



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Doctorado en Ciencias de la Salud

**Cuidados e intervenciones de enfermería enfocados en las
necesidades de salud del adulto mayor, bajo la Teoría de
Kristen M. Swanson**

TESIS

Para Obtener el Grado de
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. Jessica Belén Rojas Espinoza

Comité Tutorial

Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández

Tutor Académico

Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril

Tutor Interno

Dra. en P.L. Laura Vázquez Galindo

Tutor Externo

Toluca, Estado de México, mayo de 2017



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a los seres más sabios y humanos que he conocido, los adultos mayores, especialmente a Ceci, un ángel que me enseñó el amor, la tolerancia y la simplicidad de la vida, siempre me dio más de lo que tuvo.

Agradezco a mis papás, a mi hija Dana y a mi hermano, por su apoyo, amor y fe en mí, son mi motor de vida.

Un especial agradecimiento a mis maestras, mis modelos a seguir, Lulú, Lucy y Bety, me han enseñado la entrega, profesionalismo y amor a la Enfermería, su acompañamiento y guía me han ayudado a crecer.

“Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, el sufrimiento, la lucha, la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada”.

Elisabeth Kübler-Ross

ÍNDICE

	No. Página
Resumen.....	VI
Summary.....	VII
1. Antecedentes	
1.1 Historia del Envejecimiento.....	8
1.2 Problemas de salud en los adultos mayores.....	14
1.3 Cuidados e intervenciones de enfermería en los adultos mayores.....	21
2. Planteamiento del problema.....	27
3. Justificación.....	30
4. Supuesto.....	32
5. Objetivos.....	32
6. Material y métodos	
6.1 Diseño del estudio.....	33
6.2 Universo y Muestra.....	34
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	35
6.4 Procedimientos.....	36
6.5 Recolección de datos.....	39
6.6 Análisis estadístico.....	39
6.7 Implicaciones bioéticas.....	40
7. Resultados	
7.1 Capítulo de libro aceptado	
7.1.1 Una mirada a la última etapa de la vida: qué sucede con los adultos mayores.....	41
7.1.2 Carta de aceptación.....	41
7.1.3 Página frontal del manuscrito.....	42
7.1.5 Capítulo de libro.....	43
7.2 Artículo 1 enviado	
7.2.1 Modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores.....	61
7.2.2 Carta de envío del artículo.....	61

7.2.3 Resumen.....	62
7.2.4 Apartados del artículo.....	62
Introducción.....	62
Métodos.....	63
Resultados.....	65
Conclusiones.....	78
Referencias.....	78
7.3 Artículo 2 enviado	
7.3.1 Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de una casa de día.....	81
7.3.2 Carta de envío del artículo.....	81
7.3.3 Resumen.....	82
7.3.4 Apartados del artículo.....	82
Introducción.....	82
Métodos.....	85
Resultados.....	86
Discusión.....	93
Conclusiones.....	94
Referencias.....	96
8. Resultados adicionales	98
9. Discusión general.....	100
10. Conclusiones generales.....	103
11. Bibliohemerografía.....	106
12. Anexos	
Anexo 1: Carta de consentimiento informado (cuestionarios).....	110
Anexo 2: Formato de valoración por patrones funcionales.....	111
Anexo 3: Escala de Depresión Geriátrica.....	114
Anexo 4: Índice de Katz.....	115
Anexo 5: Escala de Valoración nutricional.....	116
Anexo 6: Escala de Recursos Sociales (OARS).....	117
Anexo 7: Carta de consentimiento informado (entrevistas).....	119
Anexo 8: Guía de entrevista a profundidad.....	120

Votos Aprobatorios



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Coordinación del Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 22 de mayo de 2017

DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

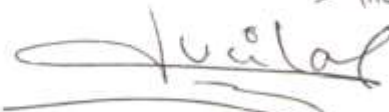
Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestra: Jessica Belen Rojas Espinoza, egresada del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2013-2016, quien realizó el trabajo de tesis titulado: "**Cuidados e intervenciones de enfermería enfocados en las necesidades de salud del adulto mayor, bajo la Teoría de Kristen M. Swanson**", bajo la Tutoría Académica de la Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

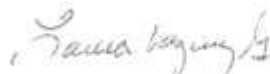
"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"



Tutor Académico
(nombre y firma)



Tutor Interno
(nombre y firma)



Tutor Externo
(nombre y firma)

Resumen

Al adulto mayor se le han otorgado diversas conceptualizaciones que parten de ideas o constructos sociales generados a través de la historia, en donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, que dificultan construir un concepto general de lo que significa ser adulto mayor, quienes presentan necesidades específicas e individuales, que parten de la situación actual en la que viven y de su historia de vida; en consecuencia, la función de la enfermera profesional de enfermería es identificar las necesidades o problemas de salud del adulto mayor para promover un envejecimiento saludable.

De ahí la necesidad de haber realizado la presente investigación con el objetivo de describir los cuidados e intervenciones de enfermería enfocados en las necesidades de salud de los adultos mayores que asisten a una Casa de Día en Toluca, Estado de México, para diseñar un modelo de cuidados e intervenciones de enfermería fundamentado en la Teoría del Cuidado Profesional de Kristen M. Swanson. Para tal fin, se empleó un enfoque metodológico mixto, utilizando el método hermenéutico, conformándose por tres fases: 1) Diagnóstico: se definieron las condiciones sociodemográficas, gustos, costumbres y necesidades de los adultos mayores, mediante el instrumento de valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, mismo que se validó estadísticamente con un Alfa de Cronbach de 0.73; 2) Intervención: Se mantuvo una relación de ayuda y confianza con el grupo de adultos mayores de la casa de día, involucrándose en actividades físicas, de terapia ocupacional y de salud, favoreciendo el diálogo y la apertura de sentimientos y pensamientos, que enriquecieron las entrevistas a profundidad y apoyaron en definir los cuidados de enfermería que requieren los adultos mayores; 3) Resultado: se propone el Modelo de Cuidado para el Adulto Mayor sustentado en la Teoría de los Cuidados.

Es así que, la importancia del estudio radica en la obtención de un instrumento validado para la valoración del adulto mayor “sano”, así como, la propuesta de un modelo de cuidado basado en la Teoría de Kristen M. Swanson.

Se pudo concluir que la asistencia de adultos mayores a las casas de día genera mejores niveles de bienestar y calidad de vida. La convivencia, como terapia social, ayuda a elevar la percepción que tienen de sí mismas; se puede decir que la fortaleza interna, la espiritualidad y las actividades de cuidado de las mujeres adultas mayores prolongan su esperanza de vida.

Summary

The older adult has been given various conceptualizations based on ideas or social constructs generated throughout history, where biological, psychological and social factors intervene, which make it difficult to construct a general concept of what it means to be an older adult, who presents needs specific and individual, based on the current situation in which they live and their life history; consequently, the role of the nurse practitioner is to identify the health needs or problems of the older adult to promote healthy aging.

Hence the need to have carried out the present research with the objective of describing nursing care and interventions focused on the health needs of older adults attending a day house in Toluca, State of Mexico, to design a model of care and nursing interventions based on Kristen M. Swanson's Theory of Professional Care. For this purpose, a mixed methodological approach was used, using the hermeneutical method, conformed by three phases: 1) Diagnosis: the sociodemographic conditions, tastes, customs and needs of the elderly were defined, through the instrument of evaluation of the eleven patterns functional analysis of Marjory Gordon, which was statistically validated with a cronbach's alpha of 0.73; 2) Intervention: A relationship of help and trust was maintained with the group of older adults in the day care unit, engaging in physical activities, occupational therapy and health, favoring dialogue and the opening of feelings and thoughts, which enriched the depth interviews and supported the definition of nursing care required by older adults; 3) Outcome: the Model of Care for the Elderly, based on Care Theory, is proposed.

Thus, the importance of the study lies in obtaining a validated instrument for the evaluation of the "healthy" elderly, as well as the proposal of a care model based on Kristen M. Swanson's Theory.

It was possible to conclude that the attendance of older adults to day homes generates better levels of well-being and quality of life. Coexistence, as social therapy, helps raise their perception of themselves; it can be said that the internal strength, spirituality and care activities of older adult women extend their life expectancy.

1. Antecedentes

1.1 Historia del envejecimiento

Biner y Bourlière (1985), definen al envejecimiento como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. De acuerdo a Birren y Zarit (1985); el envejecimiento biológico es un proceso de cambio del organismo, que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales¹. Además, el envejecimiento es un proceso individual, fruto de la interacción entre la herencia genética y el entorno en el que se desarrolla la persona. La consideración del hombre desde un punto de vista biopsicosocial lleva a plantear los cambios que el tiempo produce sobre él desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social. Estos cambios que el tiempo provoca sobre la persona, en sus diferentes esferas, van a condicionar el perfil del adulto mayor y, por tanto, su capacidad de autocuidado para satisfacer sus propias necesidades².

En la esfera biológica, el envejecimiento, además de tener un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte³.

En este sentido, el envejecimiento es un proceso natural e inevitable; sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. La experiencia del envejecimiento está diferenciada según la condición de género y de los roles tradicionalmente asignados, es decir, los hombres como “proveedores” y las mujeres como “cuidadoras de otros”. En el caso de los hombres mayores el proceso de envejecimiento se vive con mayor tristeza y frustración, en comparación con las mujeres, debido a que ellos no pueden seguir cumpliendo con el papel social y culturalmente asignado de proveer⁴, esto se refleja en desvalorización de su masculinidad como consecuencia de la disminución de la fuerza física

y debilidad muscular. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el deterioro físico y funcional fisiológico no siempre va unido al deterioro psicológico, “sentirse viejo”, ya que este último depende más de la actitud del individuo para vivir la etapa del envejecimiento⁵. Asimismo, durante el envejecimiento la posición social de los adultos mayores cambia por la jubilación laboral, que implica adquirir un nuevo *rol* o roles, como: ser abuelo, ayudar a los hijos en la crianza de los nietos o asistir a algún club social⁶.

Sin embargo, es preciso distinguir entre envejecimiento y vejez. A lo largo de la historia de la cultura y civilizaciones han surgido opiniones, evaluaciones y juicios sobre la vejez, por parte de pensadores, literatos y científicos. Estas evaluaciones han traído consigo estereotipos positivos o negativos sobre diversos ámbitos de la realidad y circunstancias de la vejez, personales, sociales, físicos, mentales, conductuales, afectivos, etc. Es decir, la vejez ha sido valorada de dos formas, una positiva y otra negativa. La primera, hace referencia a la consideración de la persona mayor con conocimientos de la vida, experiencias, de alto estatus social, merecedor de un gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás. La segunda, destaca la vejez como un estado deficitario. Matras (1990), resume la valoración negativa de la vejez con los siguientes rasgos: físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y con una disminución del estatus social. Estas visiones representan mitos y prejuicios que dificultan el envejecer bien y limitan una adecuada integración del adulto mayor en la sociedad⁷.

Robles (2005), menciona que las construcciones sociales de la vejez se objetivizan en imágenes donde llegar a ser viejo es entrar a una etapa de constante declive, pérdidas y cercanía a la muerte. Dichas imágenes se construyen con base en referentes sociales de diferente índole y cuya función es señalar cómo se operan las transformaciones durante el proceso de envejecimiento en términos de vejez. En el campo de la salud, los referentes de tipo biológico (específicamente los de tipo de funcionalidad física y mental) constituyen los parámetros para señalar los niveles de habilidad funcional para resolver actividades fundamentales de la vida cotidiana. En el plano social, el parámetro es la marginalización en el sistema de intercambio social por su incapacidad de intercambiar bienes y servicios con

las generaciones más jóvenes. En el plano económico se define a partir de su ingreso al goce de los derechos de pensión⁸.

En efecto, a la vejez se le considera un proceso biológico, psicológico y social. Cada uno de estos tres elementos, tiene su propia versión para describir el individuo en la etapa de la vejez:

- **Biológico:** La edad biológica es considerada como la edad cronológica o la condición de los órganos o sistemas corporales del individuo. Esto significa, por ejemplo, el proceso corporal (ejemplo: sistema cardiovascular), de un individuo que tiene 80 años, no funciona como los demás que tienen la misma edad. Pero es posible para un individuo de 80 años que es activo físicamente (deportista), poseer un corazón o capacidad pulmonar característica de alguien más joven; por lo tanto la edad biológica no es sinónimo de edad cronológica.
- **Psicológico:** La edad psicológica se refiere a las capacidades adaptativas del individuo, o sea, cuán bien se puede adaptar a las demandas del ambiente cambiante. Incluye el estudio de la memoria, el aprendizaje, la inteligencia, las destrezas, los sentimientos, la motivación y las emociones. El concepto de edad funcional se refiere al nivel de la capacidad que posee el individuo relativo a otros de su misma edad para el funcionamiento dentro de su sociedad.
- **Social:** La edad social se refiere a los hábitos sociales y roles del individuo relativo a las expectativas de la sociedad. Esto incluye muchas manifestaciones observables, por ejemplo, la forma en que uno se viste, las actividades preferidas o las actitudes que uno posee hacia asuntos específicos. Por lo tanto, los roles sociales de las personas de mayor edad son definidos por la manera en que el grupo de personas los perciben⁹.

Actualmente existen tres factores que están posibilitando un cambio de actitudes y prejuicios hacia la vejez:

- Un nuevo enfoque epistemológico que ha permitido: 1) tener en cuenta al sujeto objeto de la investigación; 2) ver la diversidad del proceso de envejecimiento frente a la uniformidad, al igual que en cualquier edad; 3) tomar como objeto de investigación el

envejecimiento normal; 4) postular, a través del enfoque del ciclo vital, diferentes etapas del desarrollo a lo largo de toda la vida, teniendo la vejez, también, diferentes fases al igual que otro cualquier periodo; e) entender por desarrollo no sólo declive, sino también crecimiento y, sobretodo; 5) valorar cada etapa del desarrollo en sí misma y no por comparación con otras; 6) optimizar la competencia de etapa, grupo o individuo en función de sus predisposiciones, creando y adaptando contextos; 7) investigar, prevenir e intervenir con el modelo biopsicosocial contra el biomédico.

- Las políticas de Bienestar Social impulsadas a partir de la segunda Guerra Mundial.
- Cambiar el autoconcepto de las personas mayores, rompiendo el determinismo de la edad cronológica y representándose las vivencias acerca de las experiencias que le permiten tener distintas edades de sí mismo¹⁰.

Asimismo, la categoría tercera edad es una etapa en que las personas deben abrirse a lo nuevo, a las formas de relacionarse (con la pareja, la familia, con la comunidad), rescatar antiguos proyectos de vida e iniciar otros, involucrarse en el aprendizaje de nuevas habilidades, etc. Evidentemente, la expresión ‘tercera edad’ tiene su historia relacionada con las intenciones de cambiar las connotaciones negativas existentes en torno a la vejez, afirmando esta etapa como la más propicia para la autorrealización, por la supuesta ventaja de la experiencia de vida acumulada¹¹.

De la misma forma en que los conceptos descritos con anterioridad han sido cambiantes a través del tiempo, también sucede con el concepto de adulto mayor, valorándolo de formas distintas, de acuerdo a las políticas, culturas, costumbres, ideologías y mitos que predominen en el lugar de procedencia de ésta población. De esta manera, se pueden identificar diversos factores que intervienen para determinar que una persona es adulto mayor, como ya se han mencionado, entre estos factores destacan la edad cronológica, física, psicológica y social, por lo que aún es difícil obtener una definición concisa del adulto mayor, enlistándose a continuación las conceptualizaciones existentes hasta el momento.

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta adulto mayor¹².

Fernández (2010), refiere que la adopción del término de categorización demográfica adulto mayor, para definir a este segmento de la población, se refiere, a su capacidad de mantenerse en una actitud de vigencia, en oposición a la antigua denominación anciano, viejo, senil; cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad, es decir, son vocablos denigrantes y peyorativos para designar a las personas de edad. Por lo general, son expresiones creadas por perfiles negativos que ha establecido la sociedad en algunas culturas hacia el adulto mayor¹³.

Para fines de la presente investigación, se entenderá por adulto mayor aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que se caracteriza por ser sabia, experta, paciente y tolerante, como resultado de la transición asociada a la experiencia vivida, el conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión de su vida.

Ahora bien, en un intento de determinar quién es el adulto mayor de acuerdo a sus características y condiciones físicas-biológicas se les ha clasificado de diversas formas. Atendiendo a la edad de las personas:

- Seniles: individuos entre 65 y 74 años.
- Ancianos: personas por encima de los 75 años.
- Longevos: mayores de 90 años

Las personas envejecen de manera gradual e individualizada, así las características y capacidades de una persona de 70 años no son las mismas que las de una de 90, a su vez, individuos de la misma edad pueden encontrarse en condiciones de salud física o psíquica

diferente, o situación social desigual. Por esto último, algunos autores establecen otra clasificación:

- Persona mayor no de riesgo o sana: persona mayor de 65 años que es capaz de mantener independencia y, por tanto, su capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, a pesar de que ésta se pueda ver mermada por el hecho de envejecer.
- Persona mayor de riesgo: persona mayor de 65 años en situación de vulnerabilidad o fragilidad, que dadas sus condiciones físicas, psíquicas o sociales le colocan en una situación de fragilidad, de equilibrio inestable, que puede conducir a un alto grado de dependencia, de pérdida de su autonomía, lo que conlleva un riesgo elevado de institucionalización o fallecimiento.
- Paciente geriátrico: supone un grado más respecto a la persona mayor de riesgo, es aquel que cumple tres o más de los siguientes requisitos:
 - Ser mayor de 75 años.
 - Tener trastorno funcional incapacitante.
 - Padecer trastorno mental incapacitante.
 - Cursar con pluripatología relevante.
 - Tener fragilidad social.

1.2 Problemas de salud en los adultos mayores

Cabe destacar que el envejecimiento se ha convertido en uno de los temas que determinarán el futuro de las sociedades a nivel mundial. La población en general está viviendo una era signada por envejecimiento, sin precedentes, nunca antes tantos individuos (de ambos sexos) han vivido tantos años¹⁴. Debido a la transición de la población mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó en Viena, en 1982, la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en donde se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, primer instrumento que contiene la formulación de políticas y programas sobre la atención del adulto mayor. Este documento contiene 62 recomendaciones para la acción en: investigación, recolección de datos, análisis, capacitación, así como, temas de: salud y nutrición; protección de los adultos mayores; vivienda y medio ambiente; familia, seguridad social y económica; empleo y educación¹⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015) describe que el envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud. Situación que refleja un incremento del número de personas con 60 años o más en todo el mundo, ya que se ha duplicado la cantidad de esta población desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones en el 2050¹⁶. En 1950 la proporción de personas de edad era del 8%; en el año 2000 del 10%; y en el 2050 se proyecta que llegará al 21%¹⁷.

En el contexto nacional, México no escapa al envejecimiento poblacional, de acuerdo con datos del Censo de Población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010, la población mexicana de 60 años y más asciende a 10, 055, 379, lo que significa el 9% de la población total del país (112, 336, 538), con una tasa de crecimiento anual de adultos mayores de 3.8% entre 2000 y 2010¹⁸. Es evidente que la población mexicana se dirige hacia una transición demográfica en la que la mortalidad, fecundidad y la tasa de crecimiento se encuentran en franco descenso. En esta transición la población se encamina a un crecimiento más reducido y a un perfil envejecido. La edad media pasará de 29 años en 2010 a 31 en 2020 y a 38 en 2050. La población menor de 15 años disminuirá de 33.9 millones de personas en 2010 a 32.7 millones en 2020; y a 28.9 millones en 2050. El grupo de adultos mayores (65 años y más), por su parte, aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 114.4 millones en 2050¹⁹.

Específicamente en el estado de México, en 2010, se registraron 1, 137,647 habitantes de 60 años a más lo que equivale al 7.4% de la población, de los cuales la mayoría (58.2%) se encuentran en un rango de edad de 60 a 69 años de edad. Se espera que para 2030 se aproximen a los 3 millones de adultos mayores, con lo que abarcarían poco más de 16% de la población total de la entidad²⁰.

Estas modificaciones en la población generan consecuencias económicas, culturales, políticas en todos los estratos sociales, que derivan en problemas catastróficos al interior de los hogares de los adultos mayores, como abandono, violencia, desnutrición, pobreza, analfabetismo, desigualdad, enfermedad; asimismo, al exterior de los hogares, es decir, a

nivel estatal, nacional y mundial, estos problemas se magnifican, siendo necesarios cambios en las políticas públicas y en las medidas de salud preventivas.

A su vez, como consecuencia del envejecimiento, se enfatizan características y problemas de salud específicos en la población adulta mayor, evidenciándose en cada uno de los sistemas y aparatos del cuerpo humano deficiencias y disfuncionalidad, que propician el desencadenamiento de enfermedades de carácter crónico-degenerativo, sin embargo, es importante definir el significado de la salud en el adulto mayor.

Es así que, durante mucho tiempo el término salud fue referido a la presentación y tratamiento de síntomas, una concepción moderna del mismo término, como lo señala Ibarra G., es el que contempla un estado emocional, sin duda, como componente importante en la salud. La sociedad occidental, de marcadas raíces religiosas, demanda en la integración final del concepto, la inclusión de una dimensión espiritual como parte del equilibrio individual. Se puede definir, entonces, el concepto de salud como el equilibrio entre el estado físico, mental, social, emocional y espiritual donde el individuo es capaz de interactuar, recrearse y funcionar satisfactoriamente. A pesar de la complejidad de la composición del concepto, éste puede satisfacer las variadas demandas del individuo de todos los niveles en la búsqueda de la salud²¹.

La salud, definida como el bienestar social, psicológico y físico de un individuo, y como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en ese medio” (Dubos, 1975 citado por Labino 2004), es una de las variables que más ha sido estudiada en el adulto mayor. Para estudiar la salud en el adulto mayor es fundamental, no sólo incluir la salud física, sino también las alteraciones funcionales físicas, psíquicas y sociales; la salud objetiva se entiende como la frecuencia de aparición de síntomas o dolores (dolor de huesos, mareos, tos, boca seca, sofocos etc.); es decir, enfatiza en aspectos reales y observables, observando que los cambios físicos por los que atraviesa el adulto mayor lo predisponen a desarrollar diversas enfermedades, entre las cuales las más comunes son la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares que afectan la capacidad funcional, ocasionada por la disminución de la fuerza muscular, pérdida de la flexibilidad y

equilibrio y debilitamiento del sistema sensorial, lo cual condiciona en gran medida la calidad de vida de los adultos mayores. Por su parte, la salud psíquica abraza factores relacionados con el desarrollo, la depresión, la demencia senil y la disminución de la capacidad de almacenamiento de la información, aunque se ha encontrado que el adulto mayor, pese a la disminución de su capacidad cognitiva, tiene toda la capacidad de aprendizaje²².

Por ejemplo, el proceso perceptivo en el adulto mayor se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera²³.

Los resultados de diferentes investigaciones sobre la inteligencia en el adulto mayor ponen de manifiesto que:

- Hasta edades muy avanzadas no se encuentra un decrecimiento significativo en todas las aptitudes ni en todos los individuos.
- En la mayor parte de los individuos se produce un descenso de aptitudes que requieren rapidez de respuesta, así como en aquellas sensibles al deterioro, aunque sea ligero, del sistema nervioso.
- Se encuentran pérdidas en la mayoría de las aptitudes de las personas que padecen enfermedades cardiovasculares o que viven en ambientes empobrecidos; estas disminuciones comienzan a manifestarse prematuramente.
- La varianza de los cambios que da la maduración en muchas de las aptitudes es relativamente pequeña, en comparación con la atribuible a diferencias de generación.
- En poblaciones de sujetos que dispongan de buena salud, buen nivel de instrucción y estimulación enriquecedora, los cambios ontogenéticos en las variables intelectuales son pequeños, de manera que muchas personas pueden actuar el nivel medio de los jóvenes²⁴.

En este sentido, el modelo de Virginia Henderson, puede explicar la influencia del paso del tiempo en los cambios en las necesidades básicas que presentan las personas mayores: 1)

Cambios biológicos: hacen referencia a los producidos a nivel anatomofisiológico, “Ser viejo”; 2) Cambios psíquicos: cómo se enfrenta la persona a su propio proceso de envejecimiento, “Sentirse viejo”; 3) Cambios sociales: qué rol desempeña el anciano en la sociedad, “Ser considerado viejo”.

Si bien es posible afirmar que hay necesidades que son comunes a todas las personas (cambios de rol social o familiar, por ejemplo), la forma de llevar a cabo las acciones necesarias para satisfacerla es individual y específica de cada individuo. El objetivo de los cuidados enfermeros debe ser el fomento y el refuerzo de los recursos propios (conocimientos, motivación, actitud, capacidad), para que la persona sea capaz de satisfacer sus necesidades o bien, aceptar ayuda procedente de su entorno. Asimismo, la calidad de vida de las personas mayores está íntimamente relacionada con la capacidad de emitir respuestas adaptativas a las necesidades surgidas. Así, los factores que van a afectar a dicha calidad de vida son:

Independencia funcional: grado de funcionalidad física, psíquica o socioeconómica. La persona anciana independiente posee mayor calidad de vida que aquella que depende de su familia y/o entorno. Vivienda propia, convive con la pareja o familia: la viudez es un factor negativo en la calidad de vida de los ancianos. Relaciones sociales o familiares: el aislamiento social o familiar, objetivo o subjetivo, influye negativamente en la calidad de vida de las personas²⁵.

En enfermería son varias teóricas las que abordan implícitamente en sus trabajos las necesidades del ser humano, del paciente o cliente, según el enfoque de cada una de ellas. Conforme a los escritos de Florence Nightingale (1851), la higiene del entorno es uno de los elementos más importantes para lograr el bienestar de los pacientes, siendo importante satisfacer las necesidades de ventilación, iluminación, temperatura. Así mismo, consideró importante evitar el ruido innecesario y otorgar una dieta adecuada para el paciente²⁶.

Dorotea E. Orem, conceptualiza al ser humano como un ser universal completo, que desarrolla necesidades y es capaz de otorgar un autocuidado continuo. En su *Teoría del déficit de autocuidado*, específica cuándo se necesita la participación de enfermería, es

decir, cuando una persona es incapaz o está limitada en proveer los autocuidados continuos, y en respuesta a esto, en su *Teoría de los sistemas de enfermería*, describe cómo las necesidades de autocuidado del paciente deben ser satisfechas por la enfermera, el paciente o ambos. Describe como *requisitos de autocuidado universales*, los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, y son los siguientes:

1. Aporte suficiente de aire.
2. Aporte suficiente de alimentos.
3. Aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. Equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. Equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal²⁷.

Katharine Kolcaba menciona en su *Teoría del Confort*, que la comodidad es la experiencia inmediata a ser fortalecido por tener necesidades de alivio, facilidad y trascendencia reunidos en cuatro contextos (físicos, psico-espiritual, sociales y ambientales). El Cuidado de Confort en cualquier escenario o población requiere que las necesidades de confort total de los pacientes sean evaluadas, las intervenciones están diseñadas para atender las necesidades de confort que no han sido cumplidas por los sistemas de apoyo existentes de los pacientes, y la evaluación de si la efectividad de estas intervenciones se lleva a cabo. Deseos y aspiraciones tales como para el apoyo social, permanecen en su propio hogar, entendiéndose, una seguridad financiera, y el mantenimiento funcional de la salud estricto, en el constructo del confort holístico en el que se incorporan las necesidades físicas, psico-espirituales, socioculturales y ambientales. Porque la teoría se basa en las necesidades de los pacientes, es una representación de la esperanza que los pacientes mantienen o recuperan al mismo tiempo en el sistema de cuidado de la salud. Se han identificado dos características de las necesidades humanas. En primer lugar, las necesidades producen un manejo

motivacional que dirige el comportamiento humano. Los pacientes tienen implícito y explícito sus necesidades de confort que, cuando las dan a conocer, los fortalecen y los motivan. En segundo lugar, las necesidades son una fuerza conducida por las políticas sociales y culturales. Las necesidades de confort del paciente son impulsadas por las expectativas y normas culturales que delinear lo que es importante²⁸.

Betty Neuman (1970), dentro de su *Modelo de Sistemas*, dice que cuando el sistema de necesidades está completamente satisfecho, existe un estado de bienestar óptimo y el cliente está saludable. Por el contrario, las necesidades insatisfechas reducen el estado de bienestar. Bienestar es una condición en donde todos los subsistemas están en equilibrio y armonía. La línea flexible de defensa es como el acordeón en la naturaleza, expandir o contraer, dependiendo de las necesidades del cliente²⁹.

Ida Jean Orlando (1990), también hace mención a las necesidades del paciente en su *Teoría del Proceso de Enfermería*: Las limitaciones físicas del paciente pueden impedirle obtener el servicio o ayuda de otra persona o agencia. Lo que los pacientes necesitan de la otra persona pueden ser habilidades especiales, formación, autoridad, conocimiento o responsabilidad, como abogado, médico, trabajador social o de bienestar, ministro, etc. Es responsabilidad directa de la enfermera hacer que se cumplan las necesidades del paciente, ya sea para obtener ayuda por su propia actividad o llamando en la ayuda de otros. Las necesidades que el paciente puede cumplir cómodamente por sí mismo, no son concernientes a la preocupación profesional de la enfermera. El éxito del tratamiento o de las medidas preventivas en última instancia se basa en la capacidad del paciente para usarlas. Esta es la razón por la que la enfermería tradicional y actual se centra en la importancia de ayudar a los pacientes con sus necesidades³⁰.

La teoría de los Modelos y Modelados de Roles (1992), se fundamenta sobre conceptos de varios teóricos. Cada teórico pone énfasis en un aspecto de la persona. Sin embargo, la creación de Erickson de una teoría integral de enfermería explica que las relaciones dinámicas entre estos conceptos conducen a nexos teóricos.

Las relaciones existen entre:

- Necesidad de satisfacción y desarrollo de la tarea de resolución.
- Necesidad de satisfacción y potencial de adaptación.
- Necesidad de satisfacción, objeto de apego y pérdida, dolor, crecimiento y desarrollo.
- Desarrollo residual y recursos de autocuidado.

Específicamente en los adultos mayores, a través de diversos estudios, se ha identificado que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable³¹.

Con respecto al estado de salud de los adultos mayores en México, un estudio reportó que los principales padecimientos en esta población son la hipertensión (40%), diabetes (24%) e hipercolesterolemia (20%). Para los indicadores de salud mental, 17.6% presentó síntomas depresivos; 7.3%, deterioro cognitivo y, 7.9%, demencia. Para el estado funcional, 26.9% reportó dificultad para realizar actividades básicas y, 24.6%, para actividades instrumentales, teniendo como conclusión la necesaria puesta en marcha de un nuevo modelo de atención para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas en la vejez, así como al aumento de la discapacidad y consecuente dependencia que resulta de ellas³².

1.3 Cuidados e intervenciones de enfermería en los adultos mayores

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Es decir que, durante muchos años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudará a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

Cuidar, para muchas teóricas de enfermería, se considera que es el fundamento de la disciplina y de la práctica de enfermería. Sin embargo, no es un concepto simple.

Menospreciado por ser demasiado ilusivo, vago y ambiguo, el cuidado sigue siendo el concepto más importante para la iluminación de lo que sucede en la relación enfermera-paciente y en el mutuo proceso de enfermería humano y medio ambiente. El cuidado es un concepto complejo, relacional que se basa en las interacciones complejas entre los individuos y los demás en su mundo de vida. Neuman (1991), considera que cuidar en la experiencia de la salud humana es el fenómeno central de la enfermería que facilita la salud y la curación. Roach define el cuidado como la compasión, el compromiso, la conciencia, la confianza, la competencia, y el comportamiento. Mayeroff (1971), se centró en el cuidado como ayudar a otros a crecer. Watson avanzó la idea de la enfermería como una ciencia sagrada, y el cuidado bien informado intenta proteger y promover la dignidad humana. Ray explicó el significado de cuidar como el amor y la co-presencia, y en la práctica el cuidado iluminado espiritual-ético como una interrelación con las dimensiones políticas, económicas, legales y tecnológicas del entorno de la organización.

A lo largo de treinta años de estudio en el cuidado, nuevas ideas y múltiples significados del cuidado han avanzado. Aunque hay muchas maneras diferentes de cuidar, en las definiciones de cuidado, hay varios puntos en común. Todo ser humano tiene la necesidad y capacidad de cuidar. Además, "la expresión humana de cuidado se puede mostrar a través del amor o la compasión, la tristeza o la alegría, la tristeza o la desesperación...". El cuidado es un arte, una ciencia y una filosofía. Por lo tanto, el cuidado es una ontología (una forma de ser), una epistemología (un conjunto de conocimientos y forma de saber), una ética (un ideal moral), una estética (una práctica artística), y un fenómeno sociocultural. El cuidado es fundamental para el concepto de bienestar; autocuidado; creciente hacia la totalidad, cuerpo, mente y espíritu; competencia cultural; y las prácticas de cuidados de enfermería de calidad.

La Asociación Internacional para el Cuidado Humano, y la Revista Internacional de Cuidado Humano han difundido el conocimiento, las conferencias celebradas y artículos sobre el cuidado que han llegado a un incontable número de enfermeras y otras personas interesadas en el cuidado humano, incluyendo la publicación del cuidado en las esferas educativas, políticas, económicas, legales y tecnológicos. Debido a que cada individuo es único, el cuidado también es único en términos de cómo cuidar de sí mismo y de cada

individuo. El cuidado es un arte y la ciencia aprendida. La auto-reflexión es una manera de aprender este arte. No sólo el cuidado de sí mismo a través de la oferta de reflexión soledad, la inspiración y lecciones para el crecimiento personal, el cuidado también mejora la comprensión y la conciencia humana en general. La auto-reflexión se centra en el significado y la interpretación de uno en la vida como una persona con múltiples mundos personales, sociales, culturales, espirituales y profesionales. Las estrategias para que las enfermeras reflejen interiormente esto, incluyen meditar, escribir un diario, y dialogar sobre los valores, creencias, actitudes y experiencias humanas. Este tipo de exploración interna multifacética puede ayudar a preparar a las enfermeras para entenderse a sí mismas como seres culturales o incluso seres multiculturales, y los significados complejos de la salud humana y la experiencia sociocultural en última instancia a la atención efectiva a través de las culturas³³.

Desde el punto de vista sociológico y con base en una investigación realizada en adultos mayores de cinco estados de la República Mexicana, “*La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social*”³⁴, se menciona que el cuidado, además de tener una función social benéfica para el adulto mayor, también es una vía de desvalorización de la vejez. Los adultos mayores consideran el cuidado como un evento ineludible del envejecimiento, pero como un recurso social benéfico y deseable. Sin embargo, también lo valoran como indeseable porque implica reconocerse como sujetos dependientes y entrar en la categoría de sujetos devaluados socialmente.

Al estatus de dependiente nadie desea ingresar y se evade por cualquier mecanismo social, lo cual resulta contradictorio porque la dependencia es un rasgo propio de la vida humana en varias etapas de la vida. Se es un ser dependiente a causa de la infancia, la enfermedad, la invalidez o la edad. Una de las prácticas sociales que alivia el estado de dependencia es el cuidado, el cual, además de tener la función social de responder a las necesidades del dependiente, también se constituye en un referente social más de desvalorización de los sujetos que lo reciben, lo cual ocurre cuando se hace visible su estatus de dependiente.

Para los adultos mayores, el cuidado es un evento que tiene dos orígenes: la propia vejez y la enfermedad. La primera línea causal, que se puede denominar cuidado por envejecimiento, consiste en una cadena causal compuesta por tres elementos intermedios entre vejez y cuidado. En general, la estructura explicativa estima que envejecer es un proceso de pérdida de las capacidades biológicas del cuerpo, que a su vez originan que el adulto mayor ya no fuera un sujeto autónomo. Esta condición de no ser autónomo es lo que explica que el cuidado aparezca como una respuesta a las múltiples necesidades que tiene un adulto mayor producidas por las pérdidas experimentadas durante el envejecimiento.

La segunda línea causal es la de cuidado por enfermedad, para los adultos mayores de México, la vejez también representa estar enfermos y, a esa edad, la enfermedad incapacita. El único elemento de esta vía explicativa es una cadena de un solo eslabón. La enfermedad produce incapacidad, de ahí que el cuidado se constituya en un recurso social sin el cual no se puede sobrevivir biológica ni socialmente en el mundo. Esta necesidad de ser cuidado, originada por la enfermedad, es visible para los demás cuando el adulto mayor está postrado en cama, deja de desempeñar algún rol social al interior de la familia o en la comunidad o padece una enfermedad incurable en el estado en que se encuentra³⁵.

Sin embargo, el cuidado de Enfermería no sólo se brinda cuando la persona está enferma o discapacitada, como ya se mencionó anteriormente es un continuo a lo largo de la vida de las personas, cuyo fin es preservar o lograr su bienestar físico, emocional, social, etc., por lo tanto, es importante determinar cómo debe ser brindado el cuidado en los adultos mayores, desde su perspectiva individual y sus necesidades particulares.

Con base en esto, una investigación realizada en Brasil determinó los cuidados básicos en el arte del cuidado de las personas mayores, en donde los resultados indicaron los cuidados que, para los adultos mayores, son fundamentales, y fueron distribuidos en cuatro grupos:

1. cuidados profesionales, en esta topología se reunieron referencias sobre la necesidad y la importancia de la supervisión de profesionales en relación con las cuestiones de salud de los ancianos.

2. cuidados de mantenimiento, son los vinculados a la atención de vínculo vital, que son necesarios para la supervivencia humana.
3. cuidados expresivos, en esta tipología se congregó la atención que reflejan un imperativo moral a la atención, el celo y la devoción a la otra y aún aspectos subjetivos relacionados con los sentimientos que se establecen en la interacción humana.
4. cuidados con la autoimagen y autovaloración, se refieren a la atención que de alguna manera representa una inversión personal del sujeto en el fortalecimiento de su ego, un aspecto que lleva su marca personal que se comunica su deseo.

En Enfermería una de las teorías del cuidado es la de la Doctora Kristen M. Swanson. Ella desarrolló un interés particular acerca del proceso de la pérdida de un bebé y el impacto que esto genera en la mujer; identificó cinco procesos básicos que más adelante se convertirían en los conceptos principales de su teoría: Conocimiento, Estar con, Hacer por, Posibilitar y Mantener las creencias.

Posteriormente, cuando adelantaba sus estudios de posdoctorado tuvo su segundo hijo, pero no nació del todo bien, así que fue hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde tuvo algunas experiencias que no fueron del todo gratas y que también la llevaron a reflexionar acerca de los cuidados de enfermería. Todo esto la motivó a adelantar un estudio acerca del significado en los cuidadores que tienen a su cargo un bebé vulnerable.

Después hizo un tercer estudio respecto de las madres de alto riesgo. Expuso su teoría a las enfermeras que estaban terminando el pregrado y se encontraban en prácticas con las madres de alto riesgo, cuando les explicó la teoría, ellas reconocieron algunos de sus cuidados brindados; después de 5 años localizó a 8 de las madres, para dar continuidad al estudio. Al ser interrogadas, la Dra. Swanson se sorprendió de las respuestas que recibía, derivadas de los cuidados brindados por parte del personal de enfermería, ya que las mamás narraban como sentían el acompañamiento durante el proceso de hospitalización.

De esta forma Swanson postuló que independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, que fueron creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

1. **El mantener las creencias (Actitud filosófica de la enfermera):** *“Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación”.*
2. **El conocer o complicitad (Comprensión, conocimiento):** *“El conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”.*
3. **El estar con (mensajes verbales y no verbales transmitidos al usuario):** *“Estar con, significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada”.*
4. **El hacer por y el permitir o posibilitar (Acciones terapéuticas):** *“Hacer por significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad”.*
5. **Consecuencias de los cuidados (Desenlace deseado por el usuario)** ³⁶

Por lo tanto, se puede considerar que los adultos mayores se encuentran en un proceso de pérdida ocasionado por las consecuencias que deriva el envejecimiento en su persona, y es por esta razón, que se determinó el empleo del Modelo de Cuidados de Kristen Swanson como base filosófica y metódica de este trabajo de investigación, con la finalidad de

conocer al adulto mayor en todas sus perspectivas, estar con él en las actividades que realiza dentro de la casa de día, hacer actividades que generen confort, bienestar y seguridad, mantener su fe y esperanza en un futuro cercano; es decir, acompañar humanamente en el cuidado al adulto mayor.

2. Planteamiento del problema

Sumado al envejecimiento normal de los seres humanos, el deterioro que presentan los adultos mayores a nivel celular, orgánico y sistémico, incrementa el riesgo de padecer enfermedades que pueden evolucionar en forma aguda o crónica. Además, el estudio de la población adulta mayor, cobra importancia debido a que se traduce en personas viviendo más años provocando cambios socio-demográficos, sanitarios y de preferencias personales.

Son por estas razones, que el envejecimiento de la población es una preocupación y un problema prioritario a nivel mundial, siendo así que la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) convocó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, la cual produjo el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, que considera acciones específicas en los ámbitos de la salud y nutrición, protección de los consumidores de edad, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingreso y empleo, educación y recopilación y análisis de datos derivados de investigaciones. Cabe hacer mención que este mismo organismo define como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad y más.

Específicamente, en México, con base en la información emitida por el Instituto de Geriátría (2016), la población de 60 años y más asciende a 10,055,379, lo que significa el 9% de la población total del país (112,336,538). La población mexicana se dirige hacia la última etapa de la transición demográfica en la que la mortalidad, fecundidad y la tasa de crecimiento se encuentran en franco descenso. En este proceso la población se encamina a un crecimiento más reducido y a un perfil envejecido. La edad media pasará de 29 años en 2010 a 31 en 2020 y a 38 en 2050. La población menor de 15 años disminuirá de 33.9 millones de personas en 2010 a 32.7 millones en 2020 y a 28.9 millones en 2050. El grupo de adultos mayores (65 años y más), por su parte, aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 114.4 millones en 2050.

Asimismo, en México, las enfermedades que con mayor frecuencia afectan la salud de los adultos mayores son las crónico-degenerativas, de entre las cuales destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el cáncer. Estas patologías provocan una serie de consecuencias en la familia y en el sector salud principalmente. De manera que, dentro del núcleo familiar, la presencia de un adulto mayor con alguna enfermedad crónico-degenerativa conlleva un impacto económico significativo, provocando situaciones de pobreza, derivadas de los costosos tratamientos que requieren este tipo de patologías. Además, se presenta un desgaste emocional, físico y social en los cuidadores principales.

Como consecuencia del envejecimiento, se han propiciado reformas políticas, económicas y sociales en diversos países. En el área de la salud estas reformas se enfocan en la curación y tratamiento de enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas, mismas que se presentan en la mayoría de los adultos mayores, lo cual ha creado en la conciencia social una percepción del adulto mayor como una persona enferma, discapacitada, deprimida y dependiente, sin embargo, se debe de tomar en cuenta que todas las personas son únicas y diferentes, por lo tanto, la forma en la que cada persona envejece también cuenta con estas características.

Es así como, se puede encontrar a adultos mayores con alguna enfermedad crónica, pero saludables, alegres e independientes, destacando que las necesidades de salud son variables en cada persona, y que para poder otorgar los cuidados e intervenciones es indispensable considerar estas aseveraciones, con la finalidad de obtener resultados pertinentes a las necesidades de salud individuales.

Son pocos los países de Iberoamérica que han dedicado parte de su tiempo a la investigación en materia del cuidado al adulto mayor, resaltando Colombia y Brasil como pioneros y con la mayor cantidad de trabajos publicados. Por lo tanto, se puede determinar que los cuidados e intervenciones dirigidos a los adultos mayores continúan enfocándose en la parte física o biológica de la persona, es decir se prioriza el tratamiento y la curación, lo cual se contradice con el paradigma holístico y humanístico en la atención a la salud.

Específicamente en Enfermería, las investigaciones actuales se han derivado del cuidado hacia los adultos mayores en torno a la familia y/o cuidador principal, destacando que los países con mayor información respecto a este tema son Colombia y Brasil. A pesar de que se ha tratado de interpretar las necesidades de los adultos mayores, en nuestra profesión no se cuenta aún con un instrumento de valoración validado para adultos mayores funcionales.

Del mismo modo, se demanda emplear programas de atención a la salud, dirigidos a promover y controlar las enfermedades crónico-degenerativas, mediante la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud. Aunque ya se han realizado programas relacionados con este tema, éstos no han dado el resultado que se esperaba por la falta de modelos que dirijan la atención en salud de los adultos mayores. Es importante considerar que un modelo de cuidados ofrece una visión global de los parámetros generales que incluyen la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería.

Derivado de lo expuesto con antelación, resultan las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las necesidades de salud de los adultos mayores que asisten a una casa de día? y con base en éstas, ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que requieren los adultos mayores para conservar o mejorar su salud? y ¿Cómo se debe otorgar el cuidado de enfermería a los adultos mayores?

3. Justificación

Para llevar a cabo el presente estudio se indagó en diferentes fuentes de información, con la finalidad de obtener un marco de referencia que apoyará la investigación, sin embargo, dentro de los textos no se encontró un concepto de adulto mayor que lo definiera como persona, es decir, para conceptualizar al adulto mayor se toma en cuenta únicamente su edad y sus capacidades físicas-funcionales. Es por esta razón, que una de las aportaciones de este estudio fue la conceptualización holística de adulto mayor, considerándolo como aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que se caracteriza por ser sabia, experta, paciente y tolerante, como resultado de la transición asociada a la experiencia vivida, el conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión de su vida.

A su vez, el empleo de una metodología mixta en este estudio apoyó el reconocimiento de aspectos internos sobre “ser adulto mayor”, aspectos que no son tomados en cuenta en la mayoría de las investigaciones cuantitativas, en las cuales se enfatizan los aspectos físico-biológicos y la enfermedad, por ejemplo, funcionalidad, desnutrición, depresión y otros problemas cognitivos. Es así que, se priorizó la comprensión la vida de los adultos mayores, indagar sobre lo que les acontece, conocer qué significa ser adulto mayor, identificar los problemas de salud que torna vulnerable a esta población, para de esta forma ser empáticos en el proceso de cuidado.

Además, es importante resaltar que la población de estudio, en sí, fue una innovación en las investigaciones sobre los adultos mayores, debido a que el proyecto se realizó en una Casa de Día, con adultos mayores sanos, funcionales e independientes, lo cual permitió conocer a fondo sus percepciones, sentimientos y experiencias con respecto a ser una persona adulta mayor, indagar sobre sus características, problemas y situaciones de vida.

Con respecto al aporte teórico a la ciencia de Enfermería, se encuentran por una parte, la realización de una escala de valoración integral del adulto mayor sano, instrumento con el cual no se contaba, y que una vez validada, aporta datos significativos para llevar a cabo la valoración del estado de salud física, emocional y social del adulto mayor. Así mismo, el

empleo del modelo de cuidado de Kristen M. Swanson que había sido utilizado en el acompañamiento de pacientes mujeres con una pérdida reciente, bajo el marco conceptual de cuidado, posibilitando al paciente a reincorporarse a su vida diaria y haciendo por el paciente lo necesario para satisfacer sus necesidades de salud; se adaptó a las necesidades del adulto mayor, tomando en cuenta que el adulto mayor también está en un proceso de pérdidas continuas derivadas del envejecimiento.

El énfasis de este modelo es el acompañamiento y las posibilidades que otorga la enfermera para que las personas se cuiden y mantengan su salud, al conocer sus demandas terapéuticas y sus necesidades holísticas que permitan establecer y definir los cuidados que necesita para mantener su salud y su bienestar; es necesario brindar a los adultos mayores un cuidado integral de parte del profesional de enfermería, que englobe todas las esferas del ser humano (física, psicológica, social, espiritual), debido a que no basta sólo determinar el estado físico de la persona para comprender las causas, complicaciones y tratamiento de la enfermedad que la afecta; sino se requiere el conocimiento de todo aquello que le rodea y de la interrelación entre sus partes.

4. Supuesto

Los cuidados e intervenciones de enfermería basados en la Teoría de Kristen M. Swanson satisfacen las necesidades de salud del adulto mayor de una casa de día.

5. Objetivos:

Generales:

1. Describir los cuidados e intervenciones de enfermería enfocados en las necesidades de salud de los adultos mayores que asisten a una Casa de Día en la ciudad de Toluca, México.
2. Proponer un modelo de cuidado basado en la Teoría de Kristen M. Swanson, para los adultos mayores que asisten a esa Casa de Día.

Específicos:

1. Identificar las características sociales y económicas de los adultos mayores.
2. Valorar las necesidades de salud de los adultos mayores, empleando la Teoría de Marjory Gordon.
3. Valorar la funcionalidad de los adultos mayores.
4. Establecer los cuidados e intervenciones de enfermería que requieren los adultos mayores.

6. Material y Métodos:

6.1 Diseño de Estudio

Tipo de estudio

La presente investigación empleó un abordaje metodológico de tipo mixto.³⁷

Es *Cualitativa*, porque trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica y sus manifestaciones, lo cual se llevó a cabo a través de un *enfoque crítico-constructivista*, en tanto que se emplearon las ubicaciones históricas de la investigación (es decir, toma en cuenta los antecedentes sociales, políticos, culturales, económicos, éticos y de género de la situación investigada), el grado en que la investigación actúa para disminuir la incomprensión, y el grado en el cual proporciona un estímulo de acción, es decir, la transformación de la estructura existente. El tipo de investigación a utilizar en esta metodología fue la *hermenéutica*³⁸.

Tanto para la conformación de todos los elementos de esta investigación como para el análisis e interpretación de datos cualitativos, se tomaron en cuenta tres categorías o núcleos temáticos: 1) cuidado e intervenciones de enfermería, 2) necesidades de salud y 3) adulto mayor. Entendiéndose por adulto mayor toda persona mayor de 60 años que se encuentra en la última etapa de la vida; necesidades de salud es el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicio de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto el cuidado está implícito y subyace en las necesidades de salud del adulto mayor.

Es *Cuantitativa*, porque también existen variables que pueden ser medidas (edad, sexo, etc.) y que al momento de realizar una asociación o correlación, se pueda llegar a una inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. Además, esta investigación tendrá un alcance *descriptivo*, porque detalla los fenómenos, situaciones,

contextos y eventos, y sus manifestaciones; *transversal*, debido a que se estudiaron las variables simultáneamente en un corte de tiempo determinado; y *exploratorio*, ya que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado³⁹.

6.2 Universo y muestra

Población de estudio

700 adultos mayores que asisten a la Casa de Día del DIF Estado de México (DIFEM).

Ubicación de la población de estudio

La Casa de Día del DIFEM es un espacio de recreación, convivencia y capacitación, donde los adultos mayores pueden integrarse a un grupo o participar en los talleres y actividades que se imparten en esta institución.

Se encuentra ubicada en la calle Bravo Norte 404, colonia Santa Bárbara, en Toluca Estado de México. Su infraestructura consta de un consultorio médico, uno para atención psicológica y otro para atención gerontológica, un salón de baile, dos salones para manualidades y una cocina. Su objetivo es promover el desarrollo integral de la familia a través de la instrumentación de programas y acciones encaminadas a incrementar los niveles de bienestar de las comunidades más vulnerables, entre ellas, la de los adultos mayores.

Los talleres y actividades que se imparten de lunes a viernes, con un horario de 9 am. a 12 pm., son: danza regional, activación física, computación, dominó, zumba, baile de salón, yoga, tai chi, cocina, manualidades, acondicionamiento físico y alfabetización. Además, se les otorga educación para la salud y consulta médica y psicológica. El personal a cargo de la atención y las actividades a impartir está compuesto por los maestros de cada taller, un médico general, una psicóloga, la coordinadora de la casa, personal administrativo y una persona de intendencia.

Su capacidad es para 150 personas aproximadamente, sin embargo la demanda de los servicios es muy alta, llegando a recibir los servicios alrededor de 250 personas simultáneamente.

La mayoría de adultos mayores que asisten a esta institución cuentan con familia (pareja, hijos, nietos), pertenecen a la población abierta del municipio de Toluca principalmente, además de Calimaya, Almoloya de Juárez y Zinacantepec.

Método de muestreo y tamaño de muestra

Para la obtención de datos cualitativos, de la muestra se seleccionaron intencionalmente a 20 adultos mayores (10 hombres y 10 mujeres), considerados informantes clave (desempeñan una función decisiva en una investigación, introduce al investigador ante los demás, le sugiere ideas y formas de relacionarse, le hace puente con la comunidad)⁴⁰ en los que predominen y resalten características o condiciones de salud similares, con la finalidad de realizar entrevistas a profundidad que ayuden a determinar el cuidado que requieren los adultos mayores; los participantes se elegirán al azar conforme a la numeración de los cuestionarios aplicados.

Para la obtención de datos cuantitativos, correspondientes a la identificación de necesidades de salud de los adultos mayores de México a través de los instrumentos de valoración, se llevó a cabo un muestreo probabilístico simple, en el cual se considerará un error de 5% y un nivel de confianza de 95%. Al aplicar esta fórmula al universo, el tamaño requerido para que la muestra sea representativa será de 250 adultos mayores⁴¹, misma que se obtuvo a través del programa STATS v.2.

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = 700.

σ = Desviación estándar de la población con un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza, que es un valor constante de 95%.

e = 5%.

6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 a 84 años de edad.
- Adultos mayores que asistan a los programas que brinda la Casa de Día del DIFEM, Toluca.
- Adultos mayores que deseen participar y que firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores que no presenten alguna disminución de la capacidad cognitiva.

Criterios de eliminación

- Adultos mayores que se retiren del proyecto de investigación.
- Adultos mayores que dejen de asistir a los programas que brinda la Casa de Día del DIFEM, Toluca.

6.4 Procedimientos

Para fines sistemáticos esta investigación se dividió en tres fases: diagnóstico, intervención y evaluación. Además, se llevó a cabo con base en la Estructura del Cuidado, misma que forma parte de la Teoría de los Cuidados de Kristen M. Swanson, en la que se incluyen los cinco procesos de cuidado.

Primero se contactó con la administradora de la Casa del Adulto Mayor del DIFEM, solicitando la autorización para la aplicación de instrumentos de la presente investigación a través de un oficio y el programa de trabajo.

a) Fase de diagnóstico:

Esta fase se compone por los dos primeros procesos de cuidado (*El mantener las creencias y El conocer o complicidad*).

Una vez autorizado el campo, se asistió de lunes a viernes durante el mes de diciembre de 2013, con el objetivo de que los adultos mayores reconozcan al investigador, se interactuó con ellos en las actividades que realizan en la institución, de forma tal que se pudieron conocer las creencias, la actitud y la capacidad inherentes a los adultos mayores, y que posteriormente se pueda comprender la vida de cada uno de ellos y así el investigador busque un compromiso y mantenga un optimismo realista estando a lado de la persona que se cuida. Una vez logrado este objetivo, se dio a conocer el propósito de la investigación, para que posteriormente aquellos que decidieron participar en la valoración de necesidades de salud, firmaran el consentimiento informado (Anexo 1).

En esta fase también interviene el proceso de cuidado *El estar con*, en el cual se comprendió y conoció el estado de salud del adulto mayor centrándose en la persona a la que se cuida, valorando sus necesidades físicas, emocionales y sociales, transmitiendo disponibilidad y compartiendo sentimientos. Posterior a la autorización de su participación en el estudio y para lograr lo antes mencionado, se recurrió a la realización de tomas de presión arterial, terapia física, pláticas de salud, de tal forma que los adultos mayores notarán el compromiso y la empatía para con ellos.

Se caracterizó al adulto mayor a través de su edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, y se iniciará la valoración de las necesidades de salud de los adultos mayores, a través de la aplicación de los siguientes instrumentos:

Para la *valoración física y emocional* se emplearon los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, fundamentados en la Teoría de Valoración de Enfermería y que valoran cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo, conducen de forma lógica al diagnóstico de enfermería y contemplan al paciente de forma holística⁴²(Anexo 2). Para identificar el estado afectivo-emocional en el adulto mayor se empleó la Escala de Depresión Geriátrica, la cual indaga sobre la satisfacción, sentimientos, memoria, percepción, energía; a cada uno de los aspectos a medir se les otorga un valor, se realiza la suma total y se emite una valoración del estado emocional de la persona, la cual va de cero a diez puntos, con tres categorías de acuerdo a la puntuación final: Normal de 0 a 5 puntos, Depresión leve de 6 a 9 puntos y Depresión establecida más de 10 puntos (Anexo 3). También, se utilizó el índice de Katz, para la evaluación funcional, que valora el grado de vida independiente del individuo en su medio habitual y determina la capacidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Este instrumento está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos, con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98⁴³(Anexo 4). Además, se utilizó el Mini Nutritional Assessment, es una escala heteroadministrada para la evaluación del estado nutricional principalmente de la población geriátrica (Anexo 5).

Para la *valoración social* se consideró el Instrumento de valoración de recursos sociales, adaptado al español por la Organización Panamericana de la Salud, de su versión original

Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS), el cual consta de 10 ítems, que evalúan aspectos personales y demográficos, como el apoyo familiar, la funcionalidad y necesidades de apoyo, los recursos económicos y la vivienda, con 6 indicadores que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “deterioro social total”⁴⁴(Anexo 6).

Estos instrumentos se aplicaron primeramente con una **prueba piloto** en el 5% de la muestra (13 adultos mayores), con la finalidad de determinar la validación y confiabilidad de los mismos. Posteriormente se validó con el alfa de Crombach de 0.735, después de concluir la validación del instrumento se aplicó al total de la muestra (250 adultos mayores).

b) Fase de intervención:

Esta fase se compone del proceso de cuidado *El hacer por y el permitir o posibilitar*. Se llevó a cabo la realización de entrevistas a profundidad para conocer más a fondo las necesidades de salud de los participantes.

Considerando que el estudio es de tipo hermenéutico la participación puede ser con un mínimo de 8 hasta un máximo de 25, se eligieron intencionalmente a 10 mujeres y 10 hombres adultos mayores, que se encontraban en edades comprendidas entre los 65 y 84 años de edad; los participantes presentaban alguna enfermedad crónico-degenerativa al momento de la recolección de datos, todas asisten y participan en actividades de una Casa de Día en Toluca, México.

El proceso implicado en el desarrollo de esta investigación, inició mediante un reconocimiento y acercamiento previo con los sujetos de estudio, asistiendo dos días a la semana durante dos meses a la Casa de Día para realizar actividades como: toma de signos vitales, somatometría y pláticas de educación para la salud; posteriormente, se eligieron los participantes y se dio a conocer el propósito de la investigación; quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado (Anexo 7) y se llevó a cabo la realización de entrevistas a profundidad (Anexo 8). Los sujetos fueron identificados con un código alfanumérico para garantizar su anonimato, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la

Universidad. En un intento por hacer que cada entrevistado se sienta lo más cómodo posible, se dispuso de un espacio exclusivo dentro de la Casa de Día, para la realización de las entrevistas, mismas que fueron audio-gravadas y posteriormente transcritas para su análisis.

c) Fase de resultado:

Como resultado de la información obtenida, se estructuró el modelo de cuidado enfocado en las necesidades del adulto mayor bajo la teoría de Kristen Swanson. Cabe mencionar que dentro de estos cinco procesos del cuidado se encuentran implícitas las etapas del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

6.5 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores, donde estos contestarán las preguntas verbalmente y el encuestador realizará las anotaciones en cada instrumento. Se aplicará un instrumento por día y se contactará vía telefónica con los adultos mayores participantes para su seguimiento.

6.6 Análisis

Una vez obtenidos los datos, estos se analizaron a través del programa S.P.S.S. versión 0.9, para obtener frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central de los datos cuantitativos.

Para el análisis de los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas realizadas a los adultos mayores, después de la lectura repetida, los informes señalaron la comprensión y la interpretación del fenómeno. La pre-comprensión emerge a partir de la aproximación con el fenómeno y su conceptualización, el segundo movimiento hermenéutico, denominado como comprensión, está vinculado a las experiencias del ser, y por último, la interpretación, que ocurre simultáneamente con las otras dos, que van y vienen en el movimiento Heideggeriano de vigilar y descubrir.

Posteriormente se realizaron gráficas, el análisis e interpretación de datos, para finalizar con las conclusiones y sugerencias.

6.7 Implicaciones Bioéticas

Conforme al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación se clasifica con riesgo mínimo, que se define como aquellos estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.


Cabe señalar que los datos de los participantes en esta investigación serán utilizados de forma estrictamente confidencial, serán utilizados únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estarán disponibles para ningún otro propósito. Los participantes quedarán identificados con un número y no con su nombre. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Si los adultos mayores aceptan participar en el estudio, se les entregará una copia del consentimiento informado, mismo que firmarán.

7. Resultados

7.1 Capítulo de libro aceptado

7.1.1 Una mirada a la última etapa de la vida: qué sucede con los adultos mayores

7.1.2 Carta de aceptación



Mtra. Jessica Belén Rojas Espinoza, Dra. Maria de Lourdes Garcia Hernandez, Dra. Lucila Cárdenas Becerril, Dra. Laura Vázquez Galindo
Autoras del Capítulo del libro: UNA MIRADA A LA ULTIMA ETAPA DE LA VIDA: QUE SUCEDE CON LOS ADULTOS MAYORES
Presentes


Por este medio les envié un saludo, y al mismo tiempo les comento que Editorial Cigome S.A. de C.V., ha aceptado el capítulo del libro en el cual ustedes son autoras considerando la corrección ortográfica, revisión de los textos originales, cuidando la gramática, ortografía y redacción, para ello se realizaron tres lecturas en donde se aplicaron las correcciones correspondientes en los textos; la primera en el formato Word, la segunda en papel en el formato ya diseñado en indesign, aclarando dudas con las autoras y dictaminadores en el desarrollo de la segunda lectura y tercera para su impresión final.

En este sentido la editorial autoriza acepta la integración del capítulo antes mencionado al libro titulado "cuidados de Salud: puntos de encuentro entre el joven emergente y el adulto mayor", considerando que cubre los requisitos de originalidad. Así mismo se tiene el respaldo del ISBN de la Academia Nacional de Enfermería de México, que vigila y regula la publicación del libro en vinculación con el siguiente comité dictaminador:

Dictaminación de la obra por pares académicos

- Dra. María Alberta García Jiménez, Investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco
- Dra. Juana Beltrán Rosas, investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero
- Dra. Luz. Verónica Berumen Burciaga, investigadora de la Universidad Autónoma de Chihuahua y secretaria de investigación y Posgrado,

Cabe hacer mención que es un requisito que solicita la Universidad Autónoma del Estado de México, quien respalda la impresión de la obra, la cual será publicada en la primera semana de Junio de 2017.

Atentamente 
L.A.E. Benjamin Chimal Laurent
Editorial Cigome S.A. de C.V.

ALFREDO DEL MAZO NO. 1324 COL. LA MAGDALENA
TOLUCA, ESTADO DE MEXICO C.P. 50050 E-mail: cigome@cigome.com.mx
WWW.CIGOME.COM.MX

T Y FAX:
237 3757
3758
3398

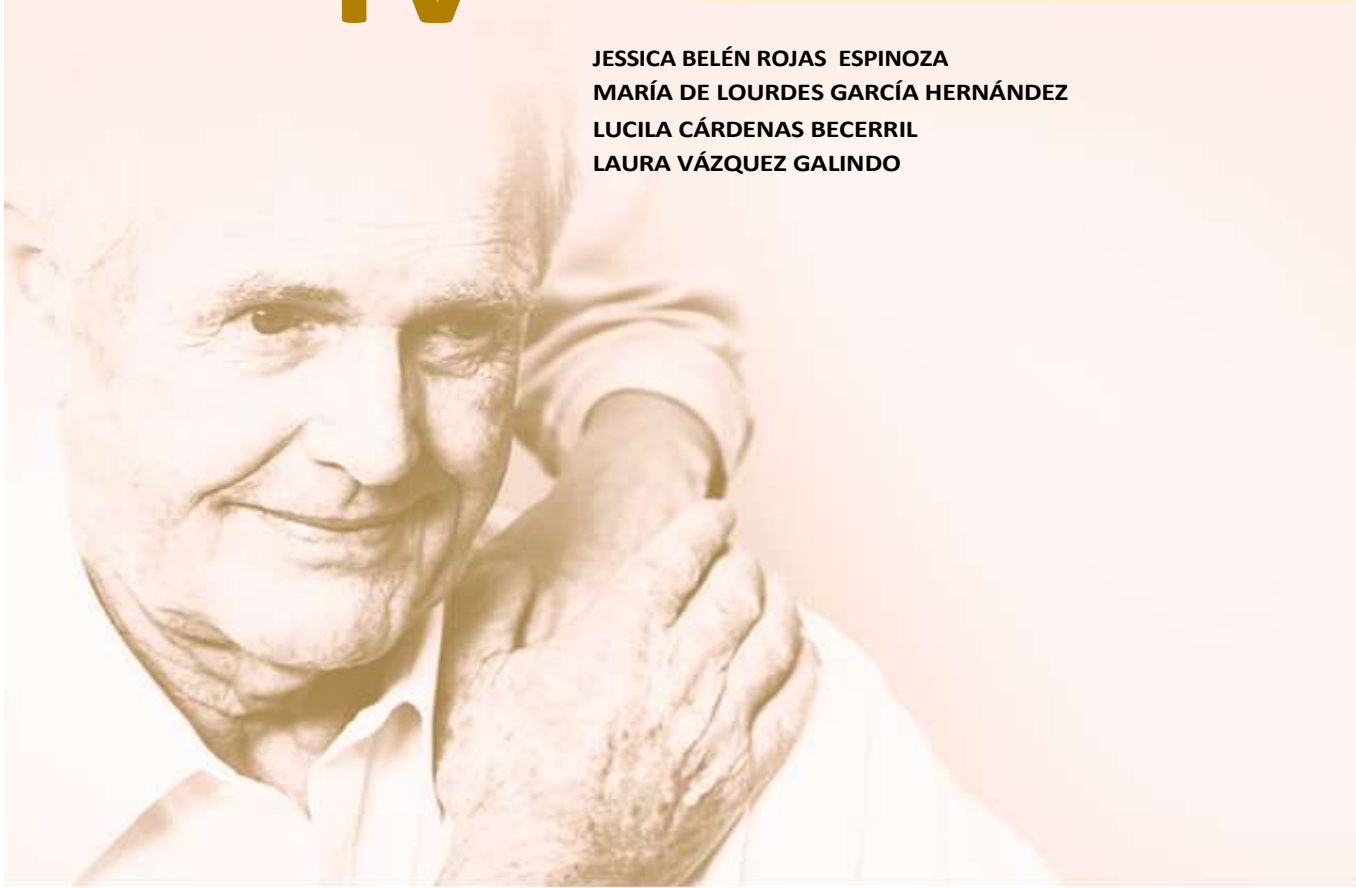
7.1.3 Página frontal del manuscrito

CAPÍTULO

IV

Una mirada a la última etapa de la vida:
qué sucede con los adultos mayores

JESSICA BELÉN ROJAS ESPINOZA
MARÍA DE LOURDES GARCÍA HERNÁNDEZ
LUCILA CÁRDENAS BECERRIL
LAURA VÁZQUEZ GALINDO



7.1.4 Capítulo de libro

CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento comienza desde el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de toda la vida. Este proceso dinámico no ocurre de manera similar en todas las personas, así como tampoco envejecen de igual manera todos los componentes del organismo en un individuo, lo cual infiere que existe una serie de factores que “modulan” este proceso, mismo que está caracterizado por una serie de modificaciones o consecuencias que el “paso de los años” produce en la economía, y su repercusión en el ámbito personal, familiar y social (De la Uz, 2009:4).

Asimismo, se comprende al envejecimiento como un fenómeno universal que afecta a todos los seres vivos y que se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las cuales no se hallan eximidas las funciones cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales (Bentosela, 2005:214).

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, sin embargo, es difícil precisar el concepto general del mismo; autores como Lehr, Laforest, Gómez y Curcio coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (OMS, 1974:12).

Biner y Bourlière definen al envejecimiento como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. De acuerdo a Birren y Zarit, el envejecimiento biológico es un proceso de cambio del organismo, que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales (Calenti, 2006:21).

En la actualidad se manejan conceptos sobre el envejecimiento en el sentido de las pérdidas y también de ganancias en el contexto de dichas pérdidas. En lo que concierne a la especie

humana se reconocen tipos diferentes de envejecimiento, el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida, mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. Esta dualidad de interpretaciones hace que el análisis del envejecimiento deba hacerse en dos planos diferentes: el social y el individual.

En este sentido, se identifica que el proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario (intrínseco o *per se*) y el secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interactúan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el “envejecimiento habitual”. Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno (Galbán, 2007:2-3).

Además, el envejecimiento es un proceso individual, fruto de la interacción entre la carga genética y el entorno en el que se desarrolla la persona. La consideración del hombre desde un punto de vista biopsicosocial lleva a plantear los cambios que el tiempo produce sobre él desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social. Estos cambios que el tiempo provoca sobre la persona, en sus diferentes esferas, van a condicionar el perfil del adulto mayor y, por tanto, su capacidad de autocuidado para satisfacer sus propias necesidades (García, 2012:15).

En la esfera biológica, el envejecimiento, además de ser un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte (Penny, 2012:28-29).

Es así que, el envejecimiento es un proceso natural e inevitable; sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen

socialmente y varían de una cultura a otra. La experiencia del envejecimiento está diferenciada según la condición de género y de los roles tradicionalmente asignados, es decir, los hombres como “proveedores” y las mujeres como “cuidadoras de otros”. En el caso de los hombres mayores el proceso de envejecimiento se vive con mayor tristeza y frustración, en comparación con las mujeres, debido a que ellos no pueden seguir cumpliendo con el papel social y culturalmente asignado de proveer (Treviño, 2006:31).

Durante el envejecimiento los roles cambian para algunos adultos mayores, siendo uno de los más importantes cambios el retiro laboral; pero el retiro no necesariamente significa dejar un rol sino adquirir un nuevo rol o roles, como por ejemplo el ser abuelo es un rol que casi siempre viene acompañado con la vejez. Este rol significa diferentes cosas para diferentes personas, por lo tanto, dependiendo de cómo uno percibe ese rol, puede ser satisfactorio o no (Montalvo, 1997:463-464).

Con respecto a la imagen social del adulto mayor, existen algunos estereotipos sociales relacionados con la edad que sugieren que los adultos mayores son más lentos en la realización de muchas tareas y poseen peor memoria que cuando eran jóvenes, otros, señalan que con la edad se alcanza un aumento en el conocimiento y la sabiduría, lo cual es importante en la solución de muchos dilemas de la vida contemporánea. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que el deterioro físico y funcional fisiológico no siempre va unido al deterioro psicológico, “sentirse viejo”, ya que este último depende más de la actitud del individuo frente a su proceso de envejecer que al envejecimiento propiamente dicho (García, 2012:34).

El estudio del envejecimiento, aunque de gran interés por los efectos que produce a nivel físico, mental y social, ha estado vinculado a otros conceptos como deterioro, minusvalía, discapacidad y vejez, lo que dificulta la definición de sus atributos específicos y sus necesidades de cuidado. El conocimiento del fenómeno permitirá proponer estrategias de intervención y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento.

CAMBIOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Biológicos y fisiológicos

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los

adultos mayores y el resto de la población adulta. Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, y su análisis completo pudiera terminar en una lista interminable. Por esta razón, se eligieron cinco sistemas específicos, cuyos cambios asociados al envejecimiento son de alta relevancia, tanto por la elevada prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que ellas tienen (renal, cardiovascular, cerebral, muscular y del metabolismo) (Salech *et al.*, 2012:20).

a) Sistema renal

El envejecimiento en el riñón se acompaña de una disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular, menor capacidad de concentración/dilución y de hidroxilación de la vitamina D (Salech, *et al.*, 2012:20-21).

El tamaño renal suele disminuir, principalmente la corteza, en un 20-30%, también disminuye el número de glomérulos y consecuentemente el filtrado glomerular. Los cambios vasculares van disminuyendo el flujo sanguíneo renal sobre todo a nivel cortical (zona glomerular). En general, hay un peor manejo de los líquidos y electrolitos en el adulto mayor, una peor capacidad de concentración urinaria y el agua corporal total disminuye con la edad; si a esto le añadimos un aumento del umbral de sed, probablemente por disminución de los opioides endógenos (que la estimulan), es fácil comprender la alta incidencia de deshidratación. La homeostasia del sodio está afectada por una disminución en la filtración glomerular, por alteraciones en el eje renina-angiotensina y, probablemente, por aumento de los valores circulantes de péptido atrial natriurético (Serrano, 1998:2).

A partir de los 30 años de edad, la filtración glomerular va descendiendo de forma lineal en unos 8 ml/min/1,73m² por década. La relación entre la creatinina sérica y el aclaramiento de creatinina (CCr) cambia con la edad, lo que explica por qué la creatinina de 1mg/dl puede corresponder a 120 ml/mm en un individuo de 20 años y solamente a 60 ml/mm en otro de 80, esto es de vital importancia, ya que aunque un adulto mayor tenga niveles de creatinina sérica normal (igual a la de adultos jóvenes), la filtración glomerular está disminuida y por tanto se debe tener precaución con la ministración de medicamentos antibióticos como los aminoglicósidos o la digoxina. También, existe un aumento de permeabilidad de la membrana basal glomerular (MBG), cuya expresión más conocida es la proteinuria. La capacidad tubular máxima para reabsorber glucosa (Tm de glucosa) disminuye en adultos

mayores, aunque el umbral renal para la glucosa, es comparable al de los jóvenes, lo que puede inducir a un falso diagnóstico de diabetes si se basan exclusivamente en la presencia de glucosuria (Macías, 1993:59).

b) Sistema cardiovascular

El envejecimiento del sistema cardiovascular está asociado a cambios bioquímicos, histológicos y morfológicos, entre los que se encuentran: disminución en el número de miocitos y en las células del sistema de conducción cardíaca, desarrollo de fibrosis, cambios en el transporte de calcio a través de las membranas y disminución del cronotropismo, inotropismo y lusitropismo mediados por estímulo β -adrenérgico. A nivel vascular, hay incremento en la rigidez de la pared de las arterias, disfunción endotelial y disminución de la vasodilatación mediada por estímulo β -adrenérgico. En situaciones de estrés como el ejercicio, disminuye la capacidad para obtener la frecuencia cardíaca máxima, se incrementa la postcarga y hay disminución de la contractilidad intrínseca (Ocampo, 2005:53).

Existen cambios degenerativos a nivel del músculo cardíaco, como es el depósito de lípidos, de lipofucsina, una disminución de la función mitocondrial y del número de miocitos, que tienen incrementado su tamaño contribuyendo a la hipertrofia de ambos ventrículos. En el nodo sinusal hay disminución importante de sus células (se ha estimado que pueden llegar a ser tan sólo el 10% de las que se tenían a los 20 años); esto quizás explica la alta incidencia de enfermedad del seno y otras arritmias auriculares en los adultos mayores. A nivel del nodo auriculoventricular se presentan alteraciones en todas las capas de la vasculatura arterial que conducen, en conjunto, a un aumento de la rigidez arterial, incluidas las arterias coronarias y que probablemente contribuyen a la pérdida de miocitos y a la hipertrofia del corazón. La aorta tiende a elongarse y dilatarse. La función diastólica se afecta de forma especial en el adulto mayor debido a la rigidez miocárdica con enlentecimiento del proceso de relajación, lo que condiciona que el proceso del llenado ventricular dependa más de la segunda fase de la diástole y de la contracción auricular (Serrano, 1998:1).

c) Sistema cerebral

En el adulto mayor el cerebro disminuye su volumen, hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su

infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza (Salech, *et al.*,2012:23-24).

Además, se produce pérdida de mielina y disminución en el volumen de la sustancia gris, lo que conlleva un ensanchamiento de los surcos. A nivel neurofisiológico, los indicadores más utilizados están relacionados con el metabolismo cerebral y la electrofisiología cerebral. Respecto al flujo sanguíneo cerebral general, existe disminución a medida que va avanzando la edad, asimismo, las personas de edad avanzada sin factores de riesgo cerebrovascular (hipertensión, problemas cardíacos, diabetes) presentan un flujo cerebral mayor que quienes tienen uno o varios factores de riesgo (Román, 1998:31-32).

En ausencia de enfermedad neurológica degenerativa, tanto el peso del cerebro como su función (entendida esta última como resultado de la perfusión cerebral) disminuyen muy levemente con el avance de la edad. Mora subraya que “las neuronas no mueren simplemente por envejecimiento o mediante mecanismos intrínsecos de apoptosis, su supervivencia e integridad dependería más de fenómenos como el estilo de vida individual, que determina la plasticidad neuronal, y de un teórico mecanismo de autoprotección mediado por factores neurotróficos” (Ruíz-Torres, 2003:372).

d) Sistema muscular

Con el paso de los años, el deterioro de la función muscular es uno de los principales factores que influyen en la disminución de la capacidad de vida independiente de las personas. La actividad muscular está afectada por cambios de funcionales y estructurales, entre los primeros se encuentran las reducciones y en los segundos la atrofia muscular (especialmente en las fibras tipo II) y la reducción de la activación nerviosa debido a la disminución del número de las Unidades Motoras (UMs) y el aumento de su tamaño. En este sentido, la reducción del número de fibras podría estar causada por un daño irreparable o por pérdida permanente de contacto con las terminaciones nerviosas. La pérdida completa de UMs provoca hipertrofia compensatoria y agrupamiento del tipo de fibras, además, puede haber incremento de las UMs que permanezcan en funcionamiento (Izquierdo, 1998:2).

Cabe mencionar que la evidencia de estudios clínicos y experimentales muestra que el envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón se asocia a la pérdida de células musculares y menor distensibilidad (Salech, et al.,2012:25).

e) Metabolismo

El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, es causante de una mayor resistencia insulínica que asociada a la disminución de la masa de células beta facilita el desarrollo de diabetes (Salech, et al.,2012:25).

Ante la realización de un ejercicio extenuante disminuye el consumo máximo de oxígeno hasta el 40%, la pérdida de eficacia de la regulación del pH hasta un 30%, o la de resistencia a la compresión de los cuerpos vertebrales hasta un 20% de los valores de un adulto joven. A los 80 años de edad, tanto la producción de hormonas tóxicas como la de células madre T son prácticamente nulas. Un gran número de consecuencias patológicas del envejecimiento, como la aterosclerosis, la osteoporosis o la enfermedad de Alzheimer, parecen estar íntimamente relacionados con este último fenómeno (Ruíz-Torres, 2003:372).

Cambios funcionales

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor, por ello la OMS (1982), propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional.

Fillenbaum (1984), confirma este criterio, sugiriendo “la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional”. La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (Sanhueza, 2005:17).

Con la finalidad de identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por tanto, el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de “fragilidad” y “anciano frágil”. Para algunos autores lo que determina la fragilidad es la coexistencia de determinados procesos clínicos, la dependencia en las actividades de la vida diaria y la necesidad de cuidadores institucionales. También ha sido relacionada con declinación funcional, impedimento inestable y discapacidad. (Alonso, *et al.*, 2014:5-8).

Entre los criterios médicos y funcionales de fragilidad en el adulto mayor se encuentran:

Criterios médicos	Criterios funcionales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padecer enfermedades crónicas e invalidantes ▪ Presencia de síndromes geriátricos ▪ Caídas a repetición y/o recientes ▪ Mala salud autopercebida ▪ Polifarmacia ▪ Ingreso hospitalario reciente o repetido ▪ Pérdida no intencional de peso ▪ Disminución de la fuerza del apretón de mano ▪ Pobre resistencia ▪ Fractura de cadera ▪ Consumo de líquidos en cantidades inadecuadas ▪ Malnutrición ▪ Efectuar dieta no saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para la deambulaci3n y la movilizaci3n ▪ Necesidad de ayuda para ABVDs, AIVDs ▪ Perfil de Actividades de Adelaida < 2 ▪ Percepci3n de la propia actividad como nula o moderada ▪ Paseo diario < 30 minutos ▪ Baja velocidad al caminar ▪ Baja actividad f3sica ▪ Dependencia o necesidad de cuidador

Fuente: Alonso, *et al.*, 2014:5-8.

Con respecto a los criterios mentales y sociodemogr3ficos de fragilidad en el adulto mayor, son los siguientes:

- Deterioro cognitivo
- Depresi3n

- Vivir solo
- Viudez reciente
- Edad > 80 años
- Sexo femenino
- Escasos ingresos económicos
- Nivel de instrucción bajo
- Ausencia del cuidador
- Estrés del cuidador
- Falta de práctica religiosa
- Residencia en instituciones
- Cambio reciente de domicilio
- Incapacidad severa del cónyuge
- Vivir en ambiente marginal
- Estado civil no casado
- Sin hijos
- Utilización de servicio social comunitario
- Paralizados en su domicilio
- Presencia de tres o más barreras arquitectónicas en el hogar (Alonso, *et al.*, 2014:5-8).

Cabe mencionar que en el sector salud se ha producido un cambio de paradigma, al pasar de un modelo prioritario en la salud maternoinfantil, a un modelo que pone énfasis en la atención primaria, siendo uno de sus principales objetivos la atención de los adultos mayores a fines de la década del 80. Es así como el propósito de los cuidados en salud, en particular para los profesionales de enfermería, será evitar que estas limitaciones se conviertan en impedimentos para el desarrollo de actividades que el adulto mayor necesite o desee realizar, y se deberán esforzar en disminuir el nivel de dependencia de este grupo etario y las oportunidades en que estas personas precisen ayuda asistencial (Sanhueza, 2005:19).

Cambios cognitivos

Uno de los cambios que experimentan los adultos mayores a nivel cognitivo es la memoria, la cual queda conceptualizada como un sistema donde se recogen las experiencias y la información que recordamos y como un proceso de retención de las experiencias aprendidas, estando involucrada en todas las actividades mentales que desarrollamos. Para entender cómo funciona la memoria, se distinguen dos elementos: capacidades y contenidos, las primeras son concebidas como las estructuras y procesos, mientras que los segundos aluden al conocimiento o información almacenada. Así, en las estructuras se encuentra la memoria sensorial, la primaria (MCP), la secundaria (MLP), y en los contenidos, se encuentra la memoria procedural y la declarativa, subdividida en episódica y semántica, dentro de las cuales parece que pueden existir tanto declives como incrementos. La diferencia más importante que se establece en la memoria sensorial con la edad es un aumento del tiempo requerido para transferir la información desde el primer sistema a la memoria primaria y secundaria, así como el resultado de la posible influencia de deficiencias visuales sobre la ejecución mnésica. Por otra parte, las diferencias entre jóvenes y adultos mayores se manifiestan claramente cuando las tareas exigen mayor atención, flexibilidad mental y procesos de reorganización del material, encontrando problemas en el registro y procesamiento de la información, pero además la recuperación muestra un empeoramiento, ya que se vuelve más lenta, de manera que los mayores cometerán significativamente más errores que los jóvenes cuando realicen este tipo de tareas (Psicología de la vejez, 2016).

Craik y cols., indican varios motivos de porqué los adultos mayores recuerdan mejor los sucesos lejanos que los recientes: los eventos remotos normalmente están cargados de una mayor valencia emocional que los cotidianos; los eventos remotos son seleccionados por el sujeto (y no por el evaluador); no están siendo recuperados desde el momento en que ocurrieron, sino desde la última vez que fueron evocados o repasados. Así los recuerdos mejor conservados serían los más importantes para el sujeto y los dotados de mayor carga emocional (Blasco, 2006:22-24).

En lo referente a la atención en general, o más específicamente la capacidad de flexibilizar la interacción entre la concentración y la distractibilidad, es el requisito básico para que pueda tenerse una actividad mental superior y una adecuada adaptación al ambiente.

Durante el envejecimiento, y en pacientes con daño cerebral preexistente, se presenta una mayor vulnerabilidad a desarrollar estados confusionales como consecuencia de una mayor susceptibilidad a pequeñas alteraciones metabólicas. De entre todas las funciones cognitivas, las que menos parecen deteriorarse durante el envejecimiento normal son las relacionadas con el lenguaje, a excepción, por ejemplo, de que exista una pérdida auditiva o cualquier otra alteración importante relacionada con el aparato fonador que produzca cambios en la comunicación. De los distintos componentes generales incluidos en el lenguaje humano (fonológico, sintáctico y léxico) no parece existir una alteración significativa asociada a cada uno de estos componentes (Sánchez, 1998:32-39).

Cambios emocionales

La esfera emocional también muestra alteraciones con el aumento de la edad. De acuerdo a los estudios de Lampe, Kahn & Heeren (2001), con sujetos humanos se observó disminución de las sensaciones de placer o anhedonia y dificultad en el procesamiento de la información emocional. Por ejemplo, Phillips, MacLean y Allen (2002) mostraron que los sujetos de 60 a 80 años no tienen dificultades en decodificar emociones de material verbal, pero son menos hábiles para identificar expresiones faciales de enojo y tristeza y presentan una menor capacidad para reconocer emociones e intenciones a partir de las expresiones en los ojos. Se encontró en los adultos mayores un incremento de las concentraciones basales de noradrenalina, que está involucrada en el procesamiento de las emociones. En términos generales, el envejecimiento produce una serie de deterioros que se revelan también en una disminución de la plasticidad neuronal y por consiguiente, de los procesos cognitivos y emocionales. En cuanto a la esfera emocional, se encuentra una respuesta exacerbada a las situaciones de estrés vinculado probablemente con una desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA). Se observa además un deterioro emocional manifestado por anhedonia, desinterés y déficit en el reconocimiento de expresiones emocionales (Bentosela, 2005:215).

Cambios sociales

Los cambios sociales en el adulto mayor se caracterizan por ciertos cambios de estatus y de roles a partir de una disminución del rendimiento, entre los que destaca la jubilación como paso a la inactividad corporal. El envejecimiento aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores a disminuir sus facultades físicas, su autonomía económica o la fortaleza para

trabajar en el hogar y hacerse cargo de sí. Además, el adulto mayor, sufre confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales, y está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos como:

a) El desplazamiento social y la jubilación: una de las crisis, consiste en la pérdida del papel social y familiar que representa la jubilación. Ello supone a menudo, junto a la pérdida de índole económica, la privación de status social y prestigio. Cada persona tiene diferentes vivencias de la jubilación. Para algunos supone una liberación y la posibilidad de disponer de tiempo para realizar sueños, pero para otros supone el comienzo de su final.

b) El sentimiento de inutilidad: a medida que el adulto mayor va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos. Ese deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas tiene.

c) La soledad: es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser moral cuando los adultos mayores viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando no tienen con quién compartir su vida (Sunkel, 2006:38).

Entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales, es así como se ha observado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos.

Aguerre & Bouffard (2008), afirman que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida. Bajo la perspectiva biopsicosocial de la salud, el estilo y calidad de vida del adulto mayor estarán determinados por el contexto social en el que se encuentra inmerso, es decir, por la interacción entre las características del individuo y su entorno (Barra, 2012:24).

Otro elemento protector en la vejez es la espiritualidad, ésta etapa de la vida presenta múltiples pérdidas y estresores, las variables mediadoras entre dichos estresores y el ajuste a la adultez mayor se pueden agrupar en recursos de tipo interno, externo y de afrontamiento.

La convicción espiritual puede ser vista como un recurso interno, en la medida en que forma parte del haber cognitivo de un sujeto. Por otro lado el soporte social religioso suele ser un elemento presente en la vida espiritual y religiosa, así como el soporte social familiar constituye por sí mismo un recurso externo determinante para el adulto mayor. El afrontamiento puede ser visto como una respuesta adaptativa a los estresores, cuyo tipo predominante será elegido con base en los recursos internos y externos y la importancia afectiva que tengan para el sujeto (Montero, 2005:54).

DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Reflexionando sobre la naturaleza del envejecimiento, Guadalupe Zetina Lozano, en su escrito sobre Conceptualización del proceso de envejecimiento, se pregunta cómo debe uno referirse a las personas en edad avanzada cuando la mayoría de las palabras que se utilizan se consideran peyorativas, y los vocablos de viejo, anciano, senil, no pueden utilizarse sin perturbaciones. En busca de eludir ofensas, se han creado términos amables como la tercera edad, el adulto mayor, los cuales también buscan romper con estereotipos negativos y muy acendrados sobre la vejez (Ham, 1999:7-8).

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo.

Las implicaciones económicas y sociales del proceso de envejecimiento han sido un tema al cual las Naciones Unidas han dedicado mucha atención desde los primeros estudios sobre las tendencias demográficas mundiales realizadas a principios de la década de 1950 a 1960. Más recientemente las Naciones Unidas han realizado un conjunto de actividades vinculadas con la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (AME) que se llevó a cabo en 1982 (CELADE, 2008:12).

El ritmo de envejecimiento de la población en muchos países también es mucho mayor que en el pasado, por ejemplo, mientras que Francia tuvo casi 150 años para adaptarse al aumento del 10 al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, algunos lugares como Brasil, China e India tendrán un poco más de 20 años para hacer la misma adaptación. Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población, el primero es el aumento de la esperanza de vida, y la disminución de la mortalidad infantil. Aunque una pequeña

parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Los países de ingresos altos que integran la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) se muestran por separado de otros países de ingresos altos porque su epidemiología es muy distinta. En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Luego de esta etapa, las muertes se distribuyen uniformemente en el resto de la vida. Es importante destacar que estos cambios vienen acompañados de una modificación en las causas de muerte. En todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles. El crecimiento sostenido de la esperanza de vida registrado en todo el mundo durante los últimos 100 años se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo (OMS, 2015:45).

Como consecuencia de estos factores se presentan los siguientes acontecimientos a nivel mundial:

- El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.
- Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.
- El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.
- Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles.
- En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas.
- La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando.
- A medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.
- En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables (OMS, 2016).

En lo que respecta a América Latina y el Caribe, los adultos mayores integran el grupo poblacional de más rápido crecimiento. En 2006, existían 50 millones de personas en esta

franja, pero en 2025 serán 100 millones, mientras que en 2050 habrá aproximadamente 200 millones. De hecho, el 75 por ciento de las personas que nacen hoy en la región llegarán a ser adultos mayores y un 40 por ciento sobrepasarán sus 80 años. En la actualidad, en América Latina y el Caribe, el 33 por ciento de las personas mayores de las zonas urbanas y un 50 por ciento de las rurales están en la pobreza. Un tercio no dispone de jubilación, pensiones o trabajo remunerado y en las áreas alejadas de las urbes hay muy altos niveles de analfabetismo. A esta situación se añaden las dificultades que presentan parte de los profesionales de la salud para la preparación en estos temas (OPS, 2012).

Así mismo, en las Américas, las enfermedades no transmisibles, que incluyen el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades crónicas respiratorias y la diabetes, son responsables de siete de diez muertes entre las personas de 70 y más. Los costos de tratar a los adultos mayores con enfermedades crónicas son altos y están creciendo. Estos costos son pagados por todos: gobiernos, familias y las propias personas mayores. Dos de cada tres personas mayores no tienen ningún tipo de seguro médico y por lo tanto dependen de las clínicas de salud pública para recibir atención médica. Las mujeres viven más que los hombres, pero tienden a tener menos acceso a la protección social, como a pensiones o a planes de seguro médico. Esto sugiere que las mujeres deben ser el foco principal de las intervenciones de protección social.

Estilos de vida saludables e intervenciones para reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como el uso de tabaco, las dietas no saludables, el uso nocivo del alcohol y la inactividad física, pueden reducir la prevalencia de este grupo de enfermedades hasta un 70%. La atención primaria de la salud ha demostrado ser importante para la prevención secundaria y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, a través del manejo de los factores de riesgo y la coordinación de la atención y los medicamentos (OPS, 2012).

En el caso de México, las causas y los efectos de la acumulación de la vejez no observarán formas conocidas de antemano; por ejemplo, no serán semejantes a las que han experimentado las naciones desarrolladas y envejecidas con transición demográfica avanzada, sino que tendrán manifestaciones y características propias de los procesos socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud de la sociedad mexicana. Esto implica

la necesidad de formar conceptos propios sobre la vejez, realizar diagnósticos, prevenir tendencias y crear las políticas de población, de salud y de seguridad social que tomen explícitamente en cuenta a la población envejecida como parte relevante de la planeación social y económica del país. En el otorgamiento de estos cuidados existe una desigualdad en la distribución de las tareas domésticas debido a factores socioeconómicos y culturales que señalan a la mujer como la encargada de estos deberes. Asimismo, dentro del sistema de apoyo también debe considerarse la ayuda que las personas envejecidas otorgan a la familia. El énfasis de género que se observa en este análisis viene naturalmente de la desigualdad que se da en la distribución de las tareas domésticas, incluyendo el cuidado y la atención a la ancianidad. Ante una serie de factores sociológicos, psicológicos, económicos y culturales, son las mujeres, particularmente las esposas e hijas, las que asumen o se les asignan estos deberes. Es un alargamiento en el tiempo de estas tareas y una consideración anticipada de parte de la mujer. Estos mismos factores asignan a los hombres el papel de proveedores de recursos económicos (Ham, 1999:9-12).

REFERENCIAS

- Alonso Galbán, Patricia, José Félix Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro *et al.* (2007). “Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor” en *Revista Cubana de Salud Pública*, disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=s- ci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2016.
- Barra, Enrique, Flavia Vivaldi (2012). “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en Adultos Mayores” en *Terapia Psicológica*, vol. 30, núm. 2, julio, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002, fecha de consulta: 3 de mayo de 2016.
- Bentosela, Mariana, Mustaca, Alba E. (2005). “Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación” en *Interdisciplinaria*, vol. 22, núm. 2, disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/180/18022205.pdf>, fecha de consulta: 3 de septiembre de 2016.
- Millán Calenti, José Carlos (2006). *Principios de Geriatria y Gerontología. Valoración e intervención*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Cambios en la memoria asociados al envejecimiento Memory changes related to old age S. Blasco Bataller, J. C. Meléndez Moral. Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- Serrano, F. y A. Carbonell (1998). “Principales cambios con la edad y su significado clínico” en *Tema monográfico. La salud del anciano*, disponible en <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/62/1435/31/1v62n1435a13032311pdf001.pdf>, fecha de consulta: 3 de mayo de 2016.
- Salech, Felipe M., Rafael Jara L. y Luis Michea A. (2012). “Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento” *Revista Médica de Clínica Las Condes* Vol. 23(1) 19-29, disponible en http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/

- PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5. pdf, fecha de consulta, 6 de julio de 2016.
- García Fernández, M.A. *et al.* (2011). *Manual de Enfermería Geriátrica*, Madrid: C.T. O. Medicina, 312 p.
- Ham Chande, Roberto (1999). “El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades” en *Papeles de Población*, num. enero-marzo, pp. 7-21. http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1043:ops-ins-ta-hacer-frente-envejecimiento-poblacion&Itemid=290
- Juan F. Macías Núñez (1993). Cambios en el tracto urinario superior ligados al envejecimiento. *Clinicas Irológicas de la Complutense*. 2,55-64, Editorial Complutense de Madrid, 1993. <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110055A/1522>
- M. Izquierdo X. Aguado (1998). “Efectos del envejecimiento sobre el sistema neuromuscular” en *Archivos de Medicina del Deporte*, Vol. XV, núm. 66, pp. 299-306. Instituto Nacional de Educación Física de Castilla y León. Laboratorio de Biomecánica.
- De la Uz Herrera, María E. (2009). “El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano” en *Bioética*, disponible en <http://www.cbioetica.org/revis-ta/92/920408.pdf>, consultado el 4 de mayo de 2016.
- Márquez y Meléndez. El papel de la familia en la protección social en América Latina. In: Astelarra J, coordinador. *Género y cohesión social*. Madrid: Fundación Carolina, 2002.p. 255-302.
- Montalvo Toro Jessica (1997). “La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento” en *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 29, núm. 3, Bogotá. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/805/80529304.pdf>, consultado el 12 de abril de 2016.
- Montero, María y Armando Rivera Ledesma (2005). “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos” en *Salud Mental*, vol. 28, núm. 6, diciembre, Ciudad de México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>, fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
- M, Gutiérrez Javier (2005). “Envejecimiento del sistema cardiovascular” en *Rev. Col. Cardiol*. vol.12 (2), pp. 53-63. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000400002&lng=en, consultado el 10 de septiembre de 2016.
- OMS (2015). “Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.
- OMS (2016). “Datos interesantes acerca del envejecimiento”. Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- OPS (2012). “Envejecimiento saludable y enfermedades no transmisibles”. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17755&Itemid=
- OPS (2012). “OPS insta a hacer frente al envejecimiento de la población Congreso de Gerontología” Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento 2009. [Internet] [acceso 15 de abril de 2016. Disponible en: <http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/>, consultado el 15 de abril de 2016. Penny Montenegro, Eduardo y Felipe Melgar Cuellar (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia, La hoguera investigación, Disponible en http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
- Román Lapuente, F, J. Sánchez Navarro (1998). “Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal” en *Anales de Psicología*, vol. 14, pp. 27-43. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714104>
- Ruiz-Torres, G. y G. Hofecker (2003). “Marcadores biológicos del envejecimiento” en *Revista Española de Geriatría y Gerontología* vol. 38 (6), Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-marcadores-biologicos-del-envejecimiento-S0211139X0374918X>, fecha de consulta: 14 de abril de 2016.
- Sánchez Navarro, Juan Pedro, Francisco Román Lapuente (1998). “Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal” en *Anales de Psicología*, pp. 27-43.

- Sanhueza Parra, Marcela, Manuel Castro Salas y José M. Merino Escobar (2005). “Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud” en *Ciencia y Enfermería*, vol. XI, (2). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
- “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población/ Fondo de Población de las Naciones Unidas Santiago de Chile”, febrero de 2008 <http://repositorio.cepal.org/bits-9CA5D0B8FC999518D7?sequence=1>
- Treviño Siller, Sandra, Blanca Pelcastre-Villafuerte y Margarita Márquez Serrano (2006). “Experiencias de envejecimiento en el México rural” en *Salud Pública*, vol. 48, núm. 1, Cuernavaca, enero-febrero, disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100006

7.2 Artículo 1 enviado

7.2.1 Modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores

7.2.2 Carta de envío del artículo

Texto & Contexto Enfermagem



MODELO DE KRISTEN SWANSON ADECUADO AL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN ADULTAS MAYORES

Journal:	Texto & Contexto Enfermagem
Manuscript ID:	TCE-2017-0066
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Cuidado de Enfermería, Mujeres, Adulto Mayor, Modelos de Enfermería, Enfermería Geriátrica

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo>

7.2.3 Resumen

Resumen: El aumento en el número de personas mayores que asisten a los hogares diurnos ha crecido considerablemente y requieren una atención directa e individualizada. **Objetivo:** construir un modelo de cuidados de enfermería dirigido a adultas mayores, tomando como referencia la valoración integral y la interpretación de su vivencia a partir del pensamiento de Kristen M. Swanson. **Método:** la investigación hermenéutica con un enfoque cualitativo desarrollado con 177 mujeres adultas mayores, de 65 a 84 años de edad, que participaban en los programas de salud que brinda la Casa de Día en Toluca, México. **Resultados:** En el proceso de la interpretación hermenéutica se distinguieron tres dimensiones: 1. La comprensión de ser mujer; 2. Ser adulto mayor y sus estrategias de afrontamiento; y 3. El cuidado de enfermería a partir del pensamiento de Kristen Swanson. **Conclusión:** El modelo de atención propuesto en este estudio se fundamenta en los sentimientos, las actitudes y el conocimiento que tienen las adultas mayores sobre su historia de vida pasada, presente y perspectivas del futuro. Los cuidadores se integran como facilitadores y mediadores en la atención, en el ejercicio de la autonomía en el cuidado.

Descriptor: Cuidado de Enfermería; Mujeres; Adulto Mayor, Modelos de Enfermería; Enfermería Geriátrica.

7.2.4 Apartados del artículo

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el envejecimiento de la población mundial es un indicador de mejora de la salud, situación que refleja un incremento del número de personas con 60 o más años en todo el mundo;⁴⁵ en este sentido, la población mexicana de adultos mayores asciende a 10, 055, 379, lo que significa el 9% de la población total del país.⁴⁶ Esta situación ha propiciado reformas políticas, económicas y sociales que se enfocan primordialmente en la curación y tratamiento de enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas.

Es así que, cuando se habla del cuidado de la salud en los adultos mayores, se presupone que ellos buscan diferentes medidas y formas para cuidarla, las cuales pueden provenir de recomendaciones o enseñanza de profesionales, así como de prácticas socioculturales

pasadas de generación en generación.⁴⁷ Es por esta razón que, las estrategias de enseñanza-aprendizaje implementadas en instituciones de educación superior de enfermería deben tener implícito el desarrollo de competencias necesarias para el cuidado de los adultos mayores, que no deben ser considerados como adultos viejos, toda vez que tienen sus propias particularidades en los contextos biopsicosociales, requiriendo competencias específicas de los profesionales de la salud.⁴⁸

En la ciencia de enfermería la mejor forma de sustentar los conocimientos es a través de teorías que intentan explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina. Así, Kristen Swanson plantea en el año 1991 la “Teoría de los Cuidados”, concibiendo los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal; propone cinco procesos básicos: Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias; que permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado de enfermería, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no es necesariamente la práctica de enfermería.⁴⁹

Por medio del estudio que se presenta y partiendo del pensamiento de la teórica Kristen Swanson, se identificaron las características y particularidades de las mujeres adultas mayores, para posteriormente definir los cuidados requeridos por esta población, es así que, el objetivo de este estudio fue construir un modelo de cuidado en enfermería dirigido a mujeres adultas mayores, tomando como referencia la valoración integral y la interpretación de su vivencia a partir del pensamiento de Kristen M. Swanson.

Método

La investigación tuvo un enfoque metodológico de tipo hermenéutico, fundamentado en Heidegger; que consiste en un proceso de pre-comprensión, comprensión e interpretación del fenómeno, no como algo fragmentado o secuencial, sino como algo que revele el fenómeno en movimiento.⁵⁰ El modelo de cuidado propuesto en este estudio surgió mediante la adaptación de la Teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson a las necesidades de salud del adulto mayor, partiendo del supuesto que la persona cuidada se encuentra en proceso de transición y pérdidas y requiere acompañamiento en su proceso de adaptación;⁵¹ se designaron como ejes transversales de la investigación los cinco procesos

de cuidado: 1) Mantener las creencias; 2) El conocer; 3) El estar con; 4) El hacer por; y 5) El permitir o posibilitar.

La población de estudio fueron 490 mujeres adultas mayores que asisten a una Casa de Día en Toluca, Estado de México. El tamaño de la muestra se seleccionó con un muestreo probabilístico aleatorio simple, dando como resultado 177 mujeres adultas mayores, de 65 a 84 años de edad, que asistían a los programas de salud que brinda la Casa de Día, que desearon participar, firmaron el consentimiento informado y que no presentaron alguna disminución de la capacidad cognitiva.

Para estructurar el modelo de cuidado en adultas mayores, primeramente se aplicaron cuestionarios organizados en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon y dirigidos a la obtención de una valoración integral de salud de las mujeres de la Casa de Día; asimismo, se realizaron 10 entrevistas para conocer la percepción que tienen las adultas mayores de sí mismas, de su salud y del cuidado que requieren.

De los datos obtenidos se distinguieron 3 dimensiones para interpretación hermenéutica: 1. ser mujer; 2. adulto mayor y estrategias de afrontamiento; y 3. El cuidado de enfermería (ver Fig. No. 1); desprendiéndose en cada una de estas dimensiones diversos conceptos que constituyen el marco teórico-filosófico del modelo.

Fig. No. 1: Dimensiones de análisis.



Fuente: Elaborado por las autoras, 2016.

La fenomenología, base teórica y metodológica de este estudio, se fundamenta en la búsqueda de significados para los fenómenos, para lo cual utiliza el círculo hermenéutico, con la finalidad de que un objeto estudiado sea reconocido más profundamente. El círculo hermenéutico posee tres movimientos que no son secuenciales, sin embargo, ocurren simultáneamente: pre-comprensión, comprensión e interpretación.

La pre-comprensión es la primera aproximación con el fenómeno, donde el investigador procura conocer, observar atentamente, buscar información sobre lo que se desea descubrir; para eso, además de la información personal, también se busca en la literatura aquello que pueda sustentar el reconocimiento del objeto a ser estudiado.

Resultados

Comprendiendo la dimensión de ser mujer adulta mayor

El ser adulto mayor se manifiesta en diferentes aspectos que emergen de los testimonios sobre su vida y sus afrontamientos, valorizando aspectos como el deterioro de la salud, bienestar, sentimientos, amor, libertad de espíritu, pérdidas, espiritualidad, acompañamiento y cuidado.

[...] yo me defino como una persona muy alegre. Yo me siento bien, muy contenta, feliz...me gusta mi forma de ser...para mí es muy bonito, me gusta...me gusta ver mis canas, me gusta ver mis arrugas, me gusta verme en el espejo (M5).

[...] no me siento vieja, no me siento acabada, que diga usted hay pobrecita de mí ¿qué voy a hacer? No, agarro mi bastón, cuando de veras ya no puedo caminar y sigo en la lucha...es mi ilusión venir aquí [...] (M8).

Corral y Ortiz (1990) mencionan que ante las pérdidas biológicas, psicológicas y cambios sociales vividos por los adultos mayores, su autoconcepto puede verse alterado, siendo importante analizar la percepción de sí mismo durante esta etapa de la vida y observar su relación con el bienestar en la tercera edad,⁵² por esta razón se toman como base para la concepción de adulto mayor, los argumentos de las mujeres entrevistadas; definiéndose como aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que se caracteriza por ser sabia, experta, paciente y tolerante, como resultado de la transición asociada a la experiencia vivida, el conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión de su vida.

El deterioro de la salud es un auto-concepto positivo y se relaciona con la disposición del adulto mayor a realizar actividades físicas, que a su vez favorece la autonomía funcional,⁵³ por lo tanto, el deterioro de la salud se relaciona con problemas o enfermedades del aparato musculo-esquelético que impiden a la mujer adulta mayor realizar actividades de su vida diaria, provocando sentimientos de dependencia, tristeza y baja valía.

Pues me considero sana, aparte de lo que tengo, la...presión,...hago mis cosas bien, me valgo por mí misma (AM6).

Caminar, a mí me gusta caminar, suspendí la caminata por la rodilla que me dolía, pero traigo venda y entonces la uso, es elástica...últimamente ya me he sentido bien, porque subía escaleras y me sentía muy mal al otro día, me dolía mucho la pierna, pero últimamente he observado que ya no, y que eso me ha ayudado a caminar, eso es para mí muy importante (AM10).

Bienestar es vivir en un estado en el que se sienta integrado y comprometido con vivir y morir. Experimentar el bienestar es vivir una experiencia subjetiva y significativa de totalidad que involucra un sentido de integración y cambio en todas las facetas de la existencia que son libres de ser expresadas. La enfermedad es una alteración del bienestar integral de la persona en cualquiera de sus aspectos tanto físico como emocional, dado por factores internos o externos que pueden afectar directamente a la persona.⁵⁴

Me siento bien...me han operado cuatro veces...porque uno ya de viejo, cuando no te duelen los pies, como ahorita que me duele el brazo, o que no puedo dormir, tengo que ir al médico, en fin, son achaques que tiene uno que cuidarse, atenderse (AM7).

Los sentimientos se definen como las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo, son secuelas profundas de placer o dolor que dejan las emociones en la mente y en todo el organismo,⁵⁵ en este sentido, las mujeres al encontrarse en un proceso de reflexión y contemplación de su vida, perciben diversos sentimientos, tanto positivos como negativos, que van a permear en su vida personal, familiar y social, y por supuesto en su salud; entre los positivos se encuentran: felicidad, alegría, tranquilidad, satisfacción, amor, libertad, en los negativos figuran: tristeza, nostalgia, preocupación, ansiedad.

A estas alturas procuro estar, un poco más relajada, más tranquila [...] (M3).

Estoy tranquila...contenta, decía mi madre que la vida es muy difícil, dura y amarga, pero qué bonito es vivirla (M5).

Leonardo Boff (2012), menciona que el amor y la felicidad son valores, cada uno lleva la luz y las sombras de diferentes antecedentes familiares y personales, cuyas raíces alcanzan arquetipos ancestrales, marcadas por experiencias de éxito o trágicas, que han dejado huella en la memoria genética de cada uno; el amor es un arte, hecho con la sutileza que exige capacidad de comprensión, renuncia, paciencia y perdón; la mujer es más radical: va al extremo de la entrega en el amor, sin descanso y sin restricciones, por eso su amor es más pleno y realizador; el mayor secreto para cuidar del amor se encuentra en el sigiloso cuidado de ternura, una ternura de la bondad, pequeños gestos que revelan el cariño; el amor no puede vivir sin un aura de ternura, afecto y cuidado,⁵⁶ por lo tanto, el amor es el sentimiento implícito en la historia de vida de las adultas mayores, y es uno de los elementos del cuidado de enfermería que propician confianza en la relación enfermera-persona mayor, y apego a las actividades de bienestar.

A veces me doy cuenta que me descuidan mucho, pero tampoco le doy importancia, porque de lo que carezco en casa... me sobra cariño de compañeros, de quien menos te esperas, el que da amor recibe amor (M2).

Se entiende por libertad de espíritu, la fuerza interior que lleva a ser quién siente ser y dejar los patrones que llevan a ser quién debe ser, es la actitud interior que permite actuar por amor a la verdad del corazón y no por miedo a no ser aceptado, querido, amado, integrado,⁵⁷ es así que las adultas mayores experimentan este sentimiento y es necesario entender, desde su realidad y su experiencia, el crecimiento personal que puede adquirir y apoyar en el redireccionamiento de esa libertad de espíritu hacia conductas de bienestar.

[...] soy igual que cuando era joven...tuve muchas responsabilidades, mucho trabajo y toda mi alegría se me apagó un poquito, yo no bailaba...pero ahora me desquito, bailo todo lo que se me pega la gana [...] (M4).

El sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la vida debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida;⁵⁸ la soledad descrita por las adultas mayores, es subjetiva y es causa de la falta de un rol dentro de la sociedad, de la necesidad de sentirse útiles e independientes, no encuentran empatía en las actividades que tienen con los hijos o los nietos, las adultas mayores gozan de disponibilidad y tiempo, pero no encajan en los gustos e intereses de sus familiares.

[...] ya sé que van a llegar, sé que tarde pero ya nos reunimos, ya platicamos, pero cada una tiene que tener su espacio, cada una tiene que hacer sus cosas...cada una estudia, nomás las puedo ver cada quincena o cada veinte días, pero a las que tengo cerca me dicen: abuelita ¿cómo estás?, bien hija, ándale un taquito, si abuelita y ya se van a su casita y ya me quedo sola...pero me dejan libre para que haga lo que yo quiera (M8).

Los adultos mayores a través de su vida, sufren diversos tipos de pérdidas, económicas, sociales, físicas y humanas, destacan de entre las pérdidas físicas el dolor, el cual propicia debilidad, inmovilidad o incapacidad en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, y esto a su vez desencadena sentimientos de tristeza y frustración.

[...] lo que pueda hacer en la casa, porque uno cae cansado, ya no dan ganas de hacer gran cosa...Me da tristeza que ya no puedo hacer las cosas como antes (llora), he sido una mujer muy activa y cuando me siento cansada es cuando me entra la tristeza, y hasta siento más el dolor de mis piernas [...] (M7).

La espiritualidad trabaja una de las dimensiones humanas, el espíritu, perteneciéndole a éste la reflexión, la interiorización y la contemplación, requiriendo precondiciones como la calma de los instintos corporales, tranquilidad de los sentidos y del espacio físico de reunión; la espiritualidad significa vivir de acuerdo al espíritu, el sabor de la dinámica de la vida,⁵⁹ es así como la espiritualidad en las adultas mayores es de lo más importante en sus vidas, es todo aquello que les da fuerza para estar vivas, que les anima a seguir adelante a pesar del futuro incierto, que motiva y les da fe y esperanza de que todo va a estar mejor. El profesional de enfermería tiene que permitir la fe y la esperanza, que es "Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado", de este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación.⁶⁰

Todo, la esperanza es la cosa más maravillosa, todos tenemos la esperanza de tener una vida muy bonita...o de ser feliz o de que te llegue algo agradable a tu vida, la palabra esperanza es muy significativa en mi vida (AM2).

Estar con, significa "estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona

cuidada”.⁶¹ La compañía es otro de los factores de bienestar en las adultas mayores, si ellas cuentan con el acompañamiento de familiares, compañeros o amigos, muestran mayor seguridad y alegría, así como auto-aceptación y autoestima.

Me siento acompañada, me siento querida, yo veo que mis hijas me quieren mucho, con mis nietas me llevo muy bien, son 6 y me quieren mucho [...] (AM8).

Para las adultas mayores, cuidar es amor, acompañamiento, auxilio, preocupación por el otro, empatía y oración; estas ideas han sido producto del aprendizaje adquirido a través del tiempo, en la experiencia e historia de vida de cada una de ellas, que a su vez, da sentido e importancia al quehacer del cuidado de enfermería.

(suspira)...yo creo que ya nacimos con eso...aunque los hijos se casan, siempre uno busca cómo auxiliarlos, como, en su momento, darles confianza para que acudan a uno, te comenten y les des un consejo, algo (AM2).

Todo lo mencionado otorga una concepción general y a su vez específica de lo que significa ser mujer adulta mayor, de todo lo que representa tener más de 60 años en los diferentes aspectos de la vida: físico, social, emocional, psicológico y espiritual.

Discusión

De los datos obtenidos se distinguieron tres dimensiones para interpretación hermenéutica: ser mujer, adulto mayor y estrategias de afrontamiento y, el cuidado de enfermería, las cuales se describen a continuación.

El ser mujer adulta mayor se manifiesta a través de su vivencia y mediante la comprensión de sus experiencias, se determinó que en la historia de la vida de las mujeres mayores se encuentran acontecimientos que marcan y delinear el presente de cada una de ellas, aunque los sentimientos y emociones emanados de esos hechos son percibidos de forma individual, se pudieron distinguir elementos comunes en ellas.

La primera premisa es que todas las adultas mayores atraviesan por un análisis y reflexión interior de su vida, en donde se ubican tres momentos elementales: pasado, presente y futuro. Un pasado que revela el poder de la actividad física, el provecho de energía y fortaleza, la independencia física contra la dependencia emocional y social, vida en familia, responsabilidad con los hijos, presión social, manipulación, represión y violencia por parte de sus parejas, sentimientos de felicidad y alegría por los logros obtenidos. Un presente que emana sentimientos de tristeza, nostalgia y a su vez felicidad y satisfacción, por aquello que

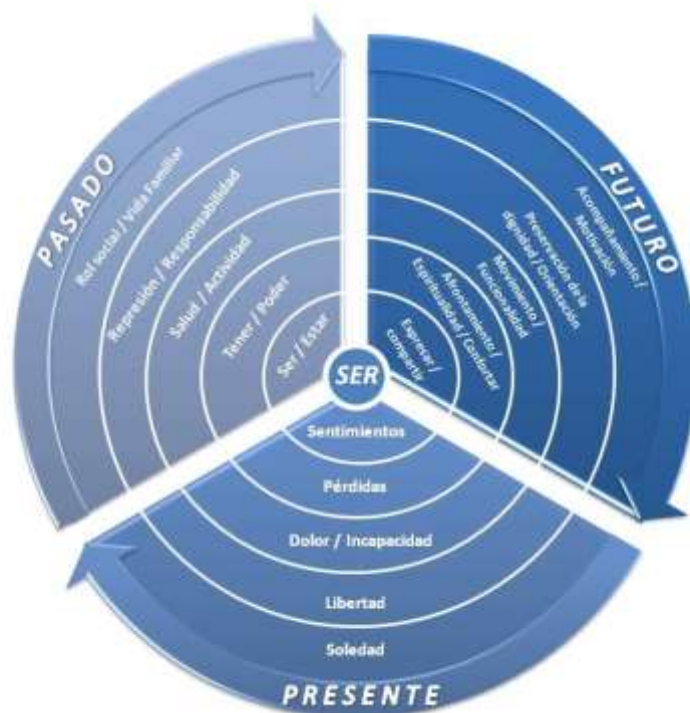
se perdió pero también por lo que se obtuvo, colocando en la balanza de su vida las pérdidas, el dolor incapacitante, la soledad sentida y la libertad de ser quien se quiere ser, sin máscaras, sin buscar agradar a nadie, sino a ellas mismas. Un futuro, que más que un final, se recibe con fe y esperanza de aquello que se puede mejorar y de que cada día es una ganancia en la carrera de la vida, aprovechar al máximo sus capacidades y seguir en la lucha.

Por consiguiente, la siguiente deducción es que el cuidado que requieren las adultas mayores debe centrarse en la filosofía humanista, percibiéndolas como seres completos-holísticos, no como pacientes o personas enfermas, sino como seres humanos que sienten, piensan, conocen, aprecian y sobre todo valen por lo que son, personas que requieren cuidados con dignidad, empatía, respeto, amor y esperanza.

Las adultas mayores requieren expresar y compartir sus sentimientos, pero al mismo tiempo, precisan de profesionales de la salud capaces de saber escuchar e interpretar aquello que se dice. Necesitan fortalecer su espiritualidad para lograr confortar su espíritu y al mismo tiempo afrontar sus problemas o aceptar su situación de la mejor manera. Solicitan mantenerse en movimiento, por lo que se les debe permitir participar en las actividades de su vida diaria y en aquellas que sean de su agrado y en la medida de sus posibilidades.

Se les debe orientar sobre su salud, sobre las medidas del cuidado de sí mismas y la promoción de salud y prevención de enfermedades, preservando su dignidad en todo momento. En cada uno de esos cuidados, el acompañamiento y la motivación son imprescindibles para el fortalecimiento de los valores antes mencionados (ver Fig. No. 2).

Fig. No. 2: Dimensiones de ser adulto mayor, considerando el pasado, el presente y el futuro.



Fuente: Elaborado por las autoras, 2016.

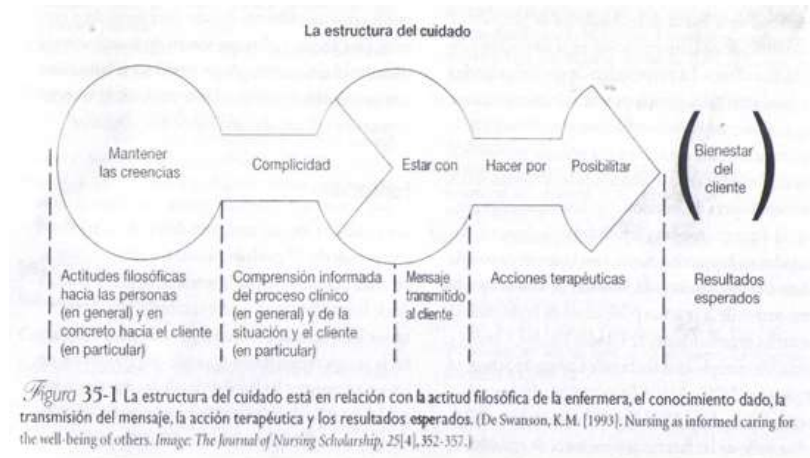
La comprensión de ser adulto mayor a través de la percepción del presente, pasado y futuro sobre los sentimientos, actitudes, frustraciones, superaciones y experiencias nos lleva a reconocer algunas necesidades de cuidado, que pueden ser consideradas por la enfermería para establecer un modelo de cuidado que sea sensible a las experiencias de vida del ser adulto mayor.

Transitar por la vida propicia enfrentarse a retos de diversa índole, mismos que generan pérdidas y ganancias, siendo así que, en esta última etapa de la vida se ponen en marcha diferentes estrategias de afrontamiento a los problemas de la vida cotidiana, éstas son la espiritualidad, el amor a sí mismo y el acompañamiento.

Modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores

Toda vez que se interpretaron los conceptos, categorías y dimensiones, se procedió a determinar los procesos de cuidado, tomando como referente teórico la Teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson (ver Fig. No. 3), partiendo de la prioridad que dan las adultas mayores a los aspectos de análisis.

Fig. No. 3: Estructura del Cuidado de Kristen Swanson.



Fuente: Teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson.
<http://teoriakristenmswanson.blogspot.mx/p/enfoque-de-la-teoria.html>

La interpretación de las dimensiones del ser fundamenta la creación de un modelo de cuidado de enfermería en mujeres adultas mayores bajo la preservación de su autonomía. Mediante el enlace de los datos obtenidos en entrevistas y cuestionarios con la Teoría de los cuidados, se obtiene la propuesta del Modelo de cuidado de enfermería en mujeres adultas mayores bajo la preservación de su autonomía, el cual tiene una base filosófica humanista, hermenéutica, centrada en el ser, cuyo objetivo es brindar cuidados e intervenciones de enfermería específicos a las necesidades de salud de las mujer adulta mayor, para lo cual se toma como referencia una valoración integral y la comprensión de su historia de vida. Este modelo está basado en preceptos de Swanson, y se estructura en tres momentos: Diagnóstico, Intervención y Evaluación, cada uno de los cuales está compuesto por los 5 procesos del cuidado de enfermería, como se puede observar en la figura No. 5.

Diagnóstico:

1. Mantener las creencias: Conceptos

La práctica de enfermería se ocupa más allá del “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el

juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.⁶²

Por tanto, el cuidado surge de una relación interpersonal saludable entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, y se expresa a través de la honestidad, la sinceridad, el respeto, la comprensión, la sabiduría y la reciprocidad hacia ésta, incorporando además elementos que le permiten comunicarse y escuchar efectivamente, sin embargo, antes es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia para ayudarla a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción, y pueda ser percibida por el paciente como una profesional totalmente involucrada.⁶³ Es decir, la relación interpersonal enfermera-paciente favorece la expresión de sentimientos, actitudes y creencias de la persona, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas ayudando a la adaptación de la enfermedad y un mejor afrontamiento.⁶⁴

El primer proceso de cuidado en el diagnóstico es mantener las creencias, que significa para Kristen Swanson “mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación”.⁶⁵

Siguiendo la metodología de su teoría, para mantener las creencias en la relación enfermera-adulta mayor, inicialmente se precisa comprender la vida de las mujeres adultas mayores, indagar sobre lo que les acontece, conocer qué significa ser adulto mayor, identificar los problemas de salud que torna vulnerable a esta población, para de esta forma ser empáticos en el proceso de cuidado. Además, se tiene que indagar sobre el significado del cuidado desde la percepción de las mujeres, y conocer el contexto en el que se desenvuelven, estos tres aspectos van a permitir obtener la confianza y reconocimiento por parte de la persona que se cuida, accediendo a resignificar el cuidado hacia una actitud de bienestar. Los instrumentos utilizados en este proceso pueden ser la entrevista, así como los conceptos emanados de este modelo que sirven como base teórica para fundamentar la práctica de los cuidados.

2. Conocer: Dimensiones del ser

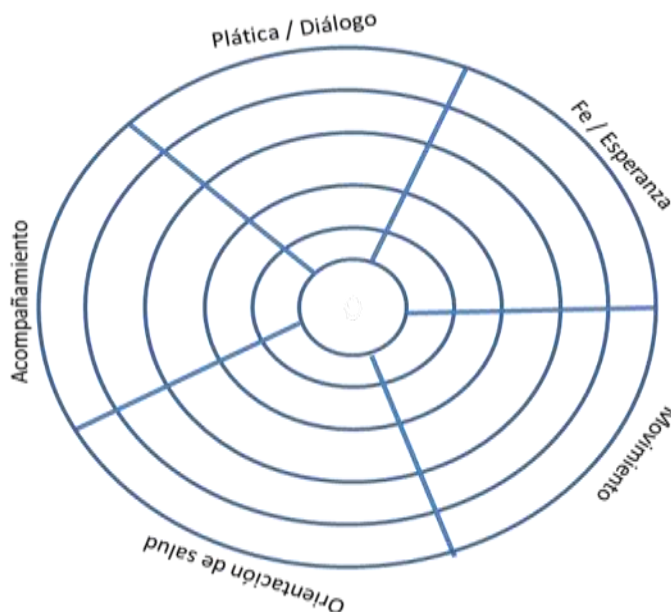
El segundo proceso de cuidado, dentro del diagnóstico, es conocer, que significa “esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”.⁶⁶

A través del diálogo, el conocimiento mutuo, la empatía y compartir experiencias y emociones, es como se logra establecer un vínculo afectivo en la relación enfermera-adulta mayor, lo que a su vez, genera mayor compromiso y seguridad para las siguientes fases del cuidado, logrando resultados que impacten de forma pertinente en el bienestar de las mujeres.

Es importante que en este primer momento se permita y se estimule, a través de la plática, la expresión de sentimientos y emociones, se indague sobre su historia de vida, los lazos o redes de apoyo, personas significativas, acontecimientos importantes que revelen la personalidad, estrategias de afrontamiento y actividades de salud de la adulta mayor. Asimismo, es importante que el profesional de enfermería logre obtener la confianza y reconocimiento de la mujer adulta mayor, ya que esto permitirá la realización de intervenciones y actividades para el cuidado de la salud.

Una vez recolectada la información verbal, se procede a indagar, bajo la percepción de la adulta mayor, cuáles son sus prioridades de cuidado, es decir, cuál es el cuidado más importante que necesita la mujer para sentirse bien, para esto, se puede hacer uso del Mapa de los cinco campos, que consiste en un tablero, donde se fija la prioridad del cuidado representada por el tamaño y colores, en este marco, se han diseñado seis círculos concéntricos que representan el participante en los niveles de proximidad, que es el centro; y se dividen en cinco ámbitos: plática/diálogo, Fe/esperanza, Movimiento, Orientación de salud y Acompañamiento.

Fig. No. 4: Prioridad del cuidado desde la percepción de la adulta mayor.



Fuente: Mapa de los Cinco Campos. (Adaptado de Samuelsson et al., 1996).

Simultáneamente, se indaga sobre la salud física, emocional, social y espiritual de la persona adulta mayor, es decir, se hace uso de diferentes técnicas y métodos para la recolección de información, incluyendo el formato de valoración integral con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, poniendo especial énfasis en los siguientes aspectos: alimentación, eliminación urinaria, sueño y descanso, déficit auditivo y relaciones.

Intervención:

3. Estar con / Hacer por: Acciones terapéuticas

En este modelo, se conjuntan los procesos de cuidado estar con y hacer por, entendiéndose por Estar con, “estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada”. El hacer por es “hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad”.

En las adultas mayores son cinco las categorías de cuidado identificadas en las que intervienen las acciones terapéuticas para el logro del bienestar. El acompañamiento

familiar, la espiritualidad, el diálogo terapéutico y el amor, son dos factores que propician el bienestar de las mujeres mayores, por tal motivo, el profesional de enfermería debe hacer uso de ello para obtener mejores resultados a través del cuidado.

Tabla No. 1. Acciones terapéuticas por categoría de cuidado.

Cuidado	Momento del cuidado	Responsable del cuidado	Acción terapéutica
Dialogo terapéutico	Elección de la adulta mayor	Personal de Enfermería	1. Escucha activa
		Personal de Psicología	2. Foros de discusión
Movimiento	Conforme a resultados de valoración integral	Personal de Enfermería	1. Actividad física
		Personal Médico Instructores	2. Baile 3. Yoga 4. Seguimiento del dolor
Acompañamiento	Elección de la adulta mayor	Personal de Enfermería	1. Vinculación afectiva
		Personal de Psicología Personal Médico Familiares	2. Socialización grupal 3. Grupos de apoyo mutuo
Orientación de salud	Elección de la adulta mayor	Personal de Enfermería	1. Educación para la salud
		Personal de Psicología Personal Médico	2. Seguimiento de salud
Fe y esperanza	Continuo	Personal de Enfermería	1. Afrontamiento de pérdidas
		Personal de Psicología Personal Médico Familiares	2. Grupos de confort espiritual
Amor	Continuo	Personal de Enfermería	1. Escucha activa
		Personal de Psicología Personal Médico Familiares	2. Permision de expresión de sentimientos y emociones 3. Afecto y empatía

Fuente: Elaborado por las autoras, 2016.

Evaluación:

4. Posibilitar: Técnicas y estrategias de cuidado

Toda vez que se conocen las acciones terapéuticas encaminadas al bienestar de la mujer adulta mayor, interviene la autonomía de ella en la elección de sus cuidados y acciones, por

lo que a través de una programación semanal, la mujer se inscribirá en las actividades que de acuerdo a su percepción, son las necesarias para sentirse bien.

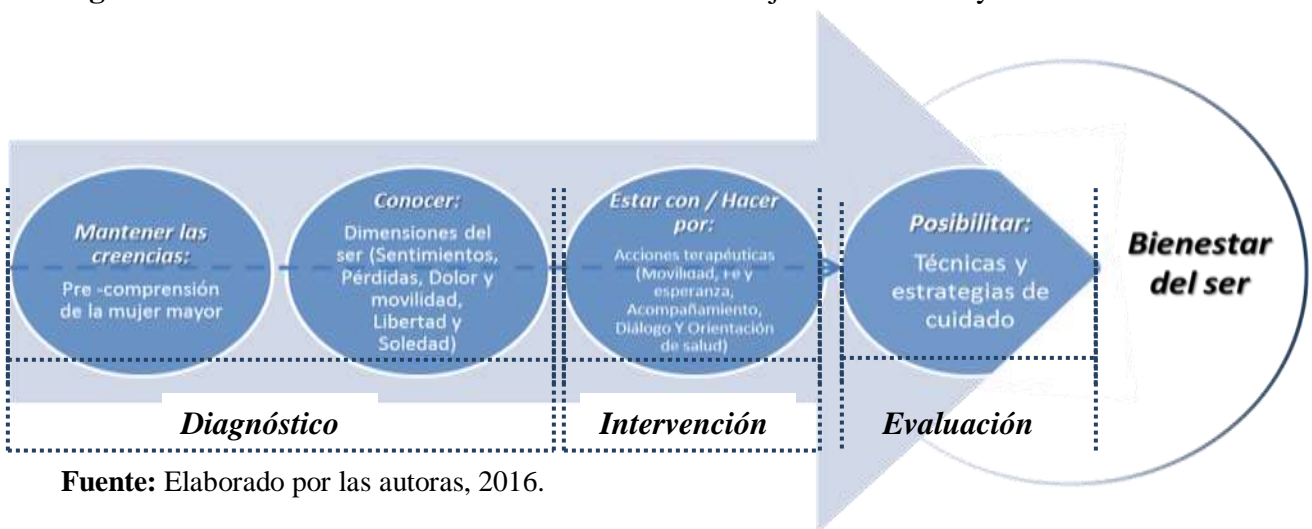
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00-10:00	Actividad física	Baile	Yoga		Control del dolor
10:00-11:00			Educación para la salud	Grupo de apoyo mutuo	
11:00-12:00	Seguimiento salud	Seguimiento salud	Seguimiento salud	Seguimiento salud	Seguimiento salud
12:00-13:00	Foro de discusión	Afrontamiento de pérdidas		Grupo de confort espiritual	
13:00-14:00					Socialización grupal

Fuente: Elaborado por las autoras, 2016.

5. Bienestar del ser

La satisfacción del cuidado otorgado se evaluará mediante la escala de Cuidado Profesional de Kristen M. Swanson.

Fig. No. 5: Estructura del cuidado de enfermería en mujeres adultas mayores



Fuente: Elaborado por las autoras, 2016.

Conclusión

El modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores considera esencial la valoración integral y la interpretación de vivencia de mujeres adultas mayores de la Casa de Día. Estas vivencias se refieren a la comprensión de lo que son, lo que ellas consideran sobre la atención y las estrategias de afrontamiento de sus conflictos diarios. El modelo de atención propuesto en este estudio se basa en los sentimientos, las actitudes y el conocimiento de adultas mayores reveladas por la historia de su vida pasada, presente y perspectivas de futuro. Los cuidadores se integran como facilitadores y mediadores en la atención, dar apoyo a las decisiones tomadas por las mujeres en el ejercicio de su autonomía en el cuidado, y su perspectiva sobre lo que es la felicidad y su bienestar.

Por lo tanto, es un modelo de cuidado adecuado a las condiciones de las mujeres mayores de México.

Referencias

- ⁴⁶ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento ONU. *Una sociedad para todas las edades*. C2002 [actualizado Abr 2002; citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
- ⁴⁷ Cárdenas VCL, González GCA, Lara DHE. Instituto de Geriátria. *Numeralia de los adultos mayores en México*. C1999 [actualizado 2012; citado 23 Oct 2013]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
- ⁴⁸ Araújo de Oliveira LPB, Azevedo dos Santos SM. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, 2016 25(3): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3670015.pdf
- ⁴⁹ Andrade PCF, Vieira TFS, Paulo MCJ. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(4): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-0300015.pdf
- ⁵⁰ Valenzuela Suazo, S.; Rodríguez Campo, VA.; (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, Octubre-Sin mes, 316-322 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801016>

- ⁵¹ Silveira KS, Elisa CT. Temporalidade: o existir e a perspectiva da finitude para o ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte. *Texto Contexto Enferm*, 2014 Jul-Set; 23(3): 728-34. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00728.pdf
- ⁵² E.Parker M, *Nursing Theories and nursing practice*. Chapter 22, Kristen M. Swanson: a program of research on caring, United States, 2006, Disponible en: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032566.pdf
- ⁵³ Vera-Noriega JÁ, Dominguez-Guedea MT, Laborín-Álvarez JF, Batista-Albuquerque FJ, Seabra M, Autoconcepto, lócus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño, Centro de investigación en Alimentación y Desarrollo, Universidad de Sonora, Universidade Federal da Paraíba. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08>
- ⁵⁴ Vera-Noriega JÁ, Dominguez-Guedea MT, Laborín-Álvarez JF, Batista-Albuquerque FJ, Seabra M, Autoconcepto, lócus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño, Centro de investigación en Alimentación y Desarrollo, Universidad de Sonora, Universidade Federal da Paraíba. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08>
- ⁵⁵ Swanson MK, Disponible en: <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com.br/p/enfoque-de-la-teoria.html>
- ⁵⁶ Fernández Poncela AM. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. *Revista Versión Nueva Época*, 2011, 26: 0188-8242. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/143345258/Antropologia-de-Las-Emociones-y-Teoria-de-Los-Sentimientos>
- ⁵⁷ Leonardo Boff. *Saber cuidar, ética do humano-compaixão pela terra*. Editora Vozes. Petrópolis RJ, Brasil. 1999.199 pp.
- ⁵⁸ La educación del ser (2012). La libertad de espíritu. Disponible en: <https://laeducaciondelser.wordpress.com/2012/04/11/la-libertad-de-espiritu/>
- ⁵⁹ Rubio R, Rico A. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol*. 2001;11:23-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834469>
- ⁶⁰ Boff L, *Ecología, Mundialização, Espiritualidade*, Edit. Record Ltda. Río de Janeiro, Brasil, 2008. 235 pp.
- ⁶¹ Urra M, Eugenia, Jana A, Alejandra, & García V, Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. Recuperado en 16 de junio de 2016, de Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532011000300002.

⁶² Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

⁶³ Colliere, Marie Françoise “Promover la vida” Mc GrawHill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresión 1997 pags. 315-317. Guía para planificar cuidados Edición 2007 Editorial Elsevier España S.A. Kérouac, 1996

⁶⁴ González Ortega Y, La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* 20077130-138. Disponible en: <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>. Fecha de consulta: 21 de junio de 2016.

⁶⁵ Gallegos-Alvarado M, Hernández-Herrera DE, Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(2): 99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>

⁶⁶ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

⁶⁷ *Ibidem*

7.3. Artículo 2 enviado

7.3.1 Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de una casa de día

7.3.2 Carta de envío del artículo

Revista da Escola de Enfermagem da USP



Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de una casa de día

Journal:	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Manuscript ID:	REEUSP-2017-0162
Manuscript Type:	Original Article
Descriptors - Please find your keywords from the following lists http://decs.bvs.br/ and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh .:	Mulheres, Women, Mujeres, Idoso, Aged, Anciano, Nível de Saúde, Health Status, Estado de Salud

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>

7.3.3 Resumen

Objetivo

Describir las necesidades de salud de las mujeres mayores que asisten a una casa de día.

Método

El estudio es mixto. La población de estudio fueron 490 mujeres, con una muestra de 177. Se aplicó el cuestionario de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon con 60 ítems y una confiabilidad de 0,735; así como una entrevista a profundidad en sujetos clave. Los datos se analizaron con medidas de tendencia central y análisis de contenido.

Resultados

La mayoría padecen diabetes mellitus tipo 2 ó hipertensión arterial; refieren que su estado de ánimo es alegre y sin estrés. Casi la mitad tiene problemas de sobrepeso, estreñimiento y distensión abdominal. Con las actividades y ejercicios, han mejorado su fuerza física y movilidad. Insomnio y déficit visual son síndromes que las caracterizan. Un porcentaje alto es viuda o soltera. Con satisfacción, cumplen su rol de madres o abuelas. No hay seguimiento de acciones de salud preventivas, sólo curativas.

Conclusiones

Las necesidades detectadas son: orientación nutricional, acompañamiento en el cuidado de la salud, prevenir y superar malestares físicos, mantenerse en movimiento, disminución de estrés y ansiedad. Se observó que acudir a la casa de día ha modificado positivamente su autoimagen y actitud de vida.

Palabras clave: Mujeres, Anciano, Estado de Salud.

7.3.4 Apartados del artículo

INTRODUCCIÓN

La ideología, mitos, costumbres y creencias de cada sociedad influyen en la forma de conceptualizar y entender la salud en mujeres mayores; en conjunto con los estigmas que la sociedad tiene sobre el envejecimiento, dificultan una visión objetiva de las características y necesidades de esta población. Los cambios físicos y biológicos que presentan las mujeres mayores les otorga la primicia de su representación y conceptualización, sin tomar en consideración lo que involucra y significa ser adulto mayor. Con el tiempo, las mujeres tienen cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales

que las van involucrando en lo que denominamos *viejos* y que las convierten en personas invisibles para la sociedad, por lo que pierden estatus, reconocimiento, seguridad e independencia. Así la palabra *viejo* adquiere un valor indeseado y sinónimo de incapacidad o limitación⁽⁶⁷⁾, sin que se tome en cuenta a las mujeres adultas mayores como personas que se encuentran en una etapa en donde los años vividos les otorgan experiencia, conocimiento de la vida y determinación de intereses fundamentales.

Para fines de este estudio, se entenderá por mujer mayor, aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que se caracteriza por ser sabia, experta, paciente y tolerante, como resultado de la transición asociada a la experiencia vivida, el conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión de su vida.

En las mujeres, los factores o condicionantes sociales, sobre todo la cultura, educación y economía, han delineado la imagen desvalida o vulnerable de ellas. Las mujeres que se encuentran en la etapa de la vejez enfrentan una realidad difícil; los estudios y las estadísticas recientes muestran que tienden a tener una expectativa de vida más larga que los hombres, lo cual no quiere decir que su longevidad vaya acompañada por una óptima calidad de vida o estado de salud. En conjunto con la esperanza de vida en las mujeres, también aumentan las posibilidades de enfrentar la viudez, sin el beneficio de un patrimonio⁽⁶⁸⁾.

En este sentido, las mujeres mayores de 65 años en México presentan causas que afectan su salud: 1) infecciones respiratorias agudas, de vías urinarias e intestinales, 2) úlceras, gastritis y duodenitis, 3) hipertensión arterial, 4) diabetes mellitus no insulino-dependiente, 5) gingivitis y enfermedades periodontales, 6) amebiasis intestinal, 7) neumonías y bronconeumonías y 8) conjuntivitis. Se enfatiza en las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, esta última con una tasa de incidencia de 1,528.9 casos, muy por encima de la registrada en los varones con 1,395.1; a diferencia de las enfermedades isquémicas del corazón, las mujeres registran una tasa de 361,3 casos, inferior a la encontrada en los varones con 477,7. En las mujeres, las enfermedades infecto-contagiosas ocuparon 79% de las 10 primeras causas de atención⁽⁶⁹⁾.

Las mujeres se enferman a edades tempranas y viven por periodos prolongados. Esto puede ser el resultado del cuidado que tienen de su salud y del paradigma social, el cual les permite expresen abiertamente sus dolencias y soliciten atenciones de salud, lo que en los hombres por el estigma social de “fortaleza” no es aprobado ⁽⁷⁰⁾.

En 2010, las entidades federativas con mayor número de población de 60 y más años de edad del país fueron el Estado de México, la Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, las cuales agrupan a 4.1 millones de adultos mayores, es decir, poco más del 40% de dicha población. Hoy en día, en el Estado de México habitan un total de 1,137,647 adultos mayores, 521,277 hombres, y 616,370 mujeres ⁽⁷¹⁾. Las perspectivas de largo plazo apuntan a que en 2030, en el Estado de México vivirán 3.34 millones de adultos mayores, la mayor cantidad entre las entidades federativas, abarcando 15% del total del país ⁽⁷²⁾.

Esto es relevante, debido a que el proceso de envejecer se expresa en cambios físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales, generando enfermedad en las personas mayores; sin embargo, la falta de salud no es una característica del envejecimiento ⁽⁷³⁾, pero sí genera exigencias propias de la vejez. La necesidad es aquello a lo cual es imposible sustraerse; carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida ⁽⁷⁴⁾. En esta población, se observa que la satisfacción y la capacidad de emitir respuestas adaptativas a las necesidades están relacionadas con la calidad de vida ⁽⁷⁵⁾.

En las últimas épocas, las necesidades de salud en adultos mayores, se han incrementado; no obstante, los estudios relacionados con ello son escasos; por tanto, en esta investigación las mujeres mayores dan su opinión acerca de la vivencia y experiencia que tienen sobre su estado de salud.

Lo dicho con antelación pone de manifiesto la prioridad de describir las necesidades en mujeres mayores, considerando los siguientes aspectos: físico, emocional, psicológico, social, espiritual, con la finalidad de interpretar y establecer cuidados específicos de salud, para lograr su bienestar y promover un envejecimiento saludable. Esta investigación respondió a un acercamiento de las necesidades en mujeres mayores desde su propia óptica y experiencia.

La aportación a la ciencia del cuidado de enfermería es el fomento y fortalecimiento de los recursos propios (conocimientos, motivación, actitud, funcionalidad), para que la persona satisfaga sus necesidades, o bien acepte ayuda procedente de su entorno. Asimismo, si se

cuenta con un diagnóstico específico de las necesidades de mujeres que envejecen, se podrá obtener un modelo de atención que impacte en su bienestar.

MÉTODO

Los planteamientos teóricos para la descripción de necesidades de salud en mujeres mayores partieron del modelo de cuidado profesional de enfermería de la teoría de Kristen M. Swanson, “conocer” a la persona que se cuida, centrándose en ella, es decir, ir más allá de saber⁽⁷⁶⁾. Para ello se diseñó un estudio mixto con enfoque explicativo dividido en dos etapas: la cuantitativa identificó las necesidades de salud y la cualitativa fundamentó la interpretación de las necesidades de salud en las mujeres adultas mayores.

La investigación se desarrolló en una casa de día del Estado de México, la cual ofrece programas de integración, desarrollo de salud en adultos mayores. Se asistió a dicho espacio para plantear la temática de la investigación e ingresar a la institución mediante el permiso de las autoridades. El comité de bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México autorizó el desarrollo de esta indagación.

La población de estudio fue de 490 mujeres mayores que asisten a la casa de día. Se realizó un muestreo aleatorio simple, dando como resultado una muestra de 177 mujeres. Se tomaron en cuenta mujeres mayores de 65 a 84 años de edad, quienes asistían a los programas brindados por la casa de día; asimismo, quienes desearon participar firmaron el consentimiento informado y no presentaron alguna disminución de la capacidad cognitiva.

El procedimiento: una vez autorizado el campo de estudio, el acercamiento a los participantes potenciales se hizo en forma individual, se les dio a conocer el propósito de la investigación, se les indicó al firmar el consentimiento informado que los datos proporcionados en esta investigación se utilizarían de forma confidencial y su participación era voluntaria.

El instrumento aplicado se fundamentó en el modelo de valoración de enfermería con 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, constituido por 160 ítems, agrupados en 11 patrones que contemplan al paciente de forma holística y recogen la información necesaria del paciente, familia y entorno⁽⁷⁷⁾. Para la validación se empleó una prueba piloto en 5% de la muestra, con la finalidad de determinar su confiabilidad y realizar modificaciones en los ítems, quedando en 60 ítems, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,735. El instrumento se

aplicó de manera individual, con un promedio de una hora media. La información fue procesada y analizada para continuar con la etapa cualitativa, en donde se utilizó el modelo de selección intencional de participantes ⁽⁷⁸⁾; en esta etapa participaron 10 mujeres mayores con alguna patología crónico-degenerativa, a quienes se les realizó una entrevista profunda. El análisis de datos se realizó con medidas de tendencia central apoyadas en el estudio cualitativo, se siguió la metodología de la codificación para su interpretación. Mediante matrices se ordenó la información para facilitar la identificación de patrones, y después, validar por triangulación los resultados. Para garantizar la validez del estudio cualitativo se efectuó: contrastación de los datos obtenidos, con el aporte de estudios previos en el campo de investigación y triangulación por teoría, resultados del método descriptivo y del hermenéutico, informantes y fuentes de recolección de datos. La triangulación fue valiosa para identificar las necesidades de salud en las mujeres adultas mayores.

RESULTADOS

Caracterización de las participantes del estudio

Del 100% de mujeres adultas mayores que participaron en el estudio, 49,7% tienen entre 65 y 69 años, y 32,2% se encuentran en el grupo de 70 a 74 años de edad, es decir, la mediana de la población se ubica entre los 70 y 74 años. De acuerdo con su estado civil, 42,9% de las entrevistadas son viudas de entre 70 a 74 años de edad, 37,9% casadas con edades que oscilan entre los 65 a 69 años y los 75 a 84 años, 13% solteras y 6,2% separadas; 89,8% de la población profesa la religión católica. Poco más de la mitad de las mujeres adultas mayores (52%) cuenta con primaria y 16,4% son analfabetas, hecho que puede ser explicado debido a las circunstancias de desventaja social en las que vivieron las adultas mayores⁽⁷⁹⁾. Como también se ha visto en otros estudios, las mujeres son las que representan el mayor porcentaje de la población que no tiene escolaridad ⁽⁸⁰⁾. La ocupación principal de la muestra es el hogar (86,4%), mientras que sólo 13,6% es jubilada. Asisten a la casa de día para mitigar su soledad, para tener a alguien que las escuche: *Vengo a la casa de día para ver a las compañeras, porque en la casa nada más estamos mi esposo y yo solitos, ya los hijos no nos visitan, no nos ven, no preguntan por nosotros (E-1).*

Estado de salud

La salud es un concepto abstracto, se entiende como fenómeno continuo, en el que un extremo se encuentra la enfermedad y el otro la salud, y es posible pasar gradualmente de

un estado a otro. Las alteraciones de salud en las mujeres mayores de la casa de día tienen en 81,4% al menos alguna de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus y artritis; afecciones que en México son causa importante de morbimortalidad entre esta población⁽⁸¹⁾. De ese porcentaje, 49 de cada 100 tienen entre 65 y 69 años, mientras que 30 de cada 100 se ubican entre los 70 a 74 años; conforme avanza la edad, el porcentaje de las mujeres mayores enfermas va disminuyendo poco a poco, lo que puede estar relacionado con la presencia de enfermedad crónica con complicaciones o en su caso el fallecimiento de las mujeres. Llama la atención la presencia de mujeres que presentan en 44,1% sobrepeso, 22% obesidad I y 3,4% obesidad II, observando que el sobrepeso está presente en todas las edades⁽⁸²⁾. No obstante, respecto a su situación de salud, refieren sentirse contentas y satisfechas por haber llegado a la edad que tienen y agradecen estar vivas: *Para mí es fabuloso estar aquí, ahorita, aún con mi enfermedad, es un vacilón la vida, disfrutar lo que no podías hacer cuando estabas en tu hogar. La vida es como la queremos hacer, o pesada o ligera (E-2). Me siento satisfecha. A veces hasta uno es privilegiado, de que esté mejor de salud que otras personas, sí me dio gusto haber llegado a esta edad (E-3).*

Swanson se refiere a la salud, como vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud; en este sentido, las mujeres mayores entienden que los cambios les generan alteraciones en su salud haciéndolas sentir distintas, sin embargo, para ellas es algo normal por su edad y aceptan la enfermedad como una condición de vida, como una experiencia que todo ser humano siente y vive, todo depende de la manera en que la afronte. Cuando la enfermedad se presenta tiene un patrón que seguir dependiendo de cómo se cuidan o aceptan la enfermedad las personas, como a continuación se describe:

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud

En relación con las condiciones de la vivienda se preguntó a las participantes acerca de la disponibilidad de los servicios (agua potable, electricidad, teléfono y drenaje). El 87,6% de las encuestadas reportó que las condiciones son buenas, es decir, tienen los cuatro servicios, 11,9% dice que son regulares y en 0,6% son malas. El aseo de las viviendas fue reportado como bueno en 73,4% (realizan aseo en la vivienda a diario). Los hábitos higiénicos de la población de estudio reflejan que 79,7% son buenos, lo que quiere decir que realizan baño diario, aseo bucal tres veces al día y cambio diario de ropa interior y exterior; mientras que 20,3% lo hace, pero de forma regular. Los indicadores para el mantenimiento de la vida

cotidiana se consideran importantes en el bienestar de los adultos mayores, porque son parte de la calidad de vida lograda ⁽⁸³⁾. Dentro de los factores de riesgo se tomaron en cuenta la seguridad pública en el lugar donde habitan, si existe servicio de recolección de basura y las condiciones físicas de su hogar, como la existencia de escaleras o pisos desnivelados. Considerando estos aspectos, 22% de la población reportó que existen factores de riesgo donde en la actualidad habitan y 71,2% no lo consideró así. Las mujeres adultas mayores piensan que su habitad es seguro, por el hecho de tener un lugar en donde vivir.

La mayoría de las mujeres participantes (90,4%) sigue su control médico, 87% lleva adecuadamente su tratamiento médico y farmacológico; sin embargo, 22,6% se automedica. Además, las mujeres mencionan que conocen las medidas y actividades que requieren para mantener su salud o disminuir las complicaciones, ya que en los últimos años acuden a su consulta médica de forma regular, se les da orientación y su medicación, pero no siguen al pie de la letra esas indicaciones, porque también necesitan sentirse acompañadas en ese cuidado por sus seres queridos: *Yo me imagino que no hay una escuela para aprender a cuidarte, pero es la que te da la vida. A veces me doy cuenta que me descuidan mucho, pero tampoco le doy importancia, porque de lo que carezco en casa, me sobra cariño de compañeros de quien menos se espera (E-2).*

Patrón 2. Nutricional/metabólico

Analizar el deterioro de la vida desde el ángulo de la alimentación es un patrón que refleja la mortalidad en las adultas mayores, por causas ligadas a la pobreza, falta de estudios o desconocimiento de las formas de alimentación. Las participantes refieren una modificación de peso en los últimos seis meses, 36,7% de la población reportó que aumentó, mientras que 34,5% disminuyó. Respecto a su dentadura, en 37,3% de la población está incompleta, 41,8% utiliza prótesis y sólo 19,2% tiene su dentadura completa. Cabe mencionar que 81,4% realiza de dos a tres comidas al día, bajo la observación de patrones alimenticios en la casa de día, las adultas mayores comen cuando se sienten acompañadas y disfrutan compartir sus alimentos, los cuales ingieren cuando llegan y antes de retirarse de esa institución, es decir, el desayuno y la comida los realizan con sus compañeras, ya que en su hogar están solas o se sienten solas, un ejemplo: *Aquí me siento bien acompañada, y en mi casa pues llega mi hija de vez en cuando, cuando puede porque trabaja, estar aquí con toda mi familia, porque esto es una familia y somos muy grandes (E-3). Me siento muy contenta*

con mis compañeras y compañeros (E-5). La alimentación tiene relación con el cuidado de la dentadura, el uso de prótesis y el número de comidas que ingieren las mujeres, sin embargo, lo que las motiva a alimentarse es la compañía o la preocupación que tiene otra persona con ellas; la necesidad de sentirse queridas está relacionada con la forma en cómo se alimentan; por lo tanto surge el siguiente supuesto: el acompañamiento es una necesidad de la mujer mayor para alimentarse.

Patrón 3. Eliminación

Los principales problemas de eliminación en las adultas mayores encuestadas son estreñimiento y distensión abdominal, 31,1% de ellas lo reportaron así. De acuerdo con las principales alteraciones en la eliminación urinaria que se presentaron, 9% reportó incontinencia urinaria y 14,7% dijo tener nicturia. En este sentido, aunque no expresan en las entrevistas sus problemas de salud, las adultas mayores necesitan apoyo para superar sus malestares físicos: *Cuando estoy aquí me siento muy bien, por ver a las compañeras. No estoy bien de salud, pero estoy bien, que puedo hacer, ahorita ya no puede hacer uno nada cuando llega a esta edad (E-1). Que me den ánimo, que se preocupen por mí, nada más (E-4).* Como parte del cuidado de la salud, las mujeres necesitan sentir que alguien hace algo por ellas para sentir bienestar. Se resignan ante el uso de pañales por la incontinencia, siendo indispensable que se sientan apoyadas y comprendidas. Se resignan ante la pérdida de la función, pero les anima saber que alguien las espera en la casa de día.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

En este patrón se midieron las alteraciones en los signos vitales (respiración, frecuencia cardíaca y tensión arterial) al realizar una actividad física y la utilización de auxiliares para la deambulación. El 3,6% presentó alguna alteración en la respiración (disnea, tos, taquipnea) y 11,9% presentó la frecuencia cardíaca alterada, por lo que se puede decir que la mayor parte de las adultas mayores tiene una adaptación física aceptable al realizar alguna actividad que implique un esfuerzo. Respecto a los apoyos para la deambulación, 46,3% de la población mencionó utilizar algún auxiliar como el bastón, a pesar de ello, la actividad física que realizan las mujeres en la casa de día es primordial, ya que mantenerse en movimiento las hace sentirse útiles, con bienestar y con buena percepción de sí mismas, debido a que la movilidad física va acompañada de independencia y seguridad: *Caminar, subir al camión, atravesar la ciudad, mientras yo pueda, voy a seguir saliendo (E-1). Que*

me dejen hacer mis cosas, por mí misma me valgo, siempre ha sido trabajar, ir y venir, nunca me estancó en la casa, porque nunca me gustó, y ahora menos, porque mi esposo me da la libertad (E-4). Yo no dependo de nadie, yo solita, hasta ahorita gracias a Dios, dependo de mí misma, me agrada estar bailando, me siento bien (E-5).

Patrón 5. Reposo-sueño

De acuerdo con los datos reportados por las adultas mayores, 16,4% mencionan que duermen menos de cinco horas, 55,9% de cinco a siete horas y 27,7% más de siete horas. Si bien hay factores que afectan este patrón, también debe considerarse el hecho de que en esta etapa de la vida el sueño se modifica, por lo que el adulto mayor suele despertarse más veces durante la noche, lo que disminuye las horas continuas de sueño. Aunque el insomnio tiene diversas causas, en las adultas mayores predominó la preocupación que tienen por sus seres queridos, estados de ansiedad y estrés que causan cambios bio-psio-sociales del envejecimiento en su persona, como se muestra a continuación: *Me siento como tensa y no me explico por qué, yo creo que me desespero más porque yo quisiera estar mejor, pero no se puede (E-3). A veces me siento deprimida cuando voy a visitar a mis familiares, mis hermanas están enfermas (E-4). Me dio una crisis de llanto, yo soy la que estoy sufriendo. Lloraba mucho porque ya no era la misma atención que tenía mi hija hacia mí. Creen que yo no necesito que alguien me diga, te quiero mucho (E-5).* El estrés, angustia, ansiedad y miedo tienen influencia en el reposo y sueño de la mujer mayor, les es difícil descansar y dormir cuando sienten la pérdida de lo que aman o tienen.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

La población entrevistada presenta alteraciones de la vista en 62,7%, 14,1% mencionó tener problemas en la audición; sólo 2,8% presenta problemas de equilibrio. En un análisis bivariado utilizando el estadístico V Cramer para variables nominales y que nos habla del grado de asociación entre dos variables, se encontró que no existe una fuerte asociación entre la alteración de los sentidos y la edad o presencia de alguna enfermedad, considerando la significancia de 0,566 para la edad y 0,680 para enfermedad.

Patrón 7. Autoimagen-autoconcepto

Poco más de la mitad de las adultas mayores tienen una buena percepción de sí mismas (63,3%), cabe señalar que 16,4% la considera como regular y sólo dos de cada 100 la reportaron como mala. Sólo 7,3% de la población encuestada no está de acuerdo con su imagen corporal; 96% está satisfecha con el cumplimiento de su rol, de este porcentaje,

50,8% con el rol de mamá y 22% con el de abuela; las situaciones que más preocupan a las adultas mayores es la seguridad con 20.9%, 14,7% de esta población siente preocupación por sus hijos y en 3,4% es el desalojo, sin embargo, esto no parece afectar su estado de ánimo, ya que 80,2% de ellas se considera alegre y sólo 8,5% se muestra preocupada. Cabe señalar que la percepción que tiene la mujer adulta mayor de sí misma y la percepción de salud están asociados de forma significativa; asimismo, el índice de masa corporal está altamente asociado con la percepción individual (d de Somers con valor de 0,817) a diferencia de la percepción de salud, cuya asociación no es tan fuerte. Esto puede responder a que uno de los factores que influyen en la percepción individual es el peso de la persona, es decir, la imagen corporal antes del aspecto de la salud. Además, las mujeres se perciben a sí mismas bien y “sanas”: *Me considero sana, aparte de lo que tengo, la presión. Por mi salud hago mucho ejercicio (E-4). Es muy bonito, que me sienta mal de envejecer, no. Me gusta ver mis canas, me gusta ver mis arrugas, me gusta verme en el espejo. Qué bonito es vivir la vida (E-5)*. Estos resultados son contrastes con la imagen que existe con respecto al envejecer, en donde se subraya la temporalidad y la fragilidad de la vida humana, el viejo se ha vuelto temeroso, rígido, introvertido, cauteloso; tiende a la baja autoestima y, por ello, es fácil presa de la depresión⁽⁸⁴⁾, esto influye en su autoimagen y autoconcepto, sin embargo, las que sienten que la vida tiene ciclos de aprendizaje no se sienten enfermas y la aceptan, conociendo que el cambio implica reafirmar necesidades nuevas.

Patrón 8. Rol-relaciones

Como ya se mencionó, en principio, las mujeres cumplen el rol de mamá. De las personas que atienden a las adultas mayores, 53,7% menciona que sus hijos las cuidan, 29,4% su cónyuge y 16,9% otra persona; 91% viven en una familia integrada. La relación con los integrantes del hogar es buena en 70,1%, 15 de cada 100 adultas mayores reportaron que es excelente; 12,4% piensan que es regular y 1,7% dice que es mala. A pesar de que las mujeres no están solas y la relación con los integrantes de su familia es buena, cuando se les pregunta si se sienten solas, ellas refieren: *Pues lo único que yo quisiera que me acompañaran a donde yo voy, estar en la casa para platicar, porque luego estoy solita en la casa (E-1). Qué me dijeran te quiero, como yo se lo dije a mi hija y mi nieto, ustedes creen que yo no necesito que alguien me abrace y me diga te quiero mucho (E-5)*. Por lo tanto, se percibe que el sentimiento de soledad es un estado que por lo común aflige al ser humano,

que se agudiza en la etapa final de la existencia debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida ⁽⁸⁵⁾; la soledad es una sensación de abandono y pérdida, incluso más: sentirse amada y querida es un sentimiento que evidencia una necesidad dentro de la vida de las mujeres mayores.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

En relación con los aspectos de salud reproductiva de la mujer, se reportan datos de la edad al primer embarazo entre los 12 y 18 años con un 45,2% y sólo el 5,6% nunca tuvo un embarazo. Del total de las mujeres mayores entrevistadas, 41,2% reportó que la última citología que se realizó fue hace un año, 20,3% hace tres años y 14,7% hace dos años. Hay que observar que 23,2% de las adultas mayores nunca se ha realizado una citología siendo las mujeres de 70 a 74 años quienes reportaron en mayor medida esta situación. De igual forma, 48,6% de las mujeres adultas mayores se realizó la exploración mamaria hace un año; 19,2% hace dos años y 11,3% hace tres años. Al igual que en el indicador anterior, 20,9% nunca se ha hecho una exploración de senos (principalmente entre los 65 y 69 años), aspecto que puede estar relacionado con los factores arriba mencionados, además de los cuales se podría desatacar la baja cobertura que tenían este tipo de estudios en años anteriores. El análisis bivariado refleja que la edad es independiente a la realización de la citología o última exploración mamaria —significancia de chi-cuadrada de 0,235 y 0,124—, sin embargo, aunque la escolaridad tampoco resultó una variable asociada salvo para la última exploración mamaria, la accesibilidad de la información puede ser un factor influyente. Poco pudo hablar la mujer mayor sobre su sexualidad debido a la forma en que fueron educadas y por los tabúes sociales de su época, sin embargo, es una necesidad en la vida de las mujeres mayores.

Patrón 10. Afrontamiento del estrés

Los resultados muestran que 94,9% pueden afrontar las situaciones que puedan implicar estrés y 5,1% de las adultas mayores menciona que sí es sensible a la crítica; la reacción ante esta situación de estrés es de tranquilidad según lo reportaron 61%, 15,3% se muestra indiferente o se siente deprimida y 6,8% reacciona de forma agresiva. Se puede mencionar que 39% de las adultas mayores hacen actividades manuales, las cuales le sirven para relajarse, le siguen las tareas intelectuales y en tercer lugar la convivencia social. Este patrón se relaciona con el reposo y sueño, y es una necesidad importante en esta edad,

considerando que las mujeres mayores tienen alteraciones en su estado emocional afectando el sueño y descanso.

Patrón 11. Valores-creencias

Mantener las creencias es, de acuerdo a Kristen Swanson, “el mantenimiento de la fe en la capacidad del otro para superar un evento o transición, y afrontar el futuro con sentido”⁽⁸⁶⁾. De esta manera, las mujeres mayores se encuentran en un momento de cambios y transiciones, y la fe que conserven les permite tener un panorama positivo de sí mismas y del futuro cercano, es decir, las mujeres de la casa de día reflejan un alto nivel de espiritualidad, que coadyuva en su conducta y emociones de forma positiva, como aquí se enuncia: *Creo en el de allá arriba, él es el único, gracias Dios mío, me han pasado cosas maravillosas, lindas, hermosas, para mí es divino eso (E-3). Yo creo en mi Dios y en la virgen de Guadalupe, le doy gracias cada vez porque es la que nos da todo (E-4). Yo confié en Dios y en mí, por ejemplo, haciendo la oración estamos cerca de Dios y él de nosotros, yo todo eso le hablo a papito Dios (E-5)*. La espiritualidad es un modo de ser, una actitud fundamental, vivida en la cotidianidad de la existencia: en el arreglo de la casa, en el trabajo de la fábrica, conduciendo, conversando con amigos. Las personas pueden conscientemente abrirse a lo profundo y lo espiritual, y se vuelven más centradas, serenas e irradiadoras de paz⁽⁸⁷⁾; así para las mujeres de la casa de día, la espiritualidad propicia bienestar.

DISCUSIÓN

Las mujeres mayores son personas que se encuentran experimentando la vida entre la séptima y octava década de su vida, a ellas la sociedad les llama *viejitas* o *ancianas*, términos aceptados y entendidos por la sociedad, pasando los 60 años en su mayoría enviudan, una minoría se separa de su pareja en esta edad y la tercera parte de las participantes profesan la religión católica. En su momento, la educación era privilegiada para los hombres, por lo tanto, la mayoría de las mujeres mayores no saben leer, ni escribir, propiciando su trabajo en el mercado laboral informal. Esto es alarmante, ya que su dependencia económica es con los hijos.

El conocimiento que tienen las adultas mayores se refieren a las capacidades que tienen para proporcionarse cuidados a sí mismas, lo que hace pensar que los servicios que tienen en su habitación pasan a segundo término como parte de su salud. El cuidado tiene relevancia dentro de su vida, por lo tanto, buscan quien les enseñe y los acompañe en la casa de día.

Marsh, Richards, Johnson, Roche y Redmayne (1994) opinan que el autoconcepto físico se compone de nueve subdominios: fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad⁽⁸⁸⁾; por esta razón, las mujeres le dan gran importancia a la actividad física que ellas pueden desempeñar, ya que eso es sinónimo de bienestar para ellas. Se puede interpretar que el ejercicio las hace sentir autónomas y autosuficientes, sienten que el movimiento les ayuda a sobrellevar la vida.

CONCLUSIONES

La población de 60 años o más se encuentra en el llamado rezago educativo, es decir, no completó la educación básica; así las mujeres de la casa de día no escapan a esta situación, con estudios de primaria, la mayoría incompleta, siendo su actividad principal el hogar. Además, se destaca que casi la mitad de las mujeres son viudas, lo que las vuelve más vulnerables en lo económico.

La mayoría de las adultas mayores en la casa de día posee alguna enfermedad, esto no está relacionado con la percepción que tienen de sí mismas, ya que ésta es buena y además, de acuerdo con lo que refieren, su estado de ánimo es alegre; por lo tanto, de forma contradictoria a lo que se esperaba, tener una enfermedad no significa depresión o preocupación en las adultas mayores, siempre y cuando sigan cumpliendo su rol y desempeñando sus actividades de la vida cotidiana, mantenerse en movimiento implica bienestar para ellas, la enfermedad no es un factor de alteración emocional.

Otro punto relevante: casi la mitad de la población encuestada tiene problemas de sobrepeso, conforme a estudios de envejecimiento, se dice que en la última etapa de la vida hay disminución de tejido óseo, muscular y graso, sin embargo, sería importante estudiar ¿qué está sucediendo con las mujeres mayores y cuáles son los factores de sobrepeso?, ya que un porcentaje considerable no cuenta con una dentadura completa o utiliza prótesis dental, su peso varía y refleja una alimentación inadecuada, también realizan de dos a tres comidas al día. Conforme a lo estudiado, esto se puede deber a que las mujeres mayores se sienten solas, en sus casas no tienen con quien convivir, y uno de los momentos más relevantes es la comida, pero si se encuentran solas no tienen el mismo apetito y no comen, asegurando que en la casa de día disfrutan plenamente los alimentos en compañía de otros adultos mayores.

Como consecuencia de su incorrecta alimentación, se identificó que sus problemas digestivos son el estreñimiento y la distensión abdominal, asimismo, los problemas urinarios característicos de la tercera edad son la incontinencia urinaria y la nicturia, sobre todo en las mujeres debido a la multiparidad y a la diabetes mellitus.

El sueño y el descanso son una de las necesidades físicas que debe cubrir el adulto mayor, no obstante, ellas padecen insomnio frecuente, lo cual se evidencia con su faz de cansancio, bostezos frecuentes y ojeras. Esta situación podría deberse al tipo de dieta que llevan, ya que la mayoría consume café, incluso antes de dormir, también, pueden estar influyendo los problemas familiares, sobre todo preocupaciones por los hijos.

En la población encuestada, más de la mitad tiene disminución de su agudeza visual, y muchas de ellas no utilizan los lentes adecuados, ya sea por falta de recursos económicos o porque no hay quien las acompañe a las consultas con el oftalmólogo.

Se enfatiza en que un alto porcentaje de mujeres contestó que llevaban su control médico y tratamiento farmacológico; en cuanto a citología y examen de mamas se refiere, una mínima proporción lleva un seguimiento para el diagnóstico oportuno de cáncer de mama y cérvico-uterino, recordando que en mujeres mayores de 60 años es mayor la incidencia de estas patologías.

El aspecto social y familiar en el adulto mayor es importante. Las mujeres de la casa de día están satisfechas con el rol que cumplen como madres y abuelas; con respecto a las personas que cuidan de ellas, si bien sus hijos son quienes las ven, la mayoría se siente sola porque en realidad sus hijos no perciben lo que ellas necesitan, sobre todo platicar e integrarse a sus actividades (fiestas, reuniones, salidas), por lo tanto, se desestresan con actividades manuales o intelectuales para relajarse, propiciando que la casa de día sea un lugar para convivir con personas de su misma edad y de intereses comunes.

La asistencia de adultos mayores a las casas de día genera mejores niveles de bienestar y calidad de vida, sobre todo porque es el lugar ideal para que la mujer mayor desempeñe las actividades que les gusta hacer. La convivencia, como terapia social, ayuda a elevar la percepción que tienen de sí mismas. Conforme al análisis global de los resultados, se puede decir que la fortaleza interna, la espiritualidad y las actividades de cuidado de las mujeres adultas mayores prolongan su esperanza de vida. No basta con realizar estudios cuantitativos en adultos mayores, realizar estudios con enfoque metodológico mixto ayuda a

conocer cuáles son sus necesidades específicas mediante la utilización primordial del diálogo terapéutico.

REFERENCIAS

- ⁽⁶⁸⁾ Zapata Farías H. Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología* [en línea]. 2001 [fecha de acceso: 30 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>.
- ⁽⁶⁹⁾ H. Cámara de Diputados, LX Legislatura. Situación de las mujeres adultas mayores indígenas en México, [fecha de acceso: 20 de marzo de 2015]. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_8.pdf.
- ⁽⁷⁰⁾ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010, [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf.
- ⁽⁷¹⁾ s/a. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Pública*, 7(1), pp. 60-67 [en línea]. [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000100021>.
- ⁽⁷²⁾ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda. Perfil sociodemográfico de adultos mayores México, c2014. viii, 224 [fecha de acceso: 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf.
- ⁽⁷³⁾ Gobierno del Estado de México. Ley del adulto mayor del Estado de México, [fecha de acceso: 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ecatepec.gob.mx/leyesreglamentos/docs/Ley%20del%20Adulto%20Mayor%20del%20Estado%20de%20Mexico.pdf>.
- ⁽⁷⁴⁾ Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea], 2012, jun; 28(2):79-86, [fecha de acceso: 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es
- ⁽⁷⁵⁾ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, [en línea], [fecha de acceso: 13 de junio de 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- ⁽⁷⁶⁾ García Fernández M. A., Gómez de Diego J. J., Nuñez Gil I. J., Zamorano Gómez J. L. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Ciudad de México: Grupo C.T.O. Medicina S.L., 2011.
- ⁽⁷⁷⁾ M. Swanson K. Response to The Power of Human Caring: Early Recognition of Patient Problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. Vol. 9. No. 4, 1995.
- ⁽⁷⁸⁾ Marjory Gordon (2010). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Décima edición. Elsevier mosby
- ⁽⁷⁹⁾ Creswell, J., & Plano Clark, V. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Organizational Research Methods October 2009 12: 801-804, first published on August 15, 2008.

- ⁽⁸⁰⁾ González C. Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. Instituto Nacional de Geriátría. El envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria, 2010.
- ⁽⁸¹⁾ Ham, R. El envejecimiento en México; el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte, 2003.
- ⁽⁸²⁾ Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE). Anuarios de Morbilidad 1984-2013. Ciudad de México, 2014.
- ⁽⁸³⁾ Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Secretaría de Salud (SSA). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: INSP, 2012.
- ⁽⁸⁴⁾ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Por una cultura del envejecimiento [en línea], [fecha de acceso: 12 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf, 2010.
- ⁽⁸⁵⁾ Rodríguez EM., Corona GD., Goñi L. Creatividad del adulto mayor. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca: CIGOME, 2008.
- ⁽⁸⁶⁾ Quintero, Á. León J; Henao, ME; Villamil, MM. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Rev Biomédica*, 2015.
- ⁽⁸⁷⁾ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* [en línea], [fecha de acceso: 13 de agosto de 2015], 25(4), nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- ⁽⁸⁸⁾ Boof L. La base biológica de la espiritualidad, [en línea] [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://leonardoboff.wordpress.com/2012/09/07/la-base-biologica-de-la-espiritualidad/>
- ⁽⁸⁹⁾ Igor Esnaola Etxaniz. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología* [en línea], vol. 24, núm. 1 (junio), 1-8. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf, 2008.

Resultados adicionales

De los datos obtenidos con la aplicación de esta escala se observa lo siguiente: la mayoría de los adultos mayores (86.0%) se encuentran en un estado psicoafectivo normal, del total de mujeres el 85.6% y del total de hombres el 88.2% se encuentran en este estado, por lo que no se demostró una correlación significativa entre el sexo y el estado emocional de los adultos mayores, obteniéndose una chi cuadrada de 0.85.

Sin embargo, es importante mencionar que el 8.8% de las mujeres y el 5.9% de los hombres presentaron depresión leve. Con respecto al total de la población encuestada el 5.6% fue identificado con depresión establecida, por lo que es inminente la realización de un plan de intervención con estas personas para evitar complicaciones futuras.

Se puede concluir que los adultos mayores de la Casa de Día se encuentran en un estado afectivo-emocional normal, lo que conlleva una adaptación a los cambios, satisfacción en su vida, autoaceptación, buena percepción de sí mismos, interés y energía en las cosas que realizan. Esto se puede deber, como se comentó anteriormente, a las características económicas, físicas y sociales de los adultos mayores que asisten a esta institución, ya que a diferencia de otros estudios similares, en donde se encuentra en las mujeres una tendencia mayor, con respecto de la de los hombres, a la depresión, en este estudio se puede ver que no es así, pese a las condiciones económicas diferentes entre ambos sexos y a la desigualdad de género.

Asimismo, se realizó una correlación entre el estado afectivo-emocional y la presencia de alguna patología en los adultos mayores, sin embargo, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre ambas variables (chi cuadrada de 0.14), lo cual determina que a pesar de que los adultos mayores cuenten con alguna patología, de entre las que destacan diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, ellos manifiestan un estado de ánimo normal y viceversa, aunque no presenten alguna patología pueden tener indicios de depresión. Esto es importante, ya que la mayoría de los estudios realizados en adultos mayores refieren que las enfermedades crónicas-degenerativas influyen potencialmente en la aparición de síntomas de depresión, por lo tanto, se puede destacar que siempre y cuando

no exista discapacidad, inmovilidad o dependencia en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor, éste no verá afectado su estado de ánimo.

En cuanto a la escala de OARS, para determinar los recursos sociales del adulto mayor en una Casa de Día, del total de adultos mayores el 41.6% y el 36.8% cuentan con excelentes y buenos recursos sociales respectivamente; lo cual se podría deber a que, como se mencionó antes, un porcentaje considerable de los adultos mayores encuestados son jubilados, lo cual indica que aún perciben recursos económicos y eso los hace ser hasta cierto punto independientes, además, el convivir con más personas de su misma edad dentro de la Casa de Día, propicia tener amistades que se traducen en apoyo social. Únicamente en el 2% de esta población se observó un deterioro social total y el 16% presentó deterioro social moderado. Con respecto al género, los hombres cuentan con mejores recursos sociales que las mujeres, lo que se evidencia en el 50% de hombres con excelentes y 35.3% con buenos recursos sociales, y en lo referente a las mujeres 40.3% presenta excelentes recursos sociales, 37.0% buenos recursos, 16.2% deterioro social leve y 3.7% deterioro social moderado; lo cual podría deberse a que la mayoría de adultos mayores son mujeres dedicadas al hogar, sin un salario y con un nivel educativo bajo, que además, independientemente de contar con compañeros y amigos dentro de la Casa de Día, probablemente tengan problemas familiares que propicien que se sientan solas (os) al llegar a su casa.

Para identificar la vinculación que existe entre el estado afectivo-emocional y el apoyo social del adulto mayor, se llevó a cabo una correlación entre el nivel de depresión de los adultos mayores con los recursos sociales que tienen, no se pudo determinar ninguna relación entre ambas variables, ya que, por ejemplo, de los adultos mayores con recursos sociales excelentes el 83.7% se encuentra en un estado de ánimo normal, el 9.6% con depresión leve y el 6.7% con depresión establecida, en lo que respecta a los adultos mayores con deterioro social grave el 100% también se identificó con un estado de ánimo normal. Solamente en aquellos adultos mayores con un deterioro social total se pudo encontrar cierta relación, el 60% se encuentra en un estado de ánimo normal y con depresión leve y depresión establecida un 20% en cada variable.

Lo anterior cobra importancia, ya que si ni el estado de salud ni los recursos sociales determinan el estado de ánimo de los adultos mayores, valdría la pena indagar acerca de la relación familiar de aquellos que se encuentran deprimidos.

Con respecto a la escala de Katz, que evalúa la capacidad funcional de la persona, la totalidad de los adultos mayores encuestados son independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

8. Discusión general

Para Heidegger, la sustancia del hombre es la existencia, el hombre es ese estar, en posición extática, estar en el campo de iluminación del ser. En ese sentido, ni las cosas ni los demás vivientes existen; son, pero no existen. El hombre es el único que está, en la esfera del ser; interrogando al ser, abierto a la patencia, dejando que el ser sea, eso es la existencia. El hombre es libertad, preocupación, trascendencia, temporalidad. La trascendencia es superación: "El hombre está siempre trascendiendo a todo ente y a sí mismo"⁸⁹. El ser adulto mayor, desde esta perspectiva, considerando la esencia humana, va más allá de determinar enfermedad, signos, síntomas o declive; permite aceptar que cada persona desde su individualidad es diferente y tiene distintas necesidades, por consiguiente, esta es la primer premisa que sirve para guiar los cuidados e intervenciones de enfermería, donde las vivencias, experiencias, percepciones, que tienen los adultos mayores de la casa de día sobre sí mismos, hicieron notar que mujeres y hombres son por naturaleza diferentes, y por lo tanto los cuidados que necesitan son diferentes en unos y otros, sin embargo, en la práctica no se había podido establecer cómo brindar ese cuidado humano, holístico y personalizado a los adultos mayores.

En este sentido, es preciso decir que las adultas mayores de la Casa de Día Toluca, se encuentran en una etapa de vida en la que analizan su pasado, viven su presente y esperan su futuro, adentrándose en la filosofía del qué y para qué, lo que es, de acuerdo a Frankl

(1991), “encontrar un sentido a su propia vida o la significación de su existencia”⁹⁰, generando dentro de su ser, sentimientos positivos y al mismo tiempo negativos.

Con respecto a los sentimientos positivos, Labouvie-Vief, Diel, Jain y Zhang (2007), mencionan que hay una optimización del afecto a mayor edad⁹¹, y Thomas (2002) señala que en la vejez disminuye la experimentación de la ira⁹². Esto puede ayudar a explicar la razón por la cual las adultas mayores hacen alusión a la tranquilidad y paz que sienten ahora (presente), ya que efectivamente, tratan de no enojarse y no darle importancia a aquello que les incomoda, además de que estos sentimientos positivos son consecuencia de que su vejez implica tener menos responsabilidades sociales, propiciando mayor tiempo de relajación y meditación sobre su vida.

Las adultas mayores de la Casa de Día se sienten solas, la soledad se considera un problema de salud pública directamente relacionado con la salud humana y el bienestar⁹³. Para Rubio (2001), la soledad que padecen los individuos puede ser objetiva, si se refiere a la vivencia real de estar solo, o subjetiva, si se orienta al sentirse solo, lo que para los autores constituye la verdadera soledad, por lo tanto, el sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la vida debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida⁹⁴; la soledad descrita por la población de estudio es la subjetiva, no obstante, ese sentimiento se debe a la falta de un rol dentro de la sociedad, a la necesidad que tienen de sentirse útiles e independientes, no encuentran empatía en las actividades que tienen con los hijos o los nietos, porque ellos no tienen tiempo debido a las responsabilidades de la escuela y el trabajo, por el contrario, las adultas mayores gozan de disponibilidad y tiempo, pero no encajan en los gustos e intereses de familiares.

Haciendo alusión al autoconcepto de salud es positivo, mencionando que los adultos mayores se sienten bien, sin darle mayor importancia a las enfermedades crónico-degenerativas que tienen. En este sentido, aunque existe una tendencia a verse negativamente en la vejez como consecuencia de la pérdida de capacidades físicas y a veces de capacidades psíquicas, los resultados de las investigaciones no son unánimes en sus

conclusiones; unas consideran que la autoimagen sufre realmente una desvalorización, otras plantean que ocurre lo contrario y otras, que no se produce variación en la misma⁹⁵.

Aunado a lo anterior, Marsh, Richards, Johnson, Roche y Redmayne (1994), opinan que el autoconcepto físico se compone de nueve subdominios: fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad⁽⁹⁶⁾; por esta razón, los adultos mayores le dan gran importancia a la actividad física que pueden desempeñar, ya que eso es sinónimo de bienestar para ellos. Se puede interpretar que el ejercicio las hace sentir autónomas y autosuficientes, sienten que el movimiento les ayuda a sobrellevar la vida.

El cuidado según los adultos mayores es un concepto de: amor, acompañamiento, auxilio, preocupación por el otro, empatía y oración; estas ideas han sido producto del aprendizaje adquirido a través del tiempo, en la experiencia e historia de vida de cada una de ellas, que a su vez, da sentido e importancia al quehacer del cuidado de enfermería. Cuidar es más que un acto, es una actitud, por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo; quien está sano puede enfermar, la enfermedad supone un daño a la totalidad de la existencia, no es la rodilla la que duele, soy yo, en mi totalidad existencial, el que sufre, por lo tanto, no es una parte la que está enferma, sino la vida, en sus diversas dimensiones; es por eso que cuidar implica cuidar de la vida que lo ánima y cuidar del conjunto de las relaciones con la realidad circundante; cuidar del cuerpo significa la búsqueda de asimilación creativa de todo lo que nos pueda ocurrir en la vida, compromisos y trabajos, encuentros significativos y crisis existenciales, salud y sufrimiento; sólo así nos convertimos cada vez más en personas maduras, autónomas, sabias y plenamente libres⁹⁷. En este sentido, las adultas mayores tienen un conocimiento exacto del cuidado que requieren ellas y del que le dan a las personas significativas para ellas, sin embargo, esto es una clave muy importante para que el profesional de enfermería aprenda a cuidar de las mujeres mayores, ya que la mayoría de las veces, en los artículos revisados, se muestra una propensión a cuidar únicamente el aspecto físico-biológico de los adultos mayores.

Kristen Swanson (1993), menciona que “el conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”⁹⁸, en este sentido, comprender los sentimientos y pérdidas en la vida de las adultas mayores permitió conocer su ser, como personas, brindando claves para un cuidado hacia su bienestar.

Siguiendo la metodología de la teoría de Kristen Swanson, para mantener las creencias en la relación enfermera-adulta mayor, inicialmente se precisa comprender la vida de las mujeres adultas mayores, indagar sobre lo que les acontece, conocer qué significa ser adulto mayor, identificar los problemas de salud que torna vulnerable a esta población, para de esta forma ser empáticos en el proceso de cuidado. Además, se tiene que indagar sobre el significado del cuidado desde la percepción de las mujeres, y conocer el contexto en el que se desenvuelven, estos tres aspectos van a permitir obtener la confianza y reconocimiento por parte de la persona que se cuida, accediendo a resignificar el cuidado hacia una actitud de bienestar.

Finalmente, el Modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores es una propuesta innovadora para brindar una intervención humana a las personas en la última etapa de su vida, considerando el ser mujer, ser adulto mayor y las estrategias de afrontamiento de cada persona, procurando la escucha activa, el acompañamiento y la motivación mutua entre la enfermera y la adulta mayor.

9. Conclusiones generales

La mayoría de las adultas mayores en la casa de día posee alguna enfermedad, esto no está relacionado con la percepción que tienen de sí mismas, ya que ésta es buena y además, de acuerdo con lo que refieren, su estado de ánimo es alegre; por lo tanto, de forma contradictoria a lo que se esperaba, tener una enfermedad no significa depresión o preocupación en las adultas mayores, siempre y cuando sigan cumpliendo su rol y desempeñando sus actividades de la vida cotidiana, mantenerse en movimiento implica bienestar para ellas, la enfermedad no es un factor de alteración emocional.

Casi la mitad de la población encuestada tiene problemas de sobrepeso, conforme a estudios de envejecimiento, se dice que en la última etapa de la vida hay disminución de tejido óseo, muscular y graso, sin embargo, sería importante estudiar ¿qué está sucediendo con las mujeres mayores y cuáles son los factores de sobrepeso?, ya que un porcentaje considerable no cuenta con una dentadura completa o utiliza prótesis dental, su peso varía y refleja una alimentación inadecuada, también realizan de dos a tres comidas al día.

Como consecuencia de su incorrecta alimentación, se identificó que sus problemas digestivos son el estreñimiento y la distensión abdominal, asimismo, los problemas urinarios característicos de la tercera edad son la incontinencia urinaria y la nicturia, sobre todo en las mujeres debido a la multiparidad y a la diabetes mellitus. El sueño y el descanso son una de las necesidades físicas que debe cubrir el adulto mayor, no obstante, ellas padecen insomnio frecuente, lo cual se evidencia con su faz de cansancio, bostezos frecuentes y ojeras. En la población encuestada, más de la mitad tiene disminución de su agudeza visual, y muchas de ellas no utilizan los lentes adecuados, ya sea por falta de recursos económicos o porque no hay quien las acompañe a las consultas con el oftalmólogo.

Se enfatiza en que un alto porcentaje de mujeres contestó que llevaban su control médico y tratamiento farmacológico; en cuanto a citología y examen de mamas se refiere, una mínima proporción lleva un seguimiento para el diagnóstico oportuno de cáncer de mama y cérvico-uterino, recordando que en mujeres mayores de 60 años es mayor la incidencia de estas patologías.

El aspecto social y familiar en el adulto mayor es importante. Las mujeres de la casa de día están satisfechas con el rol que cumplen como madres y abuelas; con respecto a las personas que cuidan de ellas, si bien sus hijos son quienes las ven, la mayoría se siente sola porque en realidad sus hijos no perciben lo que ellas necesitan, sobre todo platicar e integrarse a sus actividades (fiestas, reuniones, salidas), por lo tanto, se desestresan con actividades manuales o intelectuales para relajarse, propiciando que la casa de día sea un lugar para convivir con personas de su misma edad y de intereses comunes.

La asistencia de adultos mayores a las casas de día genera mejores niveles de bienestar y calidad de vida, sobre todo porque es el lugar ideal para que la mujer mayor desempeñe las actividades que les gusta hacer. La convivencia, como terapia social, ayuda a elevar la percepción que tienen de sí mismas. Conforme al análisis global de los resultados, se puede decir que la fortaleza interna, la espiritualidad y las actividades de cuidado de las mujeres adultas mayores prolongan su esperanza de vida. No basta con realizar estudios cuantitativos en adultos mayores, realizar estudios con enfoque metodológico mixto ayuda a conocer cuáles son sus necesidades específicas mediante la utilización primordial del diálogo terapéutico.

Los cuidados e intervenciones que necesitan las adultas mayores deben estar fundados en humanismo, individualidad, holísmo, escucha activa, acompañamiento y motivación, que generen una relación terapéutica enfermera-paciente, y en cuyos resultados se pueda denotar bienestar.

El modelo de Kristen Swanson adecuado al cuidado de enfermería en adultas mayores se considera esencial para la valoración integral y la interpretación de vivencia de mujeres adultas mayores de la Casa de Día. Estas vivencias se refieren a la comprensión de lo que son, lo que ellas consideran sobre la atención y las estrategias de afrontamiento de sus conflictos diarios. El modelo de atención propuesto en este estudio se basa en los sentimientos, las actitudes y el conocimiento de adultas mayores reveladas por la historia de su vida pasada, presente y perspectivas de futuro. Los cuidadores se integran como facilitadores y mediadores en la atención, dar apoyo a las decisiones tomadas por las mujeres en el ejercicio de su autonomía en el cuidado, y su perspectiva sobre lo que es la felicidad y su bienestar. Por lo tanto, es un modelo de cuidado adecuado a las condiciones de las mujeres mayores de México.

10. Bibliohemerografía

- ¹ Calenti, J C M, 2006. *Principios de Geriátría y Gerontología*. Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana de España, S.A.U.
- ² García Fernández MA, Gómez de Diego JJ, Núñez Gil IJ, Zamorano Gómez JL, 2014. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Madrid, España: C.T. O. Medicina S.L. 312 pp.
- ³ Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriátría y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La hoguera investigación. 2012
http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
- ⁴ Treviño-Siller Sandra, Pelcastre-Villafuerte Blanca, Márquez-Serrano Margarita. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2016 Abr 12]; 48(1): 30-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342006000100006&lng=es.
- ⁵ García Fernández MA, Gómez de Diego JJ, Núñez Gil IJ, Zamorano Gómez JL. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Madrid, España: C.T. O. Medicina S.L. 312 pp.
- ⁶ Montalvo Toro J, La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* 199729459-473. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304>. Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
- ⁷ Carbajo Vélez, M.C.: "Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante", en *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 24, 2009. (Enlace web: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3282988.pdf>)
- ⁸ Robles SL, 2005. La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, núm. 45, julio-septiembre, pp. 49-69 <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204504.pdf>
- ⁹ Montalvo Toro J, La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* 199729459-473. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304>. Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
- ¹⁰ Moñivas A, Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de Psicología* 19981413-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714103>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ¹¹ Brigeiro M, "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería* 2005XXIII102-109. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=105215401009>. Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
- ¹² OMS (2015). "Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud". Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.

- ¹³ Fernández, AR, Manrique AFG, 2010. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*. 19(2pp) <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
- ¹⁴ Viveros Madariaga A, Acerca del envejecimiento y la vejez: notas para dimensionar la acción de la sociedad sobre el tema. *Revista de Ciencias Sociales (CI)* 2007 125-141. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=70801808>. Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
- ¹⁵ ONU. *Resultados sobre el envejecimiento*. C1982 [actualizado Agt 1982; citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml>
- ¹⁶ OMS. *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. C2012 [actualizado Abr 2012; citado 21 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- ¹⁷ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento ONU. *Una sociedad para todas las edades*. C2002 [actualizado Abr 2002; citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
- ¹⁸ Cárdenas VCL, González GCA, Lara DHE. Instituto de Geriátria. *Numeralia de los adultos mayores en México*. C1999 [actualizado 2012; citado 23 Oct 2013]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf
- ¹⁹ CONAPO. *Proyecciones de la población 2010-2050*. México. C2013 [actualizado Abril 2013; citado 21 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- ²⁰ INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. C2014 [actualizado 26 Junio 2013; citado 23 Enero 2014]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770
- ²¹ Orozco Vargas R, Molina Zúñiga R, Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales* 2002III63-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66630407>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ²² Valderrama Orbegozo L J, Molina Linde J M, Uribe Rodríguez A F, Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 20071075-81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810108>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ²³ Chong, A.(2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral*, extraída el 15/XII/ 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S0864-21252012000200009.
- ²⁴ Moñivas A, Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de Psicología* 19981413-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714103>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ²⁵ García Fernández MA, Gómez de Diego JJ, Núñez Gil IJ, Zamorano Gómez JL. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Madrid, España: C.T. O. Medicina S.L. 312 pp.

-
- ²⁶ Nightingale, F, 1990, Notas sobre enfermería. Masson, Barcelona, España.
- ²⁷ Orem, DE, 1991, Nursing: Concepts of practice. 4^a ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- ²⁸ Katharine K, 2003, Comfort Theory and Practice. A vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company, Inc. New York
- ²⁹ Karen S. Reed 1993. Betty Neuman. The Neuman Systems Model. Sage publications. Inc. California
- ³⁰ Ida Jean Orlando, 1961. The Dynamic nurse-patient relationship. Putnam. 91 pp. <http://books.google.o.in/books?id=62cfpFCESIC>
- ³¹ Vivaldi F, Barra E, Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica 20123023-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ³² Sosa-Ortiz A L, Moreno-Tamayo K M, Salinas-Rodríguez A, Téllez-Rojo M M, Gutiérrez-Robledo L M, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública de México 201355S323-S331. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331032>. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2016.
- ³³ Marilyn Anne Ray. Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care. 2010. United States of America. E.A. Davis Company
- ³⁴ Robles SL, 2005. La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. Papeles de Población, núm. 45, julio-septiembre, pp. 49-69 <http>
- ³⁵ *Ibidem*
- ³⁶ Marriner TA, Raile AM, 2010. *Modelos y teorías en Enfermería*. 6^a ed. México: Elsevier Mosby.
- ³⁷ Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP, 2010. *Metodología de la Investigación*. 5^a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- ³⁸ M. Paz SE, 2003. Investigación cualitativa en Educación. España: Mc Graw Hill Interamericana de España, S.A.U.
- ³⁹ Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP, 2010. *Metodología de la Investigación*. 5^a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- ⁴⁰ Martínez MM, 2004. Ciencia y arte en metodología cualitativa. México: Trillas, S.A. De C.V.
- ⁴¹ *Ibidem*
- ⁴² *Ibidem*
- ⁴³ *Ibidem*

- ⁴⁴ Silva GL, Pérez SJM, Silva GMC, Junquera VCR, Rodríguez SLF, Fernández FN, *et al.* 2006. *Cuidados enfermeros en Atención Primaria. Programa de Salud del Adulto y el anciano*. España: Eduforma MAD, S.L.
- ⁸⁹ Heidegger M. *Ser e tempo*. 3. Ed. Editora Vozes Ltda. Petrópolis, R.J Brasil, 1986.
- ⁹⁰ Francke Ramm ML. El sentido de la vida y el Adulto Mayor en el área Metropolitana de Monterrey.
<http://amaytrasciende.org/docs/publicos/El%20Sentido%20de%20la%20Vida%20y%20el%20Adulto%20Mayor.pdf>
- ⁹¹ Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E., & Zhang, F. (2007). Six-Year Change in Affect Optimization and Affect Complexity Across the Adult Life Span: A Further Examination. *Psychology and Aging*, 22(4), 738–751. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.22.4.738>
- ⁹² Thomas, S.P. (2002). Age differences in anger frequency, intensity, and expression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8, (2), 44-50. http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1110&context=utk_nurspubs
- ⁹³ Henao M E, Quintero Á, Villamil M M, León J, Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica* 20153590-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84338617012>. Fecha de consulta: 7 de junio de 2016.
- ⁹⁴ Rubio R, Rico A. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol*. 2001;11:23-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834469>
- ⁹⁵ Callís-Fernández S, Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC* 2011 30-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2016.
- ⁹⁶ Igor Esnaola Etxaniz. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología* [en línea], vol. 24, núm. 1 (junio), 1-8. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf, 2008.
- ⁹⁷ Boff L, *Saber cuidar, Ética do humano-compaixão pela terra*. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, Brasil, 2001. 197 pp.
- ⁹⁸ Swanson MK, Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. 25 (4), 352-357. http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

Anexo No. 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El cuerpo académico “Cuidado profesional de enfermería” de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex está realizando la investigación **“Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de adultos mayores que asisten a una institución pública”**, cuyo objetivo es identificar en cada proceso del cuidado los elementos para conocer cómo quieren ser cuidados los adultos mayores.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca de su estado de salud física, psicológica y social, como por ejemplo sus antecedentes familiares y patológicos, su alimentación y nutrición, las condiciones de su vivienda, su estado emocional y psicológico, sus condiciones sociales y convivencia familiar. Estas preguntas se realizarán a través de 5 cuestionarios, en donde cada uno de estos tendrá una duración aproximada de 20 min. La aplicación de estos instrumentos será dentro de las instalaciones de la Casa de Día del DIFEM. También se le realizarán algunos procedimientos como toma de signos vitales, medición de peso y talla, glucometría capilar, entre otras, que no representan ningún riesgo para Usted. Le aclaramos que tanto los cuestionarios y la realización de procedimientos se llevarán a cabo por personal capacitado.

Beneficios: Con su participación en esta investigación, Usted podrá tener una valoración integral de su estado de salud, y por lo tanto, se le podrá orientar en relación a los cuidados para poder lograr una mejoría y/o mantener su estado de salud.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la Casa de Día del DIFEM.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Anexo No. 2

FORMATO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente.		Edad.	Fecha.
			Sexo.
Edo. Civil.	Religión.	Escolaridad.	Ocupación.
Patologías actuales:			
Medicamentos prescritos			
Nombre del medicamento	Dosis/hora.	Vía.	Observaciones
Somatometría		Signos vitales	
Peso.		T/A.	
Talla.		Temperatura	
IMC.		Pulso	
		Respiración.	
		F.C	

PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD	PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO	PATRÓN DE ELIMINACIÓN
<p>1. Condiciones de la vivienda</p> <p>Servicios con los que cuenta:</p> <p>Agua potable <input type="checkbox"/></p> <p>Electricidad <input type="checkbox"/></p> <p>Teléfono <input type="checkbox"/></p> <p>Drenaje <input type="checkbox"/></p> <p>2. Características higiénicas de la vivienda</p> <p>Aseo diario <input type="checkbox"/></p> <p>Aseo cada tercer día <input type="checkbox"/></p> <p>No realiza aseo <input type="checkbox"/></p> <p>3. Hábitos higiénicos del individuo</p> <p>Baño:</p> <p>Diario <input type="checkbox"/></p> <p>Cada tercer día <input type="checkbox"/></p> <p>Cada semana <input type="checkbox"/></p> <p>Aseo bucal:</p> <p>Tres veces al día <input type="checkbox"/></p> <p>Diano <input type="checkbox"/></p> <p>Hábitos:</p> <p>Cambio de ropa exterior _____</p> <p>Cambio de ropa interior _____</p> <p>4. Contacto con animales domésticos</p> <p>Perros <input type="checkbox"/> No _____</p> <p>Gatos <input type="checkbox"/> No _____</p> <p>Aves <input type="checkbox"/> No _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>5. Existencia de factores de riesgo</p> <p>Comunidad <input type="checkbox"/> Cual: _____</p> <p>Hogar <input type="checkbox"/> Cual: _____</p> <p>6. Percepción del usuario sobre su estado de salud</p> <p>Bueno <input type="checkbox"/></p> <p>Regular <input type="checkbox"/></p> <p>Maló <input type="checkbox"/></p> <p>7. Asistencia periódica para el control médico</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. Seguimiento del tratamiento médico</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Existencia de automedicación</p> <p>Cual? _____</p>	<p>1. Cambio de peso en los últimos 6 meses</p> <p>Aumento <input type="checkbox"/> _____ kg.</p> <p>Disminuyo <input type="checkbox"/> _____ kg.</p> <p>2. Mucosa oral</p> <p>Hidratada <input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/></p> <p>Deshidratada <input type="checkbox"/> Lesionada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Encías</p> <p>Normales <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/></p> <p>Sangrantes <input type="checkbox"/> Blanquecinas <input type="checkbox"/></p> <p>4. Dentadura</p> <p>Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/></p> <p>Sin dentadura <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/></p> <p>Cariada <input type="checkbox"/></p> <p>Número de piezas faltantes: _____</p> <p>Número de piezas cariadas: _____</p> <p>5. Alteraciones de la nutrición</p> <p>Anorexia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/></p> <p>Comedor compulsivo <input type="checkbox"/> Oricofagia <input type="checkbox"/></p> <p>Coprofagia <input type="checkbox"/> Mericismo <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (especifique) _____</p> <p>6. Numero de comidas en 24 horas</p> <p>Una <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/></p> <p>Dos <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/></p> <p>Tres <input type="checkbox"/></p> <p>7. Alergia o intolerancia a:</p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> Lactosas <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Eliminación intestinal (alteraciones)</p> <p>Incontinencia fecal <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>Estreñimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorroides <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>2. Eliminación urinaria</p> <p>Frecuencia en 24 hrs. _____</p> <p>Cantidad:</p> <p>De 400-800 ml <input type="checkbox"/></p> <p>De 850-1000 ml <input type="checkbox"/></p> <p>Más de 1050ml <input type="checkbox"/></p> <p>3. Alteraciones de la eliminación</p> <p>Clara <input type="checkbox"/></p> <p>Turbia <input type="checkbox"/></p> <p>Nicturia <input type="checkbox"/></p> <p>Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/></p>

PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO	PATRÓN REPOSO/SUEÑO	PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTUAL
1. Respiración Normal <input type="checkbox"/> Polipnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Taquipnea <input type="checkbox"/> 2. Cardiovascular F.C. Normal <input type="checkbox"/> F.C. Irregular <input type="checkbox"/> 3. Frecuencia cardíaca-pulso Rítmico <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> 4. Utiliza auxiliares para deambular Muletas <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Otros _____	1. Horas de sueño en 24 horas Menos de 5 horas <input type="checkbox"/> De 5 a 7 horas <input type="checkbox"/> Más de 7 horas <input type="checkbox"/>	1. Alteraciones en los órganos de los sentidos Vista <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Equilibrio <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>

PATRÓN ROL RELACIONES	PATRÓN AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS
1. Presenta dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> 2. Rol que ocupa en la familia: _____ 3. Persona que cuida al usuario Hermano <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> 4. Relación con los integrantes de la familia Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> 5. Existe sentimiento de pérdida reciente <input type="checkbox"/> 6. Personas con las que convive diario Conyugue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> 7. Características de la relación de pareja Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> 8. Tiene dificultad para cumplir el rol de: Esposo (a) <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 9. Existe alguna persona significativa Positivamente <input type="checkbox"/> Negativamente <input type="checkbox"/> 10. Los familiares muestran interés por los cuidados que se le brindan al individuo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Adaptación deteriorada Sensibilidad a la crítica <input type="checkbox"/> Conducta manipuladora <input type="checkbox"/> Autocompasión <input type="checkbox"/> Sin deterioro <input type="checkbox"/> 2. Reacción personal ante el estrés Tranquilo <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> 3. Actividades con las que logra relajarse Intelectuales <input type="checkbox"/> Manuales <input type="checkbox"/> Técnicas de relajación <input type="checkbox"/> Deportivas <input type="checkbox"/> Diversión <input type="checkbox"/> Convivencia social <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>

Anexo No. 3

Objetivo: Identificar las condiciones de salud física, psicológica, emocional y social de los adultos mayores del DIF Municipal de Toluca.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA Brink y Yesavage (versión corta)

Nombre del usuario: _____

Clave: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que conteste a cada pregunta.


1. ¿Está satisfecho con su vida?	Si (0)	No (1)
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades e intereses?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente aburrida/o a menudo?	Si (1)	No (0)
5. ¿Tiene buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
6. ¿Teme que le pase algo malo?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
8. ¿Se siente abandonado a menudo?	Si (1)	No (0)
9. ¿Prefiere quedarse en casa que salir a hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)
10. ¿Cree tener más problema de memoria que el resto de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	Si (0)	No (1)
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	Si (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si (0)	No (1)
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Si (1)	No (0)
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si (1)	No (0)
PUNTUACIÓN TOTAL		

0-5 puntos: Normal

6-9 puntos: Depresión leve

10 o más: Depresión establecida

Anexo No. 4



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

"Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de adultos mayores que asisten a una institución pública"

Objetivo: Identificar las condiciones de salud física, psicológica, emocional y social de los adultos mayores del DIF Municipal de Toluca.

ÍNDICE DE KATZ

Nombre del usuario: _____ Clave: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Marque con una cruz si el usuario es independiente o dependiente para realizar las actividades de la vida diaria que se enlistan a continuación.

<p>BAÑARSE</p> <p>Independiente: El paciente no requiere de ayuda para bañarse o requiere un mínimo nivel como lavar una extremidad enferma o inmóvil <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para lavar más de una parte de su cuerpo, requiere ayuda para salir de la regadera o tina y es incapaz de bañarse solo <input type="checkbox"/></p>
<p>VESTIRSE</p> <p>Independiente: El paciente toma su ropa del clóset y de los cajones, se viste, la abrocha y ajusta. Tiene capacidad para vestirse sólo (no se incluye el amarrado de agujetas) <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para vestirse, y si se deja sólo no se viste por completo <input type="checkbox"/></p>
<p>IR AL BAÑO</p> <p>Independiente: El paciente puede ir al baño por sí mismo, bajar y subir su ropa y limpiar sus órganos de excreción (no incluye sondas ni otros aditamentos de ayuda) <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente requiere ayuda y asistencia para ir al baño, utiliza pañal o cómodo, no puede hacerlo sólo <input type="checkbox"/></p>
<p>TRASLADARSE</p> <p>Independiente: El paciente puede levantarse y acostarse en su cama sin ayuda, también puede moverse libremente por la casa, sentarse en una silla (puede o no utilizar aditamentos mecánicos) <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente requiere de asistencia para moverse de un lado para otro, levantarse y acostarse, sentarse y pararse <input type="checkbox"/></p>
<p>CONTINENCIA</p> <p>Independiente: El paciente puede orinar y defecar sin necesidad de ayuda y tiene buen control de esfínteres. <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente tiene incontinencia urinaria y/o fecal parciales o completas, requiere de enemas, sondas y uso de pañales <input type="checkbox"/></p>
<p>ALIMENTARSE</p> <p>Independiente: El paciente puede tomar su comida del plato, llevársela a la boca y alimentarse (no se incluyen procedimientos como, partir la carne o untar mantequilla al pan) <input type="checkbox"/></p>	<p>Dependiente: El paciente requiere de ayuda y asistencia para comer, no puede llevar comida a la boca, no come o necesita alimentación parenteral <input type="checkbox"/></p>

A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse
 B. Independiente: todas estas funciones excepto una.
 C. Independiente: todas salvo bañarse sólo y una más.
 D. Dependiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.

E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.
 F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.
 G. Dependiente para las seis funciones básicas.
 Otros.- Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F.

Anexo No. 5

Objetivo: Identificar las condiciones de salud física, psicológica, emocional y social de los adultos mayores del DIF Municipal de Toluca.

ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL

(Guigoz y Vellas)

Nombre del usuario: _____

Clave: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que conteste a cada pregunta.

1. He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	Si (2)	No (0)
2. Tomo menos de dos comidas al día	Si (3)	No (0)
3. Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	Si (2)	No (0)
4. Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino casi a diario	Si (2)	No (0)
5. Tengo problemas dentales que me hacen difícil comer	Si (2)	No (0)
6. No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	Si (4)	No (0)
7. Como sólo la mayoría de las veces	Si (1)	No (0)
8. Tomo a diario tres o más fármacos recetados por mi cuenta	Si (1)	No (0)
9. Sin quererlo he perdido o ganado 5kg de peso en los últimos meses	Si (2)	No (0)
10. No siempre puedo comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	Si (2)	No (0)
PUNTUACIÓN TOTAL		

0-2 puntos: Estado nutricional bueno. Evaluar la puntuación nutricional en 6 meses.

6-9 puntos: Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimenticios y el estilo de vida. Evaluar en 3 meses.

10 o más: Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico u otro profesional de la salud calificado y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Anexo No. 6



"Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de adultos mayores que asisten a una institución pública"


Objetivo: Identificar las condiciones de salud física, psicológica, emocional y social de los adultos mayores del DIF Municipal de Toluca.

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)

Nombre del usuario: _____ Clave: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Marque con una cruz la respuesta que conteste a cada pregunta, acerca de su familia y amigos.

<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>1. Soltero <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Viudo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Separado <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Vive su cónyuge con usted?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>
<p>Durante el último año, ¿Con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?</p> <p>1. Una vez a la semana o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Una a tres veces al mes <input type="checkbox"/></p> <p>3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</p> <p>3. Cinco o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tres o cuatro <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una o dos <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida).</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Dos veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

<p>¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. De dos a seis veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?</p> <p>2. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>0. No <input type="checkbox"/></p> <p>NS/NC <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Con qué frecuencia se siente sólo?</p> <p>0. Bastante a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>1. Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casi nunca <input type="checkbox"/></p> <p>3. NS/NC <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?</p> <p>1. Tan a menudo como deseo <input type="checkbox"/></p> <p>2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>Si es "Sí", preguntar a y b.</p> <p>a) ¿Hay alguien que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?</p> <p>1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.</p> <p>2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.</p> <p>3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.</p> <p>No responde</p> <p>b) ¿Quién es esa persona?</p> <p>Nombre _____ Relación _____</p>	

INTERPRETACIÓN

1. **Excelentes recursos sociales:** las relaciones sociales son muy amplias y satisfactorias. Al menos una persona puede cuidarlo/a indefinidamente en caso de necesidad.
2. **Buenos recursos sociales:** las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona puede cuidarlo indefinidamente. O las relaciones son muy amplias y satisfactorias y puede ser cuidado por sólo un período corto de tiempo.
3. **Deterioro social leve:** las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas, pero al menos una persona puede cuidarlo de forma indefinida. O las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias, pero sólo puede ser cuidado un período corto de tiempo.
4. **Deterioro social moderado:** las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; sólo se pueden dar cuidados durante períodos cortos de tiempo. o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero la ayuda sólo puede prestarse de vez en cuando.
5. **Deterioro social grave:** las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; se puede prestar cuidados sólo de vez en cuando. O las relaciones son al menos satisfactorias o adecuadas, pero la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.
6. **Deterioro social total:** las relaciones son de pobre calidad, insatisfactorias y pocas, y la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.

Anexo No. 7

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

El cuerpo académico “Cuidado profesional de enfermería” de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMex está realizando la investigación **“Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de adultos mayores que asisten a una institución pública”**, cuyo objetivo es identificar en cada proceso del cuidado los elementos para conocer cómo quieren ser cuidados los adultos mayores.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca de su estado de salud física, psicológica y social, y sobre todo del cuidado que requiere. Estas preguntas se realizarán a través de una entrevista a profundidad, la cual consta de 12 preguntas, cabe la posibilidad de que se incremente este número de acuerdo a la respuesta otorgada en cada una de ellas, tendrá una duración aproximada de 30 min. La aplicación de estos instrumentos será dentro de las instalaciones de la Casa de Día del DIFEM. Le aclaramos que la entrevista se llevará a cabo por personal capacitado.

Beneficios: Con su participación en esta investigación, Usted podrá colaborar en la identificación de sus necesidades, para otorgarle posteriormente los cuidados y actividades adecuados.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la Casa de Día del DIFEM.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Anexo No. 8

Objetivo: Describir la percepción y sentimientos del adulto mayor con respecto a los 5 procesos de cuidado de Kristen M. Swanson.

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Clave: _____ Edad: _____ Dx. Médico: _____

Religión: _____

Municipio o delegación de procedencia: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

CONOCER / COMPLICIDAD

1. ¿Cómo es usted?, Cómo se describe como personas?
2. ¿Cómo se siente físicamente?
3. ¿Cómo se siente emocionalmente?
4. ¿Cómo se siente con la edad que tiene?
5. ¿Qué ha cambiado en esta etapa de su vida?
6. ¿Qué tipo de pérdidas ha tenido? ¿Cuáles?
7. ¿Qué siente ante las pérdidas?
8. ¿Considera usted que esas pérdidas le dejaron un aprendizaje?
9. ¿Con quién pudo compartir sus sentimientos?
10. Me puede describir cómo fue el acompañamiento
11. ¿Tiene alguna enfermedad?
12. ¿Cómo inició el padecimiento?

ESTAR CON

13. Con quién vive?
14. ¿Se siente acompañado(a)? ¿Por quién se siente acompañado(a)?
15. ¿Cómo se siente usted con la compañía de esa persona(as)?
16. ¿Qué es lo que le hace sentirse bien cuando está acompañado (a)?
17. ¿Cómo se da cuenta de que a otra persona le interesa lo que le pasa a usted?
18. ¿Quién cuida de usted?
19. ¿Qué hace la otra persona para cuidarlo (a)?
20. ¿Cómo se cuida usted?

HACER POR

1. ¿Para usted qué significa el cuidado en esta etapa de su vida?
2. ¿Cómo le gustaría que lo cuidaran?
3. ¿Qué hace usted por su salud o su bienestar?
4. ¿Qué actividades le gustaría hacer para el cuidado de su salud?
5. ¿Cómo le gustaría que le enseñaran los cuidados que tiene que hacer por su salud?
6. ¿De qué forma comprendería mejor las actividades que tiene que hacer para su bienestar?
7. ¿En dónde preferiría que lo cuidaran y que le hablaran de su estado de salud?

POSIBILITAR

8. ¿Usted sabe cómo cuidarse?
9. ¿Qué necesita aprender para cuidarse?
10. ¿Se considera o se siente sana (o)?
11. ¿Qué necesidades de salud tiene?
12. ¿Qué considera que le falta hacer por su salud o bienestar?
13. ¿Se siente seguro(a) o conoce bien los cuidados o atenciones que debe de tener para conservar o mejorar su salud?
14. ¿Cómo sabe si usted está preparado (a) para el cuidado de su salud?

MANTENER LAS CREENCIAS

15. ¿Cuál es la actitud que tiene ante la vida?
16. Para usted ¿Qué es la esperanza?
17. ¿Usted tiene esperanza? ¿En qué?
18. ¿En quién cree o confía usted?
19. ¿Se siente cuidado (a)?

OBSEVACIONES:

⁴⁵ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento ONU. *Una sociedad para todas las edades*. C2002 [actualizado Abr 2002; citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>

⁴⁶ Cárdenas VCL, González GCA, Lara DHE. Instituto de Geriatria. *Numeralia de los adultos mayores en México*. C1999 [actualizado 2012; citado 23 Oct 2013]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/numeralia_envejecimiento_2012.pdf

⁴⁷ Araújo de Oliveira LPB, Azevedo dos Santos SM. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, 2016 25(3): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3670015.pdf

⁴⁸ Andrade PCF, Vieira TFS, Paulo MCJ. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(4): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-0300015.pdf

⁴⁹ Valenzuela Suazo, S.; Rodríguez Campo, VA.; (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, Octubre-Sin mes, 316-322 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801016>

⁵⁰ Silveira KS, Elisa CT. Temporalidade: o existir e a perspectiva da finitude para o ser-acadêmico-de-enfermagem ao experienciar a morte. *Texto Contexto Enferm*, 2014 Jul-Set; 23(3): 728-34. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00728.pdf

⁵¹ E.Parker M, *Nursing Theories and nursing practice*. Chapter 22, Kristen M. Swanson: a program of research on caring, United States, 2006, Disponible en: http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032566.pdf

⁵² Vera-Noriega JÁ, Dominguez-Guedea MT, Laborín-Álvarez JF, Batista-Albuquerque FJ, Seabra M, Autoconcepto, lócus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del

noreste brasileño, Centro de investigación en Alimentación y Desarrollo, Universidad de Sonora, Universidade Federal da Paraíba. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08>

⁵³ Vera-Noriega JÁ, Dominguez-Guedea MT, Laborín-Álvarez JF, Batista-Albuquerque FJ, Seabra M, Autoconcepto, lócus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño, Centro de investigación en Alimentación y Desarrollo, Universidad de Sonora, Universidade Federal da Paraíba. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a08>

⁵⁴ Swanson MK, Disponible en: <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com.br/p/enfoque-de-la-teoria.html>

⁵⁵ Fernández Poncela AM. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. Revista Versión Nueva Época, 2011, 26: 0188-8242. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/143345258/Antropologia-de-Las-Emociones-y-Teoria-de-Los-Sentimientos>

⁵⁶ Leonardo Boff. Saber cuidar, ética do humano-compaixão pela terra. Editora Vozes. Petrópolis RJ, Brasil. 1999. 199 pp.

⁵⁷ La educación del ser (2012). La libertad de espíritu. Disponible en: <https://laeducaciondelser.wordpress.com/2012/04/11/la-libertad-de-espiritu/>

⁵⁸ Rubio R, Rico A. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Rev Mult Gerontol. 2001;11:23-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834469>

⁵⁹ Boff L, Ecologia, Mundialização, Espiritualidade, Edit. Record Ltda. Río de Janeiro, Brasil, 2008. 235 pp.

⁶⁰ Urra M, Eugenia, Jana A, Alejandra, & García V, Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería, 17(3), 11-22. Recuperado en 16 de junio de 2016, de Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532011000300002.

⁶¹ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, Journal of Nursing Scholarship 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

⁶² COLLIERE, Marie Françoise "Promover la vida" Mc GrawHill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresión 1997 pags. 315-317. Guía para planificar cuidados Edición 2007 Editorial Elsevier España S.A. Kérrouac, 1996

⁶³ González Ortega Y, La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan 2007;130-138. Disponible en: <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>. Fecha de consulta: 21 de junio de 2016.

⁶⁴ Gallegos-Alvarado M, Hernández-Herrera DE, Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2008; 16(2): 99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>

⁶⁵ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

⁶⁶ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

⁽¹⁾ Zapata Farías H. Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología* [en línea]. 2001 [fecha de acceso: 30 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>.

⁽²⁾ H. Cámara de Diputados, LX Legislatura. Situación de las mujeres adultas mayores indígenas en México, [fecha de acceso: 20 de marzo de 2015]. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_8.pdf.

⁽⁶⁹⁾ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010, [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf.

⁽⁷⁰⁾ s/a. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Pública*, 7(1), pp. 60-67 [en línea]. [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000100021>.

⁽⁷¹⁾ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda. Perfil sociodemográfico de adultos mayores México, c2014. viii, 224 [fecha de acceso: 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf.

⁽⁷²⁾ Gobierno del Estado de México. Ley del adulto mayor del Estado de México, [fecha de acceso: 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ecatepec.gob.mx/leyesreglamentos/docs/Ley%20del%20Adulto%20Mayor%20del%20Estado%20de%20Mexico.pdf>.

⁽⁷³⁾ Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea], 2012, jun; 28(2):79-86, [fecha de acceso: 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es.

⁽⁸⁾ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, [en línea], [fecha de acceso: 13 de junio de 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.

⁽⁷⁵⁾ García Fernández M. A., Gómez de Diego J. J., Nuñez Gil I. J., Zamorano Gómez J. L. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Ciudad de México: Grupo C.T.O. Medicina S.L., 2011.

⁽⁷⁶⁾ M. Swanson K. Response to The Power of Human Caring: Early Recognition of Patient Problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. Vol. 9. No. 4, 1995.

⁽⁷⁷⁾ Marjory Gordon (2010). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Décima edición. Elsevier mosby

⁽⁷⁸⁾ Creswell, J., & Plano Clark, V. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Organizational Research Methods October 2009 12: 801-804, first published on August 15, 2008.

⁽⁷⁹⁾ González C. Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México. Instituto Nacional de Geriátrica. *El envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria*, 2010.

- ⁽¹⁴⁾ Ham, R. El envejecimiento en México; el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte, 2003.
- ⁽¹⁵⁾ Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE). Anuarios de Morbilidad 1984-2013. Ciudad de México, 2014.
- ⁽⁸²⁾ Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Secretaría de Salud (SSA). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: INSP, 2012.
- ⁽⁸³⁾ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Por una cultura del envejecimiento [en línea], [fecha de acceso: 12 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf, 2010.
- ⁽⁸⁴⁾ Rodríguez EM., Corona GD., Goñi L. Creatividad del adulto mayor. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca: CIGOME, 2008.
- ⁽⁸⁵⁾ Quintero, Á. León J; Henao, ME; Villamil, MM. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Rev Biomédica*, 2015.
- ⁽⁸⁶⁾ Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, *Journal of Nursing Scholarship* [en línea], [fecha de acceso: 13 de agosto de 2015], 25(4), nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- ⁽⁸⁷⁾ Boof L. La base biológica de la espiritualidad, [en línea] [fecha de acceso: 14 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://leonardoboff.wordpress.com/2012/09/07/la-base-biologica-de-la-espiritualidad/>
- ⁽⁸⁸⁾ Igor Esnaola Etxaniz. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología* [en línea], vol. 24, núm. 1 (junio), 1-8. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf, 2008.
- ⁽⁸⁹⁾ Heidegger M. Ser e tempo. 3. Ed. Editora Vozes Ltda. Petrópolis, R.J Brasil, 1986.
- ⁽⁹⁰⁾ Francke Ramm ML. El sentido de la vida y el Adulto Mayor en el área Metropolitana de Monterrey. <http://amaytrasciende.org/docs/publicos/El%20Sentido%20de%20la%20Vida%20y%20el%20Adulto%20Mayor.pdf>
- ⁽⁹¹⁾ Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E., & Zhang, F. (2007). Six-Year Change in Affect Optimization and Affect Complexity Across the Adult Life Span: A Further Examination. *Psychology and Aging*, 22(4), 738–751. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.22.4.738>
- ⁽⁹²⁾ Thomas, S.P. (2002). Age differences in anger frequency, intensity, and expression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8, (2), 44-50. http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1110&context=utk_nurspubs
- ⁽⁹³⁾ Henao M E, Quintero Á, Villamil M M, León J, Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica* 20153590-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84338617012>. Fecha de consulta: 7 de junio de 2016.
- ⁽⁹⁴⁾ Rubio R, Rico A. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol*. 2001;11:23-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834469>

⁹⁵ Callís-Fernández S, Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC* 2011 30-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2016.

⁽⁹⁶⁾ Igor Esnaola Etxaniz. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología* [en línea], vol. 24, núm. 1 (junio), 1-8. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf, 2008.

⁹⁷ Boff L, Saber cuidar, Ética do humano-compaixão pela terra. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, Brasil, 2001. 197 pp.

⁹⁸ Swanson MK, Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*. 25 (4), 352-357. http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf