

4. Caracterización de personas mayores institucionalizadas en un centro geriátrico



TANIA MEYATZY BAUTISTA ÁLVAREZ*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.328.04>

Resumen

Objetivo: caracterizar a las personas mayores institucionalizadas de un Centro Geriátrico de Mexicali, Baja California. **Métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con un muestreo tipo censo en 30 personas mayores. Se utilizó 1. cédula de datos socio demográficos; 2. ficha de antecedentes médicos y estado de salud; 3. índice de Katz; 4. Mini-Mental State Examination; 5. Geriatric depression scale; 6. Mini Nutritional Assessment y 7. escala de apoyo social percibido. Los datos se analizaron en el SPSS versión 25, respetando lo establecido en el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. **Resultados:** el promedio de edad de las personas en estudio fue de 78.5 años y siete de cada diez son mujeres. La mayoría fueron empleados profesionistas (40%) seguido de empleados no profesionistas (33.3%). La escolaridad más prevalente fue licenciatura (40%) y 8 de cada 10 pertenecen al nivel socioeconómico medio. Las enfermedades más prevalentes fueron hipertensión arterial (80%), enfermedad vascular cerebral (60%), depresión (53.3%), deterioro cognitivo y demencia con una prevalencia combinada de 90%. El nivel de dependencia para actividades básicas de la vida diaria se distribuye en 50% en dependencia moderada y 50% en dependencia severa. El 80% de las personas mayores presentan deterioro cognitivo. El 63.3% se encuentra en riesgo de desnutrición. El 36.7% presenta síntomas depresivos y 33.3% percibe apoyo social

* Doctora en Educación. Fundadora y Directora Operativa de los centros de estancia permanente para adultos mayores Aurora Centro Geriátrico y Rey Arturo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9867-3005>

moderado. Conclusiones: la caracterización de las personas mayores institucionalizadas en el presente estudio revela una población predominantemente de mujeres, con un nivel educativo alto y perteneciente a un nivel socioeconómico medio. En términos de salud, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y dependencia funcional subraya la necesidad de estrategias de prevención, control y atención integral en los centros geriátricos para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: *personas mayores, centro para personas mayores, institucionalización.*

Introducción

Según la OMS (2022), entre el año 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del mundo, mayores de 60 años casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de 5 años. En 2050, 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medios. El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado y todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2024) refiere que todos los países del mundo experimentan un aumento del número y proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios, como la vivienda, el transporte y la seguridad social, así como la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS [2024]) establece que en la Región de las Américas el número de personas mayores aumenta a un ritmo acelerado, configurando un escenario complejo y desafiante en el futuro. Se estima que para 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más. Por esta razón se debe seguir fortaleciendo de manera intersectorial

un sistema de prevención y cuidados que permita una vida más saludable para las personas mayores.

En México, según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2024) la población de 60 años y más representa aproximadamente 12% de la población total del país, con una tasa de crecimiento anual cerca de 4%. Asimismo, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012) en sus Proyecciones de la Población 2010-2050 estableció que la población nacida en 2020 tiene una esperanza de vida promedio 75.2 años, 78.1 para las mujeres y 72.3 para los hombres, y la proyección para la población que nazca en 2030 se estima que la esperanza de vida sea 76.7 en promedio, y 79.6 y 73.8 para mujeres y hombres respectivamente; resulta interesante ver que las mujeres superan la esperanza de vida con aproximadamente 6 años con respecto a los hombres.

A nivel estatal, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI [2020]), las tres entidades con mayor porcentaje de personas mayores son Ciudad de México (16.2%), Veracruz (14.4%) y Morelos (13.9%) y las tres de menor porcentaje son Quintana Roo (7.1%), Chiapas (9.2%) y Baja California Sur (9.5%), y nuestra población de interés Baja California (10.1%). Cabe señalar que la mayor población de personas mayores por municipio se encuentran ubicadas en su mayoría en Tijuana (43.8%) y Mexicali (32.8%), respectivamente y de esta población, cinco de cada 10 presentan discapacidad, al menos una limitación, problema o condición de salud mental, incluyendo deterioro cognitivo y algunas demencias.

Por continuar con el contexto anterior y profundizar en aspectos relacionados, en los últimos 30 años, en el mundo la esperanza de vida ha aumentado significativamente, llegando a los 73.3 años en 2024, en promedio. Para finales de la década de 2050, más de la mitad de las muertes mundiales ocurrirán a los 80 años o más. Un cambio notable en la demografía será que las personas de más de 65 años superarán a los menores de 18 años para fines de la década de 2070, en tanto que habrá más gente mayor de 80 años que niños menores de un año (ONU, 2024).

En México, la esperanza de vida aumentó considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970; 74 años en 2000 y poco más de 75 años en 2022, mientras que por estado, en la

población que abordaremos en la presente investigación, la esperanza de vida en Baja California es de 76.2 (INEGI, 2022).

Según el INEGI (2021) a través de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) determinó que el nivel educativo de la población de 53 años y más, 13.2% no tenía escolaridad; 24.2% contaba con la primaria incompleta; 22.0% tenía hasta primaria terminada; 21.4% había aprobado algún grado de secundaria y 17.9% tenía estudios posteriores a la secundaria, es decir, contaba con 10 o más grados de escolaridad.

El porcentaje de hombres con nivel escolar más allá de secundaria fue 22.4% y el de mujeres, 14.0%. En cuanto a las diferencias por grupo de edad, se identificó que las personas de 53 a 59 años tenían un mayor nivel de estudios (24.3 % con estudios más allá de secundaria) que las personas de 60 años y más. En cuanto a la situación conyugal, la viudez representó 25.7% en mujeres y 9.4% en hombres. La condición de unión (casado(a) o unión libre) correspondió a 56.3% de mujeres y 78.6% de hombres. Por su parte, el porcentaje de mujeres en condición de separación o divorcio fue de 12.3% y en hombres, de 7.5%.

Con respecto a la condición de actividad económica de la población de 53 años y más, 27.5% de las mujeres y 65.7% de los hombres eran económicamente activos (trabajaron o buscaron trabajo). La brecha resultó de 38.2 puntos porcentuales. De la población de 53 y más años, 67.7% reportó haber asistido a consulta o visita médica en los últimos 12 meses, 33.9% asistió al dentista y 11.3% señaló haber estado hospitalizada o haber tenido alguna cirugía ambulatoria. Las mujeres fueron quienes más reportaron recibir algún tipo de servicio de salud. Del total de la población de estudio, 23.3% (6 millones) no asistió a ninguno de estos tipos de servicios de salud.

En cuanto a la autodeclaración de enfermedades crónicas por diagnóstico previo, las enfermedades más comunes entre la población de 53 años y más fueron: hipertensión arterial (43.3%), diabetes (25.6%) y artritis (10.7%). La prevalencia autodeclarada fue diferencial por sexo: las mujeres reportaron mayores porcentajes en las principales enfermedades crónico degenerativas. La diabetes es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. Con su aumento en las últimas décadas, ha impactado en la calidad de vida de las personas de todas las edades.

Por lo anterior, dar seguimiento a la prevalencia de diabetes, mediante los distintos levantamientos de la ENASEM, cobra relevancia. Para 2001, se identificó que 16.1% de la población de 53 años y más reportó tener diabetes por diagnóstico previo (14.1% para los hombres y 17.8% para las mujeres). En 2021, el porcentaje fue de 25.6 % (22.5% para los hombres y 28.1% para las mujeres). En el levantamiento de 2021, el porcentaje de la población de 53 años y más que refirió presentar cinco o más síntomas depresivos en los últimos 7 días, fue de 25.3%. Los síntomas depresivos más frecuentes fueron: cansancio, tristeza y sueño intranquilo.

El panorama epidemiológico actual presenta algunos desafíos y oportunidades, dentro de los principales desafíos destacan los siguientes: 1. sociales (cambios demográficos y en las estructuras familiares), 2. económicos (mayor gasto en pensiones y seguridad social, desigualdad económica, aumento de costos en atención médica y cambios en el mercado laboral), 3. de salud (enfermedades crónicas, aumento de hospitalizaciones y demanda de servicios de cuidados a largo plazo) y 4. políticos (planificación urbana y vivienda, actividades y participación social, y educación y sensibilización). Estas consecuencias subrayan la necesidad de una planificación cuidadosa y de políticas adecuadas para abordar los desafíos y aprovechar las oportunidades (Gascón, 2021; Gavrilov y Gavrilova, 2010; Leist, 2018; Maestas et al., 2023; Marín, 2001; Pérez Díaz, 2005, Permanyer y Bramajo, 2022; Puyol, 2024; Olaguibe y López-Hernández, 2021).

Métodos

Tipo y diseño de estudio: se trata de un estudio cuantitativo con diseño descriptivo y transversal.

Límites de tiempo y espacio: la presente investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido de noviembre de 2024 a febrero de 2025 en las instalaciones de un Centro Geriátrico privado, ubicado en la ciudad de Mexicali, Baja California, México.

Muestreo y muestra: el muestreo fue por conveniencia de tipo censo con un total de 30 personas mayores institucionalizadas.

Criterios de selección: se incluyó al total de las personas mayores institucionalizadas, sin establecer criterios de exclusión, ni de eliminación, salvo que por algún motivo la persona mayor y/o familiar responsable deseara no continuar, tendría la libertad de hacerlo, sin repercusión de ningún tipo.

Procedimiento de recolección de datos: este estuvo conformado por las siguientes etapas:

1. Se solicitó autorización del Centro Geriátrico para el acceso y revisión de los expedientes de las personas mayores así como la aplicación de los instrumentos.
2. Al mismo tiempo se solicitó autorización de las personas mayores y/o de los familiares responsables ante el Centro Geriátrico, mediante el consentimiento informado y/o consentimiento informado subrogado, según correspondiera para cada caso.
3. Una vez que se contó con las autorizaciones correspondientes, se inició la recolección de los datos empleando los siguientes instrumentos: 1. Cédula de datos socio demográficos; 2. Ficha de antecedentes médicos y estado de salud; 3. Índice de Katz; 4. Mini-Mental State Examination; 5. Geriatric depression scale; 6. Mini Nutritional Assessment y 7. Escala multidimensional de apoyo social percibido, en ese orden.
4. Finalmente, se reunieron los instrumentos y se ordenaron para su captura y análisis correspondiente.

Instrumentos: se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de información:

1. *Cédula de datos socio demográficos:* se utilizó para obtener la información general de las personas mayores y estuvo conformada por 13 reactivos de opción múltiple. Su interpretación es individual, de carácter descriptivo.
2. *Ficha de antecedentes médicos y estado de salud:* se utilizó para obtener la información específica de condiciones médicas diagnosticadas y estuvo conformada por 15 reactivos de opción múltiple. Su interpretación es individual, de carácter descriptivo.

3. **Índice de Katz:** este instrumento se utilizó para medir la capacidad funcional de una persona en las actividades básicas de la vida diaria (AVD), como bañarse, vestirse, alimentarse, entre otras. Consta de 6 ítems en escala de tipo Likert, cada uno evaluado con una respuesta binaria (dependiente o independiente). Una puntuación total de 6 indica independencia total en las actividades diarias, mientras que una puntuación más baja sugiere mayor dependencia y necesidad de ayuda para realizar dichas actividades.
4. **Mini-Mental State Examination (MMSE):** se utilizó para evaluar la función cognitiva, principalmente para detectar y seguir el progreso de deterioros cognitivos, como la demencia. Contiene 30 preguntas en escala de tipo Likert que evalúan áreas como orientación, memoria, atención, cálculo y lenguaje. Una puntuación de 24 o menos indica deterioro cognitivo, mientras que una puntuación mayor a 24 generalmente señala un estado cognitivo normal.
5. **Geriatric Depression Scale (GDS-15):** es una herramienta de tamizaje utilizada para detectar síntomas de depresión en adultos mayores. Es una versión abreviada de la escala original de 30 ítems y consta de 15 preguntas de respuesta dicotómica (Sí/No), enfocadas en el estado de ánimo, la pérdida de interés en actividades, la energía y la sensación de felicidad, y se interpreta de la siguiente forma: Normal: 0 - 4 puntos y Presencia de síntomas depresivos: 5 o más puntos.
6. **Mini Nutritional Assessment (MNA):** se utilizó para evaluar el estado nutricional, especialmente en personas mayores, para identificar el riesgo de malnutrición. Contiene 18 preguntas en escala de tipo Likert que abordan aspectos como el peso, la ingesta alimentaria, la movilidad y los problemas de salud. Una puntuación menor a 17 indica un riesgo alto de malnutrición, entre 17 y 23.5 señala un riesgo moderado, y una puntuación mayor a 23.5 indica un estado nutricional adecuado.
7. **Escala multidimensional de apoyo social percibido:** esta escala mide la percepción del apoyo social de una persona, evaluando el apoyo recibido de amigos, familia y personas significativas. Consta de 12 preguntas en escala de tipo Likert divididas en tres subescalas: apoyo de la familia, apoyo de amigos y apoyo significativo. Las puntua-

ciones más bajas en cada subescala indican una menor percepción de apoyo social, mientras que puntuaciones más altas sugieren un mayor apoyo percibido.

Análisis estadístico: la captura y análisis de datos se llevó a cabo en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 25, para esto se empleó estadística descriptiva únicamente, es decir, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media) para la edad.

Consideraciones éticas y legales: la presente investigación se apegó a lo dispuesto en Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México y la Ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos subordinados, mediante el consentimiento informado y/o consentimiento informado subrogado, según correspondiera para cada caso, respetando en todo momento los principios de respeto a la dignidad humana, protección de los derechos y bienestar, consentimiento informado, riesgo-beneficio favorable, confidencialidad y privacidad, equidad y no discriminación.

Resultados

A continuación, se presentan la caracterización de las personas mayores institucionalizadas, se inicia con la descripción del perfil sociodemográfico y se finaliza con el perfil de salud representado por enfermedades o condiciones médicas, así como alteraciones en sus esferas biológica, psicológica y/o social, es decir, funcionamiento cognitivo, afectivo, físico (actividades básicas de la vida diaria), nutricional y del entorno (apoyo social).

La edad mínima de los participantes en el estudio fue de 61 años y la máxima de 92, con un promedio de edad de 78.5 años. El resto de las variables sociodemográficas se describen en la tabla 4.1, donde se aprecia que 70% son mujeres, la mayoría eran viudas/os (33.3%); 86.7% tiene hijos/as y el resto no, la mayoría eran empleadas/os profesionistas (40%) seguido de empleadas/os no profesionistas (33.3%). La escolaridad más prevalente fue licenciatura (40%) y bachillerato (30%). El 96.7% de los participantes eran de la religión católica y sólo una persona testigo de Jehová. Previo a su in-

greso en el Centro Geriátrico Vivía con mis hijos/as (33.3%) y solos (30%). La mayoría cuenta con derechohabencia en el IMSS (33.3%) e ISSSTECALI (30%). El nivel socioeconómico (ingreso mensual) predominante fue el nivel medio (entre \$11 600.00 a \$34 999.00) con 83.3%.

Tabla 4.1. *Datos sociodemográficos de las personas mayores institucionalizadas*

<i>Variables</i>	<i>Categorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	Hombre	9	30
	Mujer	21	70
	Soltera/o	2	6.7
Estado civil	Casada/o	7	23.3
	Viuda/o	10	33.3
	Divorciada/o	8	26.7
	Separada/o	3	10
Tiene hijos/as	Sí	26	86.7
	No	4	13.3
	1	5	16.5
¿Cuántos hijos/as?	2	7	23.3
	3 o más	14	46.7
	No tiene hijos/as	4	13.3
Ocupación ¿a qué se dedicó?	Empleada/o profesionista	12	40
	Empleada/o no profesionista	10	33.3
	Ama de casa	8	26.7
	Primaria	2	6.7
Escolaridad	Secundaria	7	23.3
	Bachillerato	9	30
	Licenciatura	12	40
Religión	Católica	29	96.7
	Testigo de Jehová	1	3.3
	Vivía solo/a	9	30
Red de apoyo social (previo a su ingreso a la residencia)	Vivía con mi esposa/o	5	16.5
	Vivía con mis hijos/as	10	33.3
	Vivía con otros familiares	2	6.7
	Vivía en otra residencia o asilo	4	13.3
Acceso a servicios de salud (afiliación)	IMSS	10	33.3
	ISSSTE	5	16.5
	IMSS-Bienestar	2	6.7
	ISSSTECALI	9	30
Nivel socioeconómico (ingreso mensual)	Hospital Privado	4	13.3
	Nivel medio (entre \$11 600.00 a \$34 999.00)	25	83.3
	Nivel medio alto (entre \$35 000.00 a \$84 999.00)	5	16.5

Nota: *n* = 30 participantes; *f* = frecuencia; % = porcentaje.

Fuente: cédula de datos sociodemográficos (2025).

En la tabla 4.2 se destaca que las enfermedades más prevalentes en la población estudiada son hipertensión arterial (80%), enfermedad vascular cerebral (60%), depresión (53.3%), deterioro cognitivo y demencia, con una prevalencia combinada cercana a 90% con porcentaje similar al de otras condiciones médicas.

Tabla 4.2. *Diagnósticos médicos conocidos de las personas mayores institucionalizadas*

<i>Diagnósticos médicos conocidos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Diabetes tipo 2	6	20
Hipertensión arterial	24	80
Enfermedad vascular cerebral	18	60
Cáncer y/o tumor maligno	5	16.7
Plegia (parálisis)	13	43.3
Depresión	16	53.3
Hipotiroidismo	2	6.7
Sarcopenia	7	23.3
Sobrepeso/obesidad	13	43.3
Deterioro cognitivo	14	46.7
Demencia	12	40
Enfermedad del corazón	8	26.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	6.7
Osteoporosis	7	23.3
Otras condiciones médicas	27	90

Nota: $n = 30$ participantes; f = frecuencia % = porcentaje.

Fuente: ficha de antecedentes médicos y estado de salud, 2025.

En la tabla 4.3, se identifica que el nivel de dependencia para actividades básicas de la vida diaria se distribuye en 50% en dependencia moderada y 50% en dependencia severa; 63.3% se encuentra en riesgo de desnutrición; 36.7% presenta síntomas depresivos; 80% de las personas mayores presenta una prevalencia combinada de probable deterioro cognitivo y/o deterioro cognitivo severo (demencia) y 33.3% percibe apoyo social moderado. Se resalta que en tres de cinco instrumentos aplicados no fue posible su evaluación dado datos francos de deterioro cognitivo severo (demencia) en las personas mayores institucionalizadas.

Tabla 4.3. *Estado de salud funcional, cognitivo, afectivo, físico, nutricional y del entorno*

<i>Instrumentos aplicados</i>	<i>Categorías</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Índice de Katz	Independencia total	0	0
	Dependencia leve	0	0
	Dependencia moderada	50	50
	Dependencia severa	50	50
	Estado nutricional normal	0	0
Mini Nutritional Assessment (MNA)	Riesgo de desnutrición	19	63.3
	Desnutrición	11	36.7
	Normal	1	3.3
Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Presencia de síntomas depresivos	11	36.7
	No valorado por datos francos de deterioro cognitivo severo (demencia)	18	60
	Probable deterioro cognitivo	6	20
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Sin deterioro cognitivo	6	20
	No valorado por datos francos deterioro cognitivo severo (demencia)	18	60
	Bajo apoyo social	2	6.7
Escala multidimensional de apoyo social percibido	Moderado apoyo social	10	33.3
	Alto apoyo social	0	0
	No valorado por datos francos deterioro cognitivo severo (demencia)	18	60

Nota: $n = 30$ participantes; f = frecuencia % = porcentaje.

Fuente: instrumentos aplicados, 2025.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una coincidencia con la literatura existente en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de las personas mayores institucionalizadas. En primer lugar, el promedio de edad del presente estudio fue de 78.5 años, lo que se alinea con los hallazgos de Alcántara et al. (2019), quienes reportaron una media de edad de 77 años en su población de estudio. Asimismo, se reafirma la tendencia del predominio del sexo femenino en este grupo etario, lo cual ha sido ampliamente documentado por diversos estudios (Dosil et al., 2017; Haralanova y Georgieva, 2020).

Con respecto al nivel educativo, nuestros hallazgos indican que la mayoría de las personas mayores cuenta con nivel de licenciatura (40%), lo que contrasta con estudios previos donde predomina un nivel educativo bajo,

como el reportado por Dosil et al. (2017) y Silva et al. (2020), quienes señalan que la mayor parte de su población contaba con estudios primarios o menor escolaridad. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en el contexto sociodemográfico de las poblaciones estudiadas y que se trata un estudio en Centro Geriátrico del sector privado.

En términos de comorbilidades, la hipertensión arterial fue la enfermedad más prevalente en nuestra población (80%), lo que concuerda con los estudios de Avila et al. (2020) y Coindreau-Frías et al. (2018), quienes también identificaron a esta enfermedad como la más común en poblaciones institucionalizadas. Además, el deterioro cognitivo y la demencia alcanzaron una prevalencia combinada de 90%, lo cual es consistente con la literatura previa que destaca la alta frecuencia de trastornos cognitivos en adultos mayores institucionalizados (Leiva-Manzor et al., 2023; Dosil et al., 2017).

La alta prevalencia de depresión en nuestra población (53.3%) también es un hallazgo relevante y se encuentra en consonancia con los estudios de Amado Torres et al. (2023), quienes encontraron que 80% de su muestra padecía depresión leve. La relación entre el deterioro cognitivo y la depresión ha sido ampliamente documentada, ya que ambas enfermedades afectan la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor (Leiva-Manzor et al., 2023).

En cuanto a la dependencia funcional, nuestros resultados indican que 50% de la población presenta dependencia moderada y el otro 50% dependencia severa, lo que se asemeja a lo reportado por Dosil et al. (2017), quienes encontraron altos niveles de dependencia total en hombres (80%) y en mujeres (84%). Estos hallazgos refuerzan la idea de que la institucionalización está estrechamente relacionada con la pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria (Silva et al., 2020).

Otro hallazgo relevante es que 63.3% de las personas mayores en el presente estudio se encuentra en riesgo de desnutrición. Esto es superior a lo reportado por Avila et al. (2020), quienes identificaron que 9.1% de su muestra estaba en riesgo de desnutrición y 22.72% presentaba desnutrición. Sin embargo, las diferencias podrían explicarse por sensibilidad y especificidad del instrumento utilizado, entre otros factores coexistentes con el estado de salud de las personas mayores estudiadas.

Finalmente, 33.3% de nuestra población percibió un apoyo social moderado, lo cual se relaciona con los factores de institucionalización descritos por Silva et al. (2020) y Leiva-Manzor et al. (2023), quienes señalan que la falta de apoyo familiar y social es una de las razones principales por las que los adultos mayores ingresan a instituciones geriátricas. No obstante, dicho porcentaje también puede estar dado por la dificultad en la valoración de esta variable, puesto que en 60% de las personas mayores no se pudo valorar por datos evidentes de deterioro cognitivo severo (demencia).

En síntesis, los hallazgos de este estudio coinciden con la literatura existente en varios aspectos clave, como la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, la depresión y los niveles elevados de dependencia funcional en adultos mayores institucionalizados. Sin embargo, se identificaron algunas diferencias en el nivel educativo y el estado nutricional, lo que resalta la importancia de considerar el contexto específico de cada población al analizar estos fenómenos, así como los instrumentos a emplear.

Conclusiones

La caracterización de las personas mayores institucionalizadas en el presente estudio revela una población predominantemente de mujeres, con un nivel educativo alto y perteneciente a un nivel socioeconómico medio.

En términos de salud, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y dependencia funcional subraya la necesidad de estrategias de prevención, control y atención integral en los centros geriátricos para mejorar su calidad de vida.

El presente estudio refleja la necesidad de continuar caracterizando la población estudiada, además de contrastar los resultados de centros geriátricos públicos y privados con la finalidad de tener un panorama más completo y tomar las decisiones necesarias a nivel profesional y de política pública, al respecto.

Referencias

- Alcântara, R. K. L. de, Cavalcante, M. L. S. N., Fernandes, B. K. C., Lopes, V. M., Leite, S. F. P., y Borges, C. L. (2019). Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermería UFPE on line*, 13(3), 674-679. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a237384p674-679-2019>.
- Álvarez, M. G. R. (2024). *Directrices para la creación de una ley modelo sobre entornos amigables para las personas adultas mayores*. <http://riaa.uaem.mx/handle/-20.500.12055/4731>
- Amado Torres, A., Romero Leguizamón, J. J., y Vera Gómez, M. D. (2023). *Estilos de vida, condiciones sociodemográficas y clínicas asociadas a la ansiedad y depresión en el adulto mayor en hogares geriátricos en Bogotá de la localidad de Usaquén en el barrio Contador en el año 2023*. [Trabajo de investigación para optar al título de Especialización en Epidemiología, Universidad del Rosario.]
- Arroyo Cruz, F. J., Gutiérrez-López, C., Guerrero-Castañeda, R. F., y Jiménez González, M. D. J. (2024). Derivación teórica del proceso de afrontamiento y adaptación del adulto mayor al proceso de institucionalización. *Cultura de los Cuidados*, 28(69), 329-341. <https://doi.org/10.14198/cuid.22874>
- Ávila, N. J. P., Brito, E. G. M., Quevedo, K. C. P., Cárdenas, M. F. P., y Valenzuela, J. F. A. (2020). Estado de salud de los adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Cuenca/Health status of institutionalized older adults in the city of Cuenca. *Killkana Salud y Bienestar*, 4(4), 75-80. <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v4i4.753>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Coindreau-Frias, F., Ramos-Bacco, M., Barba-Marines, A., Gutiérrez-Torres, A., Barreira-Saldaña, H. A., y Valero-Gómez, J. (2018). Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey. *Salud Pública de México*, 60(6), 738-738.
- Consejo Nacional de Población (2012). *Proyecciones de la población de México 2010-2050*. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/DocumentoMetodologicoProyecciones2010_2050.pdf
- Dosil, C. (2017). *Perfil sociodemográfico, cognitivo y de salud de las personas que ingresan en centros residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo*. [Tesis de doctorado, Universidad de Santiago de Compostela.]
- Espacios Colaborativos del IMSERSO (2023). *Principales medidas para prevenir la institucionalización de personas con Alzheimer u otras demencias*. <https://blogcrea.imser-so.es/-/principales-medidas-para-prevenir-la-institucionalizacion-de-personas-con-alzheimer-u-otras-demencias#:~:text=Apoyo%20familiar%20y%20comunitario%3A%20Fortalecer,demencia%20permanezca%20en%20su%20hogar>

- Euroinnova. (2024). *¿Qué es un Centro Geriátrico?* <https://www.euroinnova.com/blog/que-es-un-centro-geriatrico>
- Feng, Z., Glinskaya, E., Chen, H., Gong, S., Qiu, Y., Xu, J., y Yip, W. (2020). Long-term care system for older adults in China: policy landscape, challenges, and future prospects. *The Lancet*, 396(10259), 1362-1372.
- Gascón, M. P. (2021). *El impacto del envejecimiento demográfico en el sistema sanitario, económico y social español*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza.] <https://zaguan.unizar.es/record/109316/files/TAZ-TFG-2021-1135.pdf>
- Gavrilov, L. A., y Gavrilova, N. S. (2010). Demographic consequences of defeating aging. *Rejuvenation research*, 13(2-3), 329-334.
- Gobierno de Baja California (2021). *Población Adulta Mayor*. <https://www.bajacalifornia.gob.mx/Documentos/coplade/pub-sociodemograficas/2021/Poblacion-adulta-mayor.pdf>
- Gobierno de México (2024). *Ley General de Salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Gobierno de México. (2024). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Gobierno de México (2024). *Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores*. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
- González González, A., Santamarina Fernández, A., López Sánchez, I., Paz Núñez, S., y Peña Ortiz, Z. M. (2021). Caracterización de adultos mayores institucionalizados en una casa de abuelos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3).
- Güths, J. F. D. S., Jacob, M. H. V. M., Santos, A. M. P. V. D., Arossi, G. A., y Béria, J. U. (2017). Sociodemographic profile, family aspects, perception of health, functional capacity and depression in institutionalized elderly persons from the north coastal region of Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(02), 175-185.
- Haralanova, G., y Georgieva, L. (2020). Sociodemographic and health profile of institutionalized people aged 65 and over. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 6(1), 41-46.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). *Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). *Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad*. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER_0.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2024). *Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024*. <https://www.bienestar.gob.mx/work/models/INAPAM/Transparencia/PlanesProInf/INAPAM20212024.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Esperanza de vida*. <https://cuenta-me.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/>
- Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (2023). *Guía de Estudio: Introducción a la Atención Primaria de Salud (APS)*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/828977/Gu_a_de_Estudio_APS.pdf
- Leist, A. (2018). Population aging, demographic trends and consequences for long-term care. En T. Boll, D. Ferring y J. Valsiner (Eds.), *Cultures of care in aging* (pp. 3-19). <https://doi.org/10.1108/978-1-64113-139-120251003>
- López Domínguez, J. (2017). Vivencias y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes institucionalizadas. [Tesis de doctorado en Ciencias Enfermeras, Universitat de Barcelona.] https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118168/1/JLD_TESIS.pdf
- López Arellano, O., y López Moreno, S. (2015). Derecho a la salud en México. En *Derecho a la salud en México* (pp. 51-82). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Maestas, N., Mullen, K. J., y Powell, D. (2023). The effect of population aging on economic growth, the labor force, and productivity. *American Economic Journal: Macroeconomics*, 15(2), 306-332.
- Marín, D. C. (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gaceta sanitaria*, 15(2), 154-163.
- Mirallas Rojano, Á., y Rey Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26(4), 132-136.
- Olaguibe, J., y López-Hernández, D. (2021). El reto del envejecimiento demográfico. Aportes desde la relación trabajo y familia. *Revista Empresa y Humanismo*, XXVI(1), 55-78. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/60027/1/rhereder%2C%2003.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (2024). *Mirada global e historias humanas*. <https://news.un.org/es/story/2024/07/1531126#:~:text=Despu%C3%A9s%20de%20una%20breve%20disminuci%C3%B3n,hab%C3%ADa%20bajado%20a%2070%2C9>
- Organización de las Naciones Unidas (2024). *Envejecimiento*. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/398788/Guia_Consulta_Gu_a_cl_nica_para_la_atenci_n_primaria_a_las_PAM.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2024). *Oportunidades para un envejecimiento saludable en México*. <https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2024-oportunidades-para-envejecimiento-saludable-mexico>
- Palacios, Cigarroa, Méndez, P. G., Galindo, C. A., Acevedo, M. R., y Gómez, S. S. (2023).

- Perfil de los adultos mayores institucionalizados en relación de las variables biopsicosociales y clínicas en América Latina. *Gaceta Médica Boliviana*, 46(2), 20-27.
- Pérez Díaz, J. (2005). *Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico*. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/5116/1/Perez2005.pdf>
- Pérez-Morente, M., Campos-Escudero, A., Sánchez-Ocón, M. T., y Hueso-Montoro, C. (2020). Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201912102.
- Permanyer, I., y Bramajo, O. (2022). El aumento de la longevidad en Europa: ¿Añadiendo años a la vida o vida a los años. *Perspectives Demographiques*, 28, 1-4.
- Phillips, K. D., y Harris, R. B. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 249-272). Elsevier.
- Pilger, C., Menon, M. H., y de Freitas Mathias, T. A. (2011). *Características sociodemográficas y de salud de ancianos: contribuciones para los servicios de salud*. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/d5cZKxwTqJHs5SZmFJVrqXG/?format=pdf&lang=es>
- Pinzón-Pulido, S., Pena, F. G., Alcázar, V. R., Lima-Rodríguez, J. S., Triano, M. F. R., Domene, M. M., y Trujillo, F. A. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería clínica*, 26(1), 23-30.
- Procuraduría Federal del Consumidor (2018). *Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores*. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
- Puyol, R. (2024). El envejecimiento demográfico: estereotipos, prejuicios, mitos y oportunidades. *Boletín de la Real Sociedad Geográfica*, (CLXII), 9-19.
- Secretaría de Salud (2001). *Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México*. <https://amdeu.com.mx/images/codigo.pdf>
- Secretaría de Salud (2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#gsc.tab=0
- Silva, D. F. D., Barbosa, K. T. F., Honório, G. M. D. S., Dias, C. T. D. C., Leal, N. P. D. R., y Oliveira, F. M. R. L. D. (2020). Institucionalización de personas mayores: determinantes y caracterización sociodemográfica. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, (58), 217-228
- Tortosa Chuliá, M. Á., y Sundtröm, G. (2022). El cohousing senior en España. Cambios desde la economía social en los alojamientos y en la economía de los cuidados para personas mayores. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (104).