>

- Cieza, A., Kocur, I., Mariotti, S., & McCoy, M. (2017). The future of eye care in a changing world: Call for papers. *Bulletin of the World Health Organization*, *95*, 667. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202952>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* [Const.] (1917), Artículo 4. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Cordonnier, M. P., Olivera, I. E., y Tabera, E. M. (1999). *Los viejos... Los otros. El maltrato hacia los ancianos desde un enfoque social*. web.archive.org. [https://web.archive.org/web/20101216173546/http://naya.org.ar/congresos/contenido/3ra\\_edad/2/13.htm](https://web.archive.org/web/20101216173546/http://naya.org.ar/congresos/contenido/3ra_edad/2/13.htm)
- Cowdell, F., & Garrett, D. (2014). Older people and skin: challenging perceptions. *British Journal of Nursing*, *23*(12), S4–S8. <https://doi.org/10.4324/9781351169486-11>
- Craig, G. (2016). Aging: An insider's look. *Raritan*, *35*(4), 143–159.
- Craig, G. J., y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Pearson.
- D'Hyver, C. (2013). Sarcopenia. En Octavio (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 225–243). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Daskalopoulou, C., Koukounari, A., Ayuso-Mateos, J. L., Prince, M., & Prina, A. M. (2018). Associations of Lifestyle Behaviour and Healthy Ageing in Five Latin American and the Caribbean Countries-A 10/66 Population-Based Cohort Study. *Nutrients*, *10*, 1–12. <https://doi.org/10.3390/nu10111593>
- Daskalopoulou, C., Koukounari, A., Wu, Y.-T., Muniz, G., Caballero, F. F., de la Fuente, J., Tyrovolas, S., Panagiotakos, D. B., Prince, M., & Prina, M. (2019). Healthy ageing trajectories and lifestyle behaviour: the Mexican Health and Aging Study. *Scientific Reports*, *9*. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-47238-w>
- De Azevedo, A., Oliveira, A., Partezani, R. A., Paredes, M., de Almeida, J., y Rangel, L. F. (2017). Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>
- Diario Oficial de la Federación (2002, 25 de junio). *Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245\\_200521.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_200521.pdf)
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, *6*, 27–36. [https://doi.org/10.1016/0032-3861\(78\)90049-6](https://doi.org/10.1016/0032-3861(78)90049-6)
- Estrella, I. M., y Torres, M. T. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*, *26*(4), 123–126.
- Feng, Z., Lugtenberg, M., Franse, C., Fang, X., Hu, S., Jin, C., & Raat, H. (2017). Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS ONE*, *12*(6), e0178383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178383>



- Fernández-Ballesteros, R. (2014). Envejecimiento activo: posibilidades y limitaciones de la edad. En M. E. Medina y M. J. Catalán (Eds.), *Psicología y envejecimiento* (pp. 15–55). Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Fernández-Villa, J. M., Márquez, D. X., Sánchez-Garrido, N., Pérez-Zepeda, M. U., & González-Lara, M. (2017). Association of Healthy Habits Beliefs and Mortality in Older Adults: A Longitudinal Analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health, 29*(6), 973–985. <https://doi.org/10.1177/0898264317719130>
- Fish, D. (2013). *Health psychology. An interdisciplinary approach to health*. Routledge. <https://doi.org/10.1119/1.1341949>
- Fishman, E. (2017). Risk of Developing Dementia at Older Ages in the United States. *Demography, 54*, 1897–1919. <https://doi.org/10.1007/s13524-017-0598-7>
- Fletcher, K. (2005). Skin: Geriatric Self-Learning Module. *Medsurg nursing, 14*(2), 138–142.
- Forrellat-Barrios, M., Hernández-Hernández, A., Guerrero-Molina, Y., Domínguez-López, Y., Naranjo-Cobas, A. I., y Hernández-Ramírez, P. (2012). Importancia de los ejercicios físicos para lograr una ancianidad saludable. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 28*(1).
- Frager, R., y Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad*. Alfaomega.
- Fundación de Investigaciones Sociales. (s/f). *Glosario-Trago estándar*. [tragoestandar.org](http://www.tragoestandar.org). <http://www.tragoestandar.org.mx/glosario/>
- Gallardo-Peralta, L., Cuadra-Peralta, A., Cámara-Rojo, X., Gaspar-Delpino, B., y Sánchez-Lillo, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista médica de Chile, 145*(2), 172–180. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000200004>
- García, M., Castillo, A., Guzmán, R. M. E., y Martínez, J. P. (2010). *Medición en Psicología: del individuo a la interacción*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: The psychology of “habit-formation” and general practice. *British Journal of General Practice, 664*–666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 26*, 161–175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Gewirtz-Meydan, A., Levkovich, I., Mock, M., Gur, U., & Ayalon, L. (2019). Promoting a discussion on later life sexuality: Lessons from sexologist physicians. *Sexual and Relationship Therapy, 34*(2), 193–210. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1437258>

- Giraldo, A., Toro, M. Y., Macías, A. M., Valencia, C. A., y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128–143.
- Giró, J. (2005). Envejecimiento, salud y dependencia. En *Biblioteca de Investigación* (Vol. 42). Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones. <https://dialnet.unirioja.es/download/libro/6366.pdf>
- Goldschmied, J. R., Deldin, P. J., & Patricia, J. (2020). Sleep hygiene. En *Salem Press Encyclopedia of Health*.
- Gonzalés, R. M., Hechavarría, G., Batista, N. M., y Cueto, A. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Revista Cubana de Estomatología*, 54(1), 60–71.
- González, A. J. (2013). *Rehabilitación cognitiva personas adultas mayores deterioro cognitivo leve* [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, R. M., Madrazo, D. E., y Osorio, M. (2013). Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Revista Cubana de Estomatología*, 50(3), 284–291.
- Gorman, B., & Oyarvide, Z. (2018). Sexual Orientation, Socioeconomic Status, and Healthy Aging. *Generations. Journal of the American Society on Aging*, 42(2), 56–60.
- Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L., & Wolfson, T. (2003). Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9(5), 679–689. <https://doi.org/10.1017/S1355617703950016>
- Grossmann, I., Karasawa, M., Izumi, S., Na, J., Varnum, M. E. W., Kitayama, S., & Nisbett, R. E. (2012). Aging and Wisdom: Culture Matters. *Psychological Science*, 23(10), 1059–1066. <https://doi.org/10.1177/0956797612446025>
- Gruzieva, T. S., Diachuk, M. D., Inshakova, H. V., Soroka, I. M., & Dufynets, V. A. (2021). Health of the elderly people as the basis for formation of medical and social needs. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 74(3 cz 2), 658–664. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33843630>
- Guarnieri, C., Silva, C. R., Guimarães, M., Ceretta, H., Zancanella, E., Berti, M., Marchiori, T. A., & Ceolim, M. F. (2019). Napping, functional capacity and satisfaction with life in older adults: A population-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1568–1576. <https://doi.org/10.1111/jocn.14768>
- Guidozzi, F. (2015). Gender differences in sleep in older men and women. *Climacteric*, 18, 715–721. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1042451>
- Gutiérrez-Robledo, L., Medina-Campos, R., y Gómez-León, A. (2016). Iniciativa de vacunación para toda la vida. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 21–27.
- Haighton, C. (2016). Thinking Behind Alcohol Consumption in Old Age: Psychological and Sociological Reasons for Drinking in Old Age. En *Alcohol and Aging* (pp. 3–16). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-47233-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47233-1_1)

- Han, B. H., & Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34, 117–129. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.005>
- Hanzelíková, A. (2006). El sida y las personas mayores. *Gerokomos*, 17(2), 82–88. <https://doi.org/10.2165/00002512-199710020-00005>
- Hays, P. (2008). *Addressing cultural complexities in practice. Assessment, diagnosis, and therapy*. American Psychological Association.
- Hendi, K., & Leshem, M. (2014). Salt appetite in the elderly. *British Journal of Nutrition*, 112(10), 1621–1627. <https://doi.org/10.1017/S0007114514002803>
- Hernández-Fernández, E., Bravo-Hernández, N., y Guerrero-Frómeta, F. A. (2017). La educación de la sexualidad: un reto en el adulto mayor en los círculos de abuelos. *Revista Cultura Física y Deportes de Guantánamo*, 12, 51–60.
- Hernández, Z. E., Ehrenzweig, Y., y Vázquez, J. M. (2014). Cómo tener una vejez saludable: la respuesta de los adultos mayores autopercebidos como sanos. *Alternativas en Psicología*, 29, 103–125.
- Hideki, F., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2019). Naps and exercise: reinforcing a range of benefits for elderly health. *Chronobiology International*, 36(7), 886–887. <https://doi.org/10.1080/07420528.2019.1602050>
- Hinchliff, S. (2009). Ageing and sexual health in the UK: How should health psychology respond to the challenges? *Journal of Health Psychology*, 14(3), 355–360. <https://doi.org/10.1177/1359105308101673>
- Hinchliff, S. (2016). *Are You Guilty of Positive Ageism?* Psychology benefits society. <https://psychologybenefits.org/2016/10/01/what-is-positive-ageism/>
- Horowitz, D. (2020). Sleep deprivation. En *Salem Press Encyclopedia of Health*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). *Mexico profile*. healthdata.org. <http://www.healthdata.org/mexico>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2015). *Prevención y control de enfermedades* (pp. 88–97). Instituto Nacional del Seguro Social.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2018). *Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones* (p. 217). Instituto Mexicano del Seguro Social. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007\\_GPC\\_CirculacionArtPerif/IMSS\\_007\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007_GPC_CirculacionArtPerif/IMSS_007_08_EyR.pdf)
- Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI), y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2017). *Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2017/06/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios-FINAL.pdf>

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ). (2016). *Tablas de composición de alimentos y productos alimenticios (versión condensada 2015)*. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. [https://www.incmnsz.mx/2019/TABLAS\\_ALIMENTOS.pdf](https://www.incmnsz.mx/2019/TABLAS_ALIMENTOS.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (2020a). *Población*. [inegi.org.mx/temas/estructura/#Informacion\\_general](http://inegi.org.mx/temas/estructura/#Informacion_general)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (2020b). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. [inegi.org.mx](http://inegi.org.mx).  
<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). (s/f). *Factores de riesgo de discapacidad en personas mayores*. [geriatria.salud.gob.mx](http://www.geriatria.salud.gob.mx). <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/triptico-deteccion-factores-riesgo.pdf>
- Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). (2017). *Envejecimiento*. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- Instituto Nacional de Geriátrica (INGER). (2020). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (pp. 1–4). Instituto Nacional de Geriátrica. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/infografia-informacion-clave.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2020). *Día Internacional de las Personas Mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/dia-internacional-de-las-personas-mayores-253761?idiom=es>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2018). *El ABC de los determinantes sociales de la salud*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jarrett, C. (2019). Attachment style through the lifespan. *Psychologist*, 14–15. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=136974900&lang=es&site=eds-live>
- Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. Red Tercer Milenio.
- Jordan, T. (2018). Late Stages of Adult Development: One Linear Sequence or Several Parallel Branches? *Integral Review*, 14(1), 288–299. [http://integral-review.org/current\\_issue/vol-14-no-1-aug-2018/](http://integral-review.org/current_issue/vol-14-no-1-aug-2018/)
- Jun, L., Canqing, Y., Yu, G., Zheng, B., Ling, Y., Yiping, C., Xuefeng, T., Weiyuan, Z., Qian, Y., Huang, Y., Wang, X., Chen, J., Chen, Z., Qi, L., & Liming, L. (2017). Adherence to Healthy Lifestyle and Cardiovascular Diseases in the Chinese Population. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(9), 1116–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.076>
- Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.

- Kim, H. Y., Choe, H. S., Lee, D. S., Yoo, J. M., & Lee, S. J. (2019). Sexual behavior and sexually transmitted infection in the elderly population of South Korea. *Investigative and Clinical Urology*, *60*, 202–209. <https://doi.org/10.4111/icu.2019.60.3.202>
- Kimmel, D. C. (1990). Growing old in a changing world. En *Adulthood and aging: An interdisciplinary, developmental view* (pp. 458–508). Wiley.
- Kiyak, H. A. (1984). Oral health promotion for the elderly. En *Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 967–975). John Wiley & Sons.
- Knapik, A., Brzęk, A., Famuła-Waż, A., Gallert-Kopyto, W., Szydłak, D., Marcisz, C., & Plinta, R. (2019). The relationship between physical fitness and health self-assessment in elderly. *Medicine*, *98*(25), e15984. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015984>
- Lally, P., van Jaarsveld, C., Potts, H., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, *40*, 998–1009. <https://doi.org/10.1002/ejsp>
- Lama, J. (2003). Síndromes geriátricos: características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. *Diagnóstico*, *42*(2). <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html>
- Lehr, U., y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Herder.
- Lemme, B. H. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. Manual Moderno.
- León-A., Lizaraso, F. Promoción de la salud: un tema pendiente. *Horizonte Médico*, *12*(2), 6-7.rcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. E., y Escartín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *47*(3), 277–284.
- Leyton, M., Lobato, S., Batista, M., Aspano, M. I., y Jiménez, R. (2018). Validación del Cuestionario de Estilo de Vida Saludable (Evs) en una población española. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *13*(1), 23–31.
- Lifshitz, A. (2013). Diabetes y trastornos de la nutrición en el adulto mayor. En Octavio (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 256–265). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Light, J., Li, X., & Abbate, S. (2011). Developing cognitive decline baseline for normal ageing from sleep-EEG monitoring using wireless neurosensor devices. En *24th Canadian Conference on Electrical and Computer Engineering (CCECE)*, (pp. 1527–1531). IEEE <https://doi.org/10.1109/CCECE.2011.6030721>
- Liu, X., Chen, J., Zhou, Liu, J., Lertpitakpong, C., Tan, A., Wu, S., & Mao, Z. (2019). The relationship between the number of daily health-related behavioral risk factors and sleep health of the elderly in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*, 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244905>

- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Martínez-Arroyo, J. L., Gómez-García, A., y Saucedo-Martínez, D. (2014). Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*, 150(1), 29–38. <https://doi.org/10.1109/IEDM.2017.8268342>
- Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., Frades-Payo, B., Rojo-Pérez, F., Petidier, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Forjaz, M. J., Prieto-Flores, M. E., y de Pedro, J. (2009). Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.007>
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 3–40). John Wiley & Sons.
- Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance of Gender and Social Support in Self-Rated Health and Life Satisfaction in Elderly Spanish People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2725. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152725>
- Medbø, A., Melbye, H., & Rudebeck, C. E. (2011). “I did not intend to stop. I just could not stand cigarettes any more.” A qualitative interview study of smoking cessation among the elderly. *BMC Family Practice*, 12, 6–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-42>
- Medford, A., Christensen, K., Skytthe, A., & Vaupel, J. W. (2019). A Cohort Comparison of Lifespan After Age 100 in Denmark and Sweden: Are Only the Oldest Getting Older? *Demography*, 56, 665–677. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0755-7>
- MedlinePlus. (2018). *Exámenes de salud para mujeres de 40 a 64 años*. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007467.htm>
- MedlinePlus. (2020a). *Consumo de sustancias*. MedlinePlus.org. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001945.htm>
- MedlinePlus. (2020b). *Exámenes de salud para hombres de 40 a 64 años*. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007465.htm>
- MedlinePlus. (2020c). *Exámenes de salud para hombres de 65 años en adelante*. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007463.htm>
- MedlinePlus. (2020d). *Exámenes de salud para mujeres de 65 años en adelante*. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007463.htm>
- Mejía, J. I. (2013). *El etarismo*. HSB Noticias. <https://hsbnoticias.com/el-etarismo-91051>
- Merchán, E., y Cifuentes, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

- Milner, C. E., & Cote, K. A. (2009). Benefits of napping in healthy adults: Impact of nap length, time of day, age, and experience with napping. *Journal of Sleep Research*, *18*, 272–281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00718.x>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (s. f.). *Sustancias Psicoactivas*. [minjusticia.gov.co](http://minjusticia.gov.co). Recuperado 6 de octubre de 2021, de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Sustancias-Psicoactivas.aspx>
- Morales, F. (1999). La psicología en la atención primaria de la salud. En *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 139–185). Paidós.
- Morell-Mengual, V., Ceccato, R., Nebot-García, J. E., Chaves, I., y Gil-Llario, M. D. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, *4*(1), 77–84. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1270>
- Morris, L. E., & Klunk, C. D. (2016). Revisiting Adult Development. Changing Capacities, Perspectives, and Worldviews. *Adult Learning*, *27*(1), 3–6. <https://doi.org/10.1177/1045159515616239>
- Mueller, I. W. (1997). Common questions about sex and sexuality in elders. *The American journal of nursing*, *97*(7), 61–64. <https://doi.org/10.1097/00000446-199707000-00040>
- Mueller, A. D., Meerlo, P., McGinty, D., & Mistlberger, R. E. (2015). Sleep and adult neurogenesis: Implications for cognition and mood. En P. Meerlo, R. H. Benca, & T. Abel (Eds.), *Sleep, neuronal plasticity and brain function* (pp. 151–181). Springer.
- Murphy, C., & Vertrees, R. (2017). Sensory functioning in older adults: relevance for food preference. *Current Opinion in Food Science*, *15*, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.cofs.2017.05.004>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- National Institute of Aging (NIA). (2017). *El VIH, el SIDA y las personas mayores*. [nia.nih.gov](http://nia.nih.gov). <https://www.nia.nih.gov/espanol/vih-sida-personas-mayores>
- Nordin, S., Almkvist, O., & Berglund, B. (2012). Is loss in odor sensitivity inevitable to the aging individual? A study of “successfully aged” elderly. *Chemosensory Perception*, *5*, 188–196. <https://doi.org/10.1007/s12078-011-9102-8>
- Nuñez, A. J. (2014). *Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años* [Tesis de doctorado]. Universidad de Málaga. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43673>
- Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *16*(1), 9–38.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución*. WHO. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017, 12 diciembre). *La salud mental y los adultos mayores*. who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Actividad física*. who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Preguntas frecuentes: Vacunas contra la COVID-19*. paho.org. <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Módulo 3. Evaluación funcional del adulto mayor. En *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores* (pp. 32–46). Organización Panamericana de la Salud. <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Ortín, F. J., y Garcés, E. J. (2014). Actividad física en personas mayores. En M. E. Medina y M. J. Catalán (Eds.), *Psicología y envejecimiento* (pp. 215–236). Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Pace-Schott, E. F., & Spencer, R. M. C. (2015). Sleep-Dependent Memory Consolidation in Healthy Aging and Mild Cognitive Impairment. En P. Meerlo, R. M. Benca, & T. Abel (Eds.), *Sleep, neuronal plasticity and brain function* (pp. 307–330). Springer.
- Paino, L., Poblet, L., y Ríos, L. (2017). Mayores que viven solos y malnutrición. Estudio SOLGER. *Atencion Primaria*, 49(8), 450–458. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>
- Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H. y Martínez, R. (2017). Evaluación psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1), 95-102.
- Palmberg, L., Viljanen, A., Rantanen, T., Kaprio, J., & Rantakokko, M. (2020). The Relationship Between Sleep Characteristics and Unmet Physical Activity Need in Older Women. *Journal of Aging and Health*, 32(3–4), 199–207. <https://doi.org/10.1177/0898264318814021>
- Papalia, D. E., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw Hill.
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw Hill.



- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., y Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460–470.
- Perdomo, I., Oria, N. L., Segredo, A. M., y Martín, X. (2013). Conducta sexual de los adultos mayores en el área de salud Tamarindo, 2010. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 8–19.
- Pérez-Zepeda, M. U. [Geriatríamx]. (2017). Envejecimiento saludable: la necesidad de una definición operativa: síntesis y discusión [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=CetWOAGYhqM&list=PLncL-7oQYp7EIJWH8NAO-12v\\_ZBbVJpJm&index=2](https://www.youtube.com/watch?v=CetWOAGYhqM&list=PLncL-7oQYp7EIJWH8NAO-12v_ZBbVJpJm&index=2)
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J., y Colunga, C. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 3–10.
- Peters, R., Poulter, R., Warner, J., Beckett, N., Burch, L., & Bulpitt, C. (2008). Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatrics*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-36>
- Pfizer. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida* (p. 11). Pfizer.
- Pineda, J., Ortiz, E., Ayala, F. y Domínguez, B. (2013). Construcción y validación de una prueba mexicana para evaluar el sueño. Resultados preliminares. *Psicología y salud*, 23(1), 10-14.
- Pino, M. R. (2008). Educación para la salud con personas mayores: descripción de una experiencia. *Promotion & education*, 15(3), 58–62. <https://doi.org/10.1177/1025382308095665>
- Podhorecka, M., Cytarska, M., Gębka, D., Perkowski, R., Androsiuk-Perkowska, J., Jaroch, A., Siedlecka-Główczewska, E., Sokołowski, R., Zukow, W., & Kędziora-Kornatowska, K. (2017). Can physical activity influence the quality of sleep among the elderly? *Journal of Education, Health and Sport*, 7(12), 288–305. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Power, E., Falkenberg, K., Elbourn, E., Attard, M. C., & Togher, L. (2020). The test–retest reliability of the Aphasia Attitudes, Strategies and Knowledge (AASK) survey with student health professionals. *Aphasiology*, 35(9), 1–17. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1787943>
- Psychology, Mental Health, and Aging: PHR Conference Report. (1952). *Public Health Reports (1896-1970)*, 67(11), 1124–1129. <http://www.jstor.org/stable/4588301>
- Rissling, M., & Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and aging. En R. Stickgold & M. Walker (Eds.), *The neuroscience of sleep* (pp. 78–84). Elsevier.
- Roijers, J. P., Rakké, Y. S., Hopmans, C. J., Buimer, M. G., de Groot, H. G. W., Ho, G. H., Veen, E. J., Mulder, P. G. H., & van der Laan, L. (2020). Incidence and Risk Factors for Delirium in Elderly Patients with Critical Limb Ischaemia. *European Journal of*

- Vascular and Endovascular Surgery*, 59, 598–605.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2019.11.029>
- Rott, C. & Thomaes, H. Coping in longitudinal perspective: Findings from the Bonn longitudinal study on aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 6, 23–40.  
<https://doi.org/10.1007/BF00117110>
- RPP Noticias. (2013). *Gerontofobia, el rechazo a los adultos mayores ¿es un mal asolapado?* RPP. <https://rpp.pe/lima/actualidad/gerontofobia-el-rechazo-a-los-adultos-mayores-es-un-mal-asolapado-noticia-577008>
- Ruiz, L. C. (2013). Envejecimiento activo y calidad de vida. En O. Rivero (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 491–497). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ruiz, L. C., Rodríguez, M. C., y Merigo, P. (2013). Actividad física en la tercera edad. En O. Rivero (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 533–557). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sabia, V., Singh-Manoux, A., Hagger-Johnson, G., Cambois, E., Brunner, E. J., & Kivimaki, M. (2012). Influence of individual and combined healthy behaviors on successful aging. *Canadian Medical Association Journal*, 184(18), 1985–1992.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.121801>
- Sacco, P. (2016). Understanding Alcohol Consumption Patterns Among Older Adults: Continuity and Change. En *Alcohol and Aging* (pp. 3–16). Springer International Publishing.
- Sahagún, M. A., Hermosillo, A., y Selva, C. (2014). La jubilación, hito de la vejez: revisión de aproximaciones psicosociales recientes. *Quaderns de Psicologia*, 16(2), 27–41.
- Salgado-de, V. N., y Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México*, 56, 393–401. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i4.7360>
- Salgado, V. N., González-Vázquez, T. T., Jáuregui-Ortiz, B., y Bonilla-Fernández, P. (2005). “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47, 294–302. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342005000400007>
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. En *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Oxford.
- Sánchez, R., García, M., y Martínez, B. (2017). Encuesta de salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 45(3), 5–16. <https://doi.org/10.21865/ridep45.3.01>
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. McGraw Hill.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. Wiley.

- Sauri, G. (2017). *Guía para el uso del lenguaje inclusivo desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género*. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. <https://dif.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/59b/948/565/59b948565102b180947326.pdf>
- Schaie, K. W. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Pearson.
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de alimentos para la población mexicana*. Secretaría de Salud. <http://imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guia-alimentos.pdf>
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de vacunación universal y Semanas Nacionales de Salud. Lineamientos generales 2015*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-generales-del-programa-de-vacunacion-universal-y-semanas-nacionales-de-salud-2015?state=published>
- Seo, S., Kim, O. Y., & Ahn, J. (2016). Healthy eating exploratory program for the elderly: Low salt intake in congregate meal service. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(3), 316–324. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0622-9>
- Skjong, R., & Wentworth, B. H. (2001). Expert judgment and risk perception. *Proceedings of the International Offshore and Polar Engineering Conference, IV*, 537–544.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruán, C., Cervantes-Turrubiates, L., y Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Publica de México*, 50(5), 383–389. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000500011>
- Shuman, R. B. (2018). Elder's mental health. En *Salem Press Encyclopedia of Health*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=93871904&lang=es&site=eds-live>
- Sirlin, C. (2007). La jubilación como situación de cambio: la preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje. *Asesoría General en Seguridad Social*, 16, 45–73.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2012). *Guía de ejercicio físico para mayores*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Sociedad Gerontóloga y Geriátrica Alemana. (2002). Hans Thomae. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 37(5), 286–287. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(02\)74830-0](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(02)74830-0)
- Souza, M., y Cruz, D. L. (2008). Vejez, fisiopatología y consumo de sustancias. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(1), 20–30.
- Stephens, C., & Flick, U. (2010). Health and ageing: Challenges for health psychology research. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 643–648. <https://doi.org/10.1177/1359105310368178>

- Sunkel, G. y Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL*, 127, 243-268.
- Tabue-Teguo, M., Simo, N., Gonzalez-Colaço Harmand, M., Cesari, M., Avila-Funes, J.-A., Féart, C., Amiéva, H., & Dartigues, J.-F. (2017). Frailty in elderly: a brief review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 15(2), 127–137. <https://doi.org/10.1684/pnv.2017.0670>
- Talavera, C. (2018). *En Japón la vida empieza en la tercera edad*. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/en-japon-la-vida-vuelve-empezar-en-la-tercera-edad>
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. McGraw Hill.
- Thomae, H., y Lehr, U. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1–2), 41–54.
- Tisdell, E. J., & Palmer, C. (2018). Adult Development in Health Professions Education: The Need for Self-Care. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 157, 17–26. <https://doi.org/10.1002/ace>
- Troncoso, C., Petermann-Rocha, F., Brown, R., Leiva, A. M., Martínez, M. A., Díaz-Martínez, X., Garrido-Mendez, A., Poblete-Valderrama, F., Iturra-Gonzalez, J. A., Villagran, M., Mardones, L., Salas-Bravo, C., Ulloa, N., García-Hermoso, A., Ramírez-Vélez, R., Gómez, J. V., & Celis-Morales, C. (2018). Patterns of healthy lifestyle behaviours in older adults: Findings from the Chilean National Health Survey 2009–2010. *Experimental Gerontology*, 113, 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.09.026>
- United Nations (UN). (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), Instituto de Geriatria, e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2009). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. Instituto Nacional de Geriatria.
- Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), Instituto de Geriatria (INGER), e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2010). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. Tomo II*. Instituto Nacional de Geriatria.
- Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), Instituto de Geriatria (INGER), e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2011). *Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. Tomo III*.
- Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), Instituto de Geriatria (INGER), e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2012). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. Tomo IV*.

- Urbina, J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud. En G. Rodríguez (Ed.), *Medicina conductual en México. Tomo I* (pp. 57–69). Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y Miguel Ángel Porrúa.
- Valdés, M. del C., y Hernández, Y. (2009). Sexualidad en la tercera edad: Una mirada desde adentro. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3).
- Van der Putten, G. J. (2019). The relationship between oral health and general health in the elderly. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 126(12), 653–656. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.12.19091>
- Vaqué, J. (2001). Inmunidad colectiva o de grupo. *Vacunas*, 2(1), 22–29. [https://doi.org/10.1016/S1576-9887\(01\)70229-4](https://doi.org/10.1016/S1576-9887(01)70229-4)
- Verduzco, W. (2018). Envejecimiento y vejez. *Revista AAPAUNAM. Academia, Ciencia y Cultura*, 2, 106–112.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Villar, F., Serrat, R., de Sao José, J. M., Montero, M., Giuliani, M. F., Carbajal, M., da Cassia Oliveira, R., Nina-Estrella, R., Curcio, C. L., Alfonso, A., & Tirro, V. (2019). Disclosing Lesbian and Gay Male Sexual Orientation in Later Life: Attitudes of Younger and Older Generations in Eight Latin American Countries. *Journal of Homosexuality*, 66(11), 1546–1569. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1503462>
- Wong, R. (2013). El envejecimiento como expresión de la transición epidemiológica. En Octavio (Ed.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas* (pp. 23–41). Universidad Nacional Autónoma de México.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/AMM.321-324.1779>
- World Health Organization (WHO). (2015). *WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050; major societal changes required*. WHO. <https://www.who.int/news/item/30-09-2015-who-number-of-people-over-60-years-set-to-double-by-2050-major-societal-changes-required>
- World Health Organization (WHO). (2017). *10 facts on ageing and health*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>
- World Health Organization (WHO). (2018a). *Ageing: Healthy ageing and functional ability*. WHO. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
- World Health Organization (WHO). (2018b). *El Instrumento STEPS y materiales de apoyo*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/es/>

- World Health Organization (WHO). (2020a). *La COVID-19 y el Decenio del Envejecimiento Saludable*. [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-es.pdf?sfvrsn=d3f887b0\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-es.pdf?sfvrsn=d3f887b0_7)
- World Health Organization (WHO). (2020b). *The Decade of Healthy Ageing: a new UN-wide initiative*. WHO. <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-decade-of-healthy-ageing-a-new-un-wide-initiative>
- Wu, C. Y., Su, T. P., Fang, C. L., & Yeh, M. (2012). Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of the Chinese Medical Association*, 75, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.12.011>
- Yang, P. Y., Ho, K. H., Chen, H. C., & Chien, M. Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58, 157–163. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70106-6](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70106-6)
- Yunus, R. M., Hairi, N. N., Yuen, C., Sooryanarayana, R., Hairi, F., Ismail, N., Kandiben, S., Peng, T. N., Ali, Z. M., Ahmad, S. N., Razak, I. A., Othman, S., Peramalah, D., Mydin, F. H. M., & Bulgiba, A. (2019). Does abuse in late life worsen sleep quality? A two-year prospective cohort study among rural older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 60–66. <https://doi.org/10.1002/gps.4986>
- Zanchettin, S. P., & Mangini, S. C. (2020). Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 3), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0106>
- Zanjani, F. A. K., Schaie, K. W., & Willis, S. (2004). *Do health behaviors affect cognitive change similarly across abilities?* (pp. 1–33). Bi-Annual Meeting of the Cognitive Aging Conference.
- Zárate, M. A. (2002). Los estereotipos, el prejuicio y la discriminación. En C. Kimble, E. Hirt, R. Díaz-Loving, H. Hosch, G. W. Luckner, y M. Zárate (Eds.), *Psicología Social de las Américas* (pp. 409–434). Pearson Educación.
- Zhang, Q., Wu, Y., Han, T., & Liu, E. (2019). Changes in cognitive function and risk factors for cognitive impairment of the elderly in China: 2005–2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162847>
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., y Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110–118. <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=10641205>

## Anexos

## Anexo 1. Principales hallazgos de las investigaciones sobre la salud, hábitos y conductas saludables en personas mayores

**Tabla 12***Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables*

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Caskie et al. (2002).	Comparación entre el auto reporte de consumo de fármacos y los datos de medicamentos prescritos.	1 603 participantes del <i>Group Health Cooperative (GHC)</i> , del <i>Seattle Longitudinal Study (SLS)</i> , realizado en 1997-1998. El rango de edad fue de 22 a 96 años ( $\bar{x}$ =61.6).	Solo el 47% de la muestra reportó de forma exacta su consumo de medicamentos. El 84% de las y los participantes reportaron todos los medicamentos de sus prescripciones y el 36% de las personas reportaron consumir medicamentos que no se encontraban registrados.
Zanjani et al. (2004).	<i>Health Behavior Questionnaire (HBQ)</i> : compuesto por reactivos sobre actividad física, consumo de alcohol y tabaco, chequeos médicos, ingesta y preparación de alimentos, cuidado dental y uso del cinturón de seguridad.	970 participantes con edades de 29 a 96 ( $\bar{x}$ =65.39) del <i>Seattle Longitudinal Study</i> que contaban con evaluaciones cognitivas y de conductas saludables entre los años de 1991 y 1998.	Los resultados consistentes fueron el uso del cinturón de seguridad relacionado con declive de la orientación espacial; la baja actividad física relacionada con un mayor Cociente Intelectual (CI); el bajo nivel de facilidad numérica con más chequeos médicos y una buena orientación espacial con pobres niveles de preparación de la comida.
Albala et al. (2005).	Se evaluaron conductas saludables, características del entorno, de la persona y de la familia mediante la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE).	Personas de 60 años o más de las ciudades de Buenos Aires, Bridgetown, La Habana, CDMX, Montevideo, São Paulo y Santiago.	Las enfermedades no transmisibles más comunes fueron los trastornos cardiovasculares, diabetes, hipertensión y artritis. En México, la prevalencia de diabetes fue mayor que en otras ciudades. Es posible que la prevalencia real de estas enfermedades sea superior a la reportada.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Salgado et al. (2005).	Se utilizaron cuestionarios sobre alimentación, fuerza personal, bienestar psicosocial, apoyo familiar, problemas de salud física y salud psicológica. Entrevistas a profundidad con una submuestra de 38 personas.	604 personas de 60 a 98 años ( $\bar{x}=71.1$ ), residentes de zonas rurales de menos de 5 000 habitantes en Guerrero, Jalisco y Morelos.	Hubo una correlación negativa entre el número de enfermedades y la puntuación en la escala de bienestar personal. Las personas notaban un apoyo moderado por parte de su familia y se encontró otra correlación negativa entre el número de morbilidades y la percepción de apoyo familiar.
Vilagut et al. (2005).	Revisión de artículos en Medline (PubMed) y bases de datos IME e IBECs con la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.	No aplica.	Las mujeres solían tener peor percepción del estado de salud para todas las escalas, con diferencias estadísticamente significativas para las de Función física, Rol emocional, Salud mental, Vitalidad y Dolor corporal
Pino (2008).	Se implementó un programa de educación para la salud y se realizaron grupos de discusión, observación participante, encuestas, registros y cuestionarios.	98 personas de 65 años en adelante que asistían a centros de Atención Primaria en España. Se dividió a las y los participantes en grupos de 10 a 12 personas.	Los objetivos, materiales, tiempos y actividades fueron modificados de acuerdo con los resultados de las evaluaciones diarias. Al terminar el programa se observó una mejora en la relación médico-paciente.
Shamah-Levy et al. (2008).	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-2006 (ENSANUT-2006).	5 480 personas de más de 59 años.	De las personas que contaban con diagnóstico de diabetes (15.4% de hombres, 19.6% de mujeres), menos de la mitad la tenían controlada. El 22.5% de las mujeres y el 16.5% de los hombres contaban con diagnóstico de hipercolesterolemia; el 7.6% de las mujeres y el 5.3% de los hombres refirieron tener diagnóstico de hipertrigliceridemia.

(Continúa)



**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Martínez-Martín et al. (2009).	Se validó la Escala de Independencia Funcional (EIF) y se aplicó el Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), la Escala de Ansiedad y Depresión de Zigmond (HADS); el indicador de comorbilidad (ICM); el Índice de Barthel (IB) y el EQ-5D.	596 personas de 65 a 97 años ( $\bar{x}=75.5\pm 7,32$ ) no institucionalizadas, residentes de Madrid, España, y divididas en dos grupos: del medio comunitario y pacientes ambulatorios.	La EIF es una escala multidimensional que se asoció con el IB, el ICM y el EQ-5D, lo que podría significar el papel de múltiples enfermedades en el grado de dependencia y la calidad de vida.
Valdés & Hernández (2009).	Encuesta sobre sexualidad.	140 personas de 60 o más años (79 mujeres y 61 hombres).	El 57.9% refirió experimentar deseo sexual. El 67.2% de los hombres y el 62% de las mujeres reportaron seguir manteniendo relaciones sexuales.
Light et al. (2011).	Se realizó un electroencefalograma (EEG) durante el sueño (se monitoreó la etapa 2 del sueño) y se utilizó la técnica AMDF ( <i>Average Magnitude Difference Function</i> ).	Se crearon dos grupos: a) personas en adultez temprana y mediana edad (16-43 años) y b) personas de la mediana edad y vejez (44-83 años).	Se registró la actividad cerebral durante 6-8 horas de sueño y se observó que la magnitud de los husos del sueño disminuía conforme aumentaba la edad. La técnica AMDF mostró que el análisis del EEG puede ser útil para detectar el deterioro cognitivo.
Pelcastre-Villafuerte et al. (2011).	Grupos focales donde se abordó el perfil de las y los participantes, apoyo social, salud y envejecimiento. Posteriormente, se efectuó un análisis del discurso por ciudad y por género.	103 personas de 67 a 74 años ( $\bar{x}=70.5$ ), residentes de zonas marginadas de las ciudades de Culiacán (Sinaloa), Guadalajara (Jalisco), Cuernavaca (Morelos) y Chilpancingo (Guerrero). Se dividieron en ocho grupos focales y se llevaron a cabo del 2005 al 2006.	Las principales necesidades que satisfacían las familias eran de tipo materiales, económicas y de acompañamiento a chequeos médicos; sin embargo, los comentarios sobre sensaciones de abandono, falta de integración y soledad fueron frecuentes. Las principales fuentes de apoyo informal eran la pareja, parientes cercanos y vecinos (as). La necesidad de compañía incrementa conforme el estado de salud decrementa.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Forrellat-Barrios et al. (2012).	Se recabó información sociodemográfica, de salud y física por medio de un cuestionario. Se tomaron muestras de sangre para realizar un hemograma completo.	46 personas ( $\bar{x}$ =64.38 años) que asisten frecuentemente al Círculo de Abuelos en Cuba y que practicaban ejercicio físico (Tai chi chuan).	La mitad de las personas mostraron niveles elevados de colesterol y triglicéridos u otras ligeras alteraciones que se normalizaron en el seguimiento realizado un mes después.
Nordin et al. (2012).	Evaluación neuropsicológica compuesta por varios instrumentos. Cada participante realizó el <i>Pilot Odor Experiment</i> y el <i>Main Odor Experiment</i> .	Se dividió a las y los participantes en dos grupos: a) 16 personas de 77 a 87 años y b) 16 personas de 20 y 25 años.	La variabilidad en el umbral olfativo fue ligeramente mayor en comparación con las personas jóvenes. No se encontraron diferencias significativas en la función de detección del olor entre los grupos.
Sabia et al. (2012).	Cuestionario de conductas saludables (consumo de alcohol y tabaco, actividad física e ingesta de frutas y vegetales).	Se realizaron evaluaciones clínicas para el <i>Whitehall II cohort study</i> cada cinco años (1985-1988, 1991-1994; 1997-1999; 2002-2004; 2007-2009) en el Reino Unido. Se incluyeron a personas de 60 o más años en los años de 1991 a 1994 (n=5 100).	Las personas con características de envejecimiento exitoso (no presentar enfermedades no transmisibles ni discapacidades, buena salud mental y funciones físicas, cognitivas, cardiovascular y respiratoria) eran principalmente jóvenes ( $\bar{x}$ = 49.7), casadas y con altos niveles educativos (n=953). Todos hábitos se relacionaron con el envejecimiento exitoso.
Wu et al. (2012).	Se evaluó el estado de salud y se aplicaron la <i>Physical Activity Scale for the Elderly</i> (PASE), <i>Taiwanese Depression Questionnaire</i> (TDQ) y el <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI).	100 personas de 65 y más años ( $\bar{x}$ =74.7 $\pm$ 5.3) de Taiwán. Se excluyeron a personas con discapacidad física visible y si tenían deterioro cognitivo.	Los factores positivamente correlacionados con la calidad del sueño fueron la autoevaluación positiva del estado de salud y la práctica regular de actividad física. Los factores correlacionados negativamente con la calidad del sueño fueron la presencia de enfermedades, la sintomatología depresiva y el uso de medicamentos.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Bautista et al. (2013).	Se monitoreó el consumo de alimentos con 0.5 g de glutamato monosódico (MSG) o con 0.5 g de sal yodada en un estudio tipo doble ciego con una duración de 4 meses.	60 personas que vivían en una residencia para personas mayores (60 y más años, $\bar{x}$ =73 años) de Filipinas.	El peso corporal y el IMC incrementaron significativamente después del consumo de MSG. El sodio sérico se mantuvo en el rango normal con el consumo de sal y MSG, aunque sus niveles fueron mayores con el consumo de sal yodada.
González et al. (2013).	Cuestionario para conocer el grado de conocimientos sobre cuidado dental y funciones de los dientes.	101 personas de 60 o más años que forman parte de los Círculos de Abuelos en Cuba, de 2008 a 2010.	El 67.3% no sabía que el consumo de tabaco daña los dientes, y el 84.1% desconocía el efecto del alcohol en la salud bucal. La mayoría no conocía la frecuencia recomendada del cepillado dental, y sólo un 25.7% sabía cómo llevarlo a cabo correctamente.
Perdomo et al. (2013).	Cuestionario sobre relaciones sexuales durante la vejez.	200 personas adultas mayores (60 o más años) registradas en consultorios de Florencia.	Poco más de la mitad de las y los participantes reportaron no tener relaciones sexuales, sobre todo las mujeres. El 57.4% de la muestra manifestó sentirse satisfecha con sus relaciones sexuales, especialmente los hombres.
Hendi & Leshem (2014).	Cuestionarios sobre hábitos y salud. Se ofrecieron alimentos, bebidas, botanas saladas y dulces y soluciones con sal o sacarosa para valorar la preferencia por la sal.	60 personas de Fureidis, Israel. De ellas, 30 tenían de 45 a 58 años ( $\bar{x}$ =49.8) y 30 eran personas de 65 a 85 años ( $\bar{x}$ =73.2).	Al comparar los grupos de edad no se encontraron preferencias por alimentos salados en las personas mayores ni correlaciones significativas entre el consumo de sal y el humor, la nocturia, el consumo de distintos tipos de alimentos y bebidas, edad ni duración del sueño.
Hernández et al. (2014).	Cuestionario sobre salud y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) abreviado.	67 personas de 60 y más años ( $\bar{x}$ =69.3), residentes de una estancia diurna del Sistema Nacional para el DIF.	Se encontró una correlación negativa entre el diagnóstico de enfermedades con la autovaloración del estado de salud. Los elementos estimados como más importantes fueron el afecto y la salud.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Sánchez et al. (2015)	Escala de Evaluación de Salud SF-36.	460 personas de la CDMX (19-76 años), 230 de Hidalgo (17-62 años) y 460 de Durango (18-72).	Se validó a la SF-36 en tres contextos culturales distintos de México. Los factores de procedencia, características y época pueden influir en los coeficientes de confiabilidad del instrumento.
Seo et al. (2016).	Programa para reducir el consumo de sal conformado por menús balanceados con bajos niveles de sal; educación sobre una dieta saludable y una encuesta para evaluar los resultados del programa y entrevistas a profundidad con los proveedores del servicio de comida.	Participaron 150 personas adultas mayores de Seúl, Corea; de éstas, 41 recibieron educación sobre una dieta saludable y 74 contestaron la encuesta.	Las personas que asistieron a la fase educativa ingerían menor cantidad de sopa y Kimchi; consideraban que los cambios en la dieta eran positivos; se adaptaron más positiva y rápidamente a los cambios en el sabor de la comida; mostraron acuerdo con la idea de que los bajos niveles de sal contribuían a una vida saludable y declararon tener la intención de recomendar el programa a parientes o amigos (as).
Castrejón-Pérez et al. (2017).	Se midió la fragilidad y la salud oral. Se indagó en el consumo de tabaco y de medicamentos, rendimiento cognitivo, diagnósticos de enfermedades como ACV, diabetes, ataque cardíaco, artritis, hipertensión u osteoporosis.	Se utilizaron datos del <i>Mexican Study of Nutritional and Psychosocial Markers of Frailty</i> , realizado en la Ciudad de México. Se intervino con una muestra aleatoria estratificada de 1 294 personas de 70 y más años que estaban registradas en un programa de gobierno del 2008. En 2011 se realizó una visita de seguimiento a 237 participantes.	La incidencia de fragilidad acumulada en el seguimiento fue de 14.8%. Quienes tenían un nivel educativo más alto presentaban menores probabilidades de presentar fragilidad. La periodontitis severa estuvo asociada con fragilidad en el seguimiento de tres años y las probabilidades de desarrollar fragilidad disminuían con la presencia de un mayor número de dientes. El bajo índice de participación en el seguimiento podría ser indicador de fragilidad o deterioro de la salud.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Fernández-Villa et al. (2017).	Cuestionario sobre salud y hábitos saludables.	Participaron 6 368 personas mayores de 60 años. La muestra formó parte del <i>Mexican Health and Aging Study</i> (MHAS), realizado en 2001, y con un seguimiento en 2012.	Los factores asociados con los índices de mortalidad fueron ser hombre, tener un bajo nivel educativo, no haberse ejercitado en los últimos dos años, ser soltero (a), presentar deterioro cognitivo, desempeño pobre en valoraciones de ABVD y en IAVD, presentar varias enfermedades, síntomas depresivos, puntuación elevada en el locus de control externo y la creencia de que los hábitos no contribuyen a la mejora de la salud.
Fishman (2017).	Evaluación conformada por varios instrumentos psicológicos, neurológicos y cognitivos, un inventario de fármacos prescritos, una historia clínica extensiva, un cuestionario para las familias o cuidadores (as) y un examen físico enfocado en aspectos neurológicos.	Se utilizaron datos del <i>Aging, Demographics, and Memory Study</i> (ADAMS) realizado entre el 2001 y el 2009. Para el estudio se empleó una submuestra del <i>Health and Retirement Study</i> (HRS), donde se evaluaron a 856 personas de 70 y más años.	Conforme aumenta la edad, las probabilidades de desarrollar demencia incrementan. Las intervenciones enfocadas en retrasar el inicio y progreso de la demencia han mostrado efectos positivos al reducir los porcentajes de personas que desarrollan demencia. La reducción de la mortalidad en cohortes longevas incrementa sustancialmente los riesgos de desarrollar demencia.
Jun et al. (2017).	Cuestionario con preguntas sobre actividad física, consumo de tabaco y alcohol e ingesta de frutas y verduras.	Se utilizaron datos del <i>CKB cohort</i> , en China, realizado de 2004 a 2008. La muestra estuvo compuesta por 512 891 personas de 30 a 79 años.	Los factores protectores de enfermedades cardiovasculares fueron adherencia a un estilo de vida saludable, consumo leve a moderado de bebidas alcohólicas, mantener un bajo índice de cintura-cadera, realizar actividad física, no haber fumado o haber dejado de fumar, mantener un IMC normal y tener una dieta baja en carnes rojas y abundante en frutas y verduras.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Podhorecka et al. (2017).	Se aplicaron dos cuestionarios: el <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI) y el <i>International Physical Activity Questionnaire</i> (IPAQ).	100 personas con edades de 50 a 75 años, pacientes de clínicas en Bydgoszcz, Polonia.	Se encontraron correlaciones significativas entre el esfuerzo físico durante el día y escasos o nulos despertares; menor necesidad de ir al baño en la noche; facilidad para dormir dentro de los primeros 30 minutos después de acostarse; mayor posibilidad de evaluar la calidad del sueño como buena o muy buena; despertares por ronquidos menos frecuentes y de presentar mioclono fisiológico.
Amorim et al. (2018).	Se aplicó el PSQI, la <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS) y la <i>Epworth Sleepiness Scale</i> (ESS). También se realizó una evaluación con actigrafía (para medir los ritmos circadianos y de sueño) por 7 días y se obtuvieron imágenes por resonancia magnética (MRI).	Se reclutó a un grupo de 86 personas del <i>SWITCHBOX Consortium project</i> ( $\bar{x}=67.40$ ), en Portugal. Se excluyeron a personas que tenían diagnóstico de trastornos neurodegenerativos o neuropsiquiátricos.	Se encontraron correlaciones significativas entre la mala calidad del sueño (mayor puntuación en el PSQI) con una disminución en la conectividad funcional (FC) y en la conectividad estructural (SC). A más edad y sintomatología depresiva, menor volumen cerebral regional (materia blanca del cerebelo, hipocampo, tálamo, putamen derecho, giro supramarginal y giro lingual).
Daskalopoulou et al. (2018).	Cuestionarios sobre hábitos saludables. Se midió la presión arterial, se tomaron medidas antropométricas (altura, peso y circunferencia de cadera y cintura).	Se utilizó el <i>10/66 Dementia Research Group</i> (10/66 DRG), realizado con personas de 65 o más años (n=10 900), habitantes de países de Latinoamérica y el Caribe (México, Cuba, Puerto Rico, República Dominicana y Perú), de 2003 a 2008 y con seguimiento en el 2008-2010.	Los factores relacionados con el envejecimiento saludable fueron tener una dieta que incluyera frutas y verduras diarias y hacer actividad física. De forma individual, el consumo de alcohol y tabaco no eran indicadores de envejecimiento saludable, pero el consumo moderado de alcohol, no fumar, comer frutas y verduras y hacer ejercicio en conjunto mostraron un efecto positivo en las tasas de supervivencia y de envejecimiento saludable.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Troncoso et al. (2018).	Se aplicó el <i>Global Physical Activity Questionnaire version 2</i> (QPAQ v2), el <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT) y preguntas sobre sueño, consumo de tabaco e ingesta de frutas y verduras. El consumo de sal fue calculado con un análisis de orina.	Muestra nacional representativa (n=5 293), parte del Censo Nacional de Chile realizado en 2002. Se conformaron cinco grupos etarios: a) 60 a 65, b) 66 a 70, c) 71 a 75, d) 76 a 80 y e) más de 80.	Se encontró que, a mayor edad: menor IMC y circunferencias de cadera y cintura; menor duración del sueño; mayor sedentarismo; menor actividad física; y menor consumo de tabaco. No se encontraron diferencias significativas en el consumo de sal, alcohol, frutas y vegetales entre los grupos.
Chen (2019).	Cuestionarios conformados por nueve grupos de preguntas enfocadas en la valoración de la independencia relativa ( <i>Life relative independence</i> , LRI) y la autoevaluación del estado de salud ( <i>Self-rated health status</i> , SRHS), la salud social, física y psicológica y la seguridad económica.	Se retomó la información del <i>Survey of Health and Living Status of the Middle Aged and Elderly</i> , realizado en 2007 en Taiwán. De esta encuesta, se utilizaron datos de 1 099 personas de 65 años o más.	Los factores que mostraron correlaciones significativas con la SRHS fueron la salud psicológica, física y social. Conforme aumentaba la edad, la LRI disminuía, pero los niveles de SRHS se mantenían.
Daskalopoulou et al. (2019).	Cuestionario sobre salud. Medición de la capacidad funcional utilizando el ABVD y el AIVD e información sobre sueño, dolor, desempeño cognitivo, actividad física, consumo de alcohol y de tabaco.	Utilización de información del MHAS, conformado por una muestra de 14 143 personas de 50 años o más, realizado en 2001 y con seguimientos en 2003, 2012 y 2015.	Las conductas saludables predijeron la trayectoria del envejecimiento en los seguimientos (si este seguiría una trayectoria saludable o no). El sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco aumentaron las probabilidades de pertenecer a los grupos declive y poco-estable.

(Continúa)

**Tabla 12.** Principales hallazgos de las investigaciones sobre salud, hábitos y conductas saludables (Continuación).

Autor y año	Forma de evaluación	Muestra	Principales hallazgos
Medford et al. (2019).	Análisis estadístico para estimar la expectativa de vida mediante la regresión cuantil.	Se recabaron datos del <i>Danish Civil Register System</i> de personas centenarias (que vivieron al menos 100 años o que nacieron entre el 1° de enero de 1870 y el 31 de diciembre de 1904) (n=16 931) (10 955 de Suecia y 5 976 de Dinamarca).	En Dinamarca se detectó una tendencia positiva en la expectativa de vida, aunque ésta únicamente se daba en las personas con edades más «extremas». El aumento en la expectativa de vida de las personas más longevas podría deberse a características fisiológicas específicas de este grupo y a su resiliencia, que los hace más propensos a beneficiarse de los avances médicos.
Yunus et al. (2019).	Se evaluó el abuso y negligencia (EAN) en la vejez, la calidad del sueño, el apoyo social y la sintomatología depresiva con cuatro instrumentos.	1 927 personas de 60 o más años, residentes de Malasia. Se realizó un seguimiento telefónico dos años después.	Se encontraron diferencias significativas en la calidad del sueño de personas que experimentaban EAN en comparación con las que no lo vivían, tanto en la primera evaluación como en el seguimiento. Los tipos de abuso y negligencia con más impacto en la calidad del sueño fueron la negligencia y el maltrato psicológico.
Palmberg et al. (2020).	Se evaluó la necesidad insatisfecha de actividad física ( <i>unmet physical activity</i> ), características del sueño, percepción de la situación económica, dificultades de movilidad, número de enfermedades no transmisibles, síntomas depresivos [con la <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CES-D)], actividad física y la medicación para dormir.	302 mujeres, de 74 a 86 años ( $\bar{x}$ =79.0), participantes del estudio <i>Finnish Twin Study on Aging</i> (FITSA), realizado de 2011 a 2012. Se realizaron seguimientos con un cuestionario enviado por correo o por entrevistas telefónicas cuando tenían dificultades para responder el primero.	10% de las mujeres reportaron tener una necesidad insatisfecha de actividad física y una duración del sueño corta o larga, dificultades para caminar, agotamiento durante el día, consumían más medicamentos para dormir (no estadísticamente significativo), tendían al sedentarismo, a presentar sintomatología depresiva y enfermedades no transmisibles.



Anexo 2. Ejemplos de reactivos del Cuestionario de Hábitos y Conductas Saludables para Personas Adultas Mayores (HACOSPAM)<sup>1</sup>

### Instrucciones

El siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer sus conductas de la vida diaria. Por favor, lea cuidadosamente cada una y marque con una **X** la respuesta que mejor describa lo que **acostumbra** a hacer. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, sea lo más sincero (a) posible.

1. ¿Cuántas veces **al día** suele ingerir alimentos? (Incluya colaciones)

2 o menos veces

4 a 5 veces

3 veces

Otro: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántas veces **al día** suele cepillarse los dientes?

1 o ninguna vez al día

De 2 a 3 veces al día

Más de 3 veces al día

8. ¿Cuántas horas **al día** suele pasar sentado (a) o acostado (a)? (**no cuente el tiempo que pasa dormido (a) ni el de las siestas**)

Menos de 2 horas

De 4 a 6 horas

De 2 a 4 horas

Más de 6 horas

14. ¿Con qué frecuencia toma siestas?

Nunca (**avance hasta la pregunta número 17**)

Pocas veces (1 día a la semana)

Regularmente (2 a 3 días a la semana)

Frecuentemente (4 a 5 días a la semana)

Siempre o casi siempre (6 a 7 días a la semana)

---

<sup>1</sup> Derechos reservados. Para más información sobre el instrumento, enviar un correo a fernanda\_bh@live.com.mx

20. ¿Tiene una rutina diaria antes de irse a dormir (p. ej., cepillarse los dientes, ponerse pijama, etc.)?

Sí

No

33. ¿En qué situaciones suele utilizar anteojos o lentes de contacto? (**puede seleccionar varias opciones**)

No tiene lentes

Al usar la computadora

(vaya a la pregunta número 35)

Cuando tiene que leer o escribir algo

Los utiliza en todo momento

Cuando siente dolor en los ojos o vista cansada

Para ver objetos de cerca o de lejos

No necesita o nunca utiliza sus lentes

Anexo 3. Cuestionario sobre la claridad y suficiencia del contenido del cuestionario

Le solicitamos por favor que responda las siguientes preguntas sobre el cuestionario. Sus respuestas serán de gran ayuda para mejorar la calidad del mismo.

1. ¿El consentimiento informado (primera hoja) fue claro?
2. ¿Las preguntas fueron claras?
3. ¿Las opciones de respuesta eran claras?
4. ¿Las opciones de respuesta eran suficientes para que pudiera responder correctamente?
5. ¿Tuvo dificultades para leer las preguntas o las respuestas?
6. ¿Hubo alguna palabra que no entendiera o que no supiera su significado? Si es así, ¿cuál (es)?
7. ¿Considera que hay algo importante que falta preguntar?
8. ¿Considera que hay preguntas o respuestas repetitivas?
9. ¿Quiere agregar algún comentario sobre el cuestionario?

**¡Muchas gracias por sus respuestas!**